



Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung für Beamte und Richter mit Einschluss des Dienstunfähigkeitsrisikos

Produktlinie: SDU Premium

SDU 2022.01 V3

Bitte beachten Sie: Zu Gunsten einer besseren Lesbarkeit sehen wir davon ab, die Sprachformen weiblich, männlich und divers (w/m/d) gleichzeitig zu nennen. Mit unseren Formulierungen wenden wir uns gleichermaßen an alle Geschlechter.

Versicherungsmathematischer Hinweis:

Bei der Tarifikalkulation haben wir unternehmensindividuelle, geschlechtsunabhängige Ausscheideordnungen verwendet. Als Rechnungszins haben wir 0,25 % angesetzt.

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Regelungen für Beamte und Richter

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Wie definiert sich Berufsunfähigkeit bei Beamten und Richtern bei Vorliegen von Dienstunfähigkeit oder begrenzter Dienstfähigkeit?
- § 3 Welche ergänzenden Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Dienstunfähigkeit oder begrenzter Dienstfähigkeit verlangt werden?
- § 4 Was gilt im Nachprüfungsverfahren?
- § 5 Was gilt bei Erhöhung der versicherten Rente ohne erneute Risikoprüfung?
- § 6 Was gilt für Richter?
- § 7 Wie ist das Verhältnis zu den Regelungen gemäß Abschnitt B?

Abschnitt B: Allgemeine Regelungen

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit und was ist der versicherte Beruf im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 4 Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?
- § 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
- § 7 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?
- § 8 Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen?

- § 9 Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?
- § 10 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?
- § 11 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die versicherte Rente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?
- § 12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 13 Wer erhält die Leistung?
- § 14 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- § 15 Was gilt bei Abschluss einer Start Police?
- § 16 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 17 Wann und mit welchen Folgen können Sie Ihre Versicherung kündigen, Ihren Beitrag reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?
- § 18 Wie verrechnen wir die Kosten Ihrer Versicherung?
- § 19 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?
- § 20 Welche Kosten und Gebühren dürfen wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?
- § 21 Welches Recht gilt für den Vertrag und welche Sprache ist Vertragssprache?
- § 22 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 23 Wann können wir Ihre Beiträge oder Leistungen anpassen?
- § 24 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?
- § 25 Welche Regelungen gelten bei Sonderkonditionen auf Grund einer kollektivrechtlichen Vereinbarung?
- § 26 Was gilt für das Beschwerdemanagement?

Abschnitt A: Regelungen für Beamte und Richter

Mit der Bezeichnung Beamte sind in diesen Bedingungen

- Beamte auf Lebenszeit, auf Widerruf und auf Probe im Sinn des deutschen Beamtenrechts oder
- kirchliche Beamte auf Lebenszeit, auf Widerruf und auf Probe gemeint.

Mit der Bezeichnung Richter sind in diesen Bedingungen hauptamtliche Richter im Sinn des Deutschen Richtergesetzes gemeint.

§ 1 – Was ist versichert?

- (1) Wird ein versicherter Beamter während der Dauer dieser Versicherung nach § 2 berufsunfähig gilt:

Bei einer allgemeinen oder speziellen Dienstunfähigkeit nach § 2 Absatz 1 und 2

- befreien wir Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen und
- zahlen die Berufsunfähigkeitsrente nach Abschnitt B § 1 Absatz 2 b).

Bei einer begrenzten Dienstfähigkeit nach § 2 Absatz 3 von 50 %

- befreien wir Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen und
- zahlen die Berufsunfähigkeitsrente nach Abschnitt B § 1 Absatz 2 b) zu 50 %.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit wegen begrenzter Dienstfähigkeit besteht kein Anspruch auf eine Leistung.

- (2) Wird ein versicherter Beamter auf Widerruf beziehungsweise auf Probe nach § 2 berufsunfähig, werden die versicherten Leistungen nach Absatz 1 maximal für die Dauer von drei Jahren gewährt.

Wir leisten über die Dauer von drei Jahren hinaus, solange uns der Anspruchsteller nachweist, dass die versicherte Person fortlaufende Bezüge nach dem Beamtenversorgungsgesetz erhält.

Wir leisten außerdem über die Dauer von drei Jahren hinaus, wenn uns der Anspruchsteller nachweist, dass die versicherte Person bei Ablauf dieses Zeitraums die Voraussetzungen für eine Leistung wegen Berufs-unfähigkeit nach Abschnitt B § 2 erfüllt.

Entstehen und Erlöschen des Anspruchs

- (3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum ersten des Monats, der auf

- die Bekanntgabe der Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit oder
- den Eintritt der Wirksamkeit der Entlassung aus dem öffentlichen Dienst oder
- der Bekanntgabe der Reduzierung der Arbeitszeit auf Grund einer begrenzten Dienstfähigkeit

folgt.

Wir leisten rückwirkend für maximal drei Jahre. Die drei Jahre gelten ab Ablauf des Jahres, in dem Sie uns Ihre Berufsunfähigkeit melden. Die Beschränkung auf drei Jahre gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Meldung nicht zu vertreten haben.

- (4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, bei jedem der folgenden Ereignisse:

- Die Voraussetzungen nach § 2 Absatz 1, 2 oder 3 liegen nicht mehr vor.
- Der Grad der Berufsunfähigkeit sinkt unter 50 %.
- Die versicherte Person stirbt.
- Das vereinbarte Ende der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung wird erreicht.

Wechseloption

- (5) Sie können von Ihrer Versicherung ohne erneute vollständige Risikoprüfung in eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Einschluss des Dienstunfähigkeitsrisikos wechseln. Dabei wird Ihre bisherige Versicherung beendet und für die neue Versicherung ein neuer Vertrag geschlossen.

- (6) Für das Ausüben der Wechseloption müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Für die Versicherung werden laufende Beiträge gezahlt.
 - Für die versicherte Person wurden bis zum Zeitpunkt des Wechsels keine Leistungen auf Grund
 - einer Berufsunfähigkeit,
 - einer Arbeitsunfähigkeit oder
 - einer sonstigen Invaliditäterbracht, anerkannt oder von Ihnen verlangt.
- Dies gilt für Leistungen
- aus entsprechenden Versicherungen bei uns,
 - eines anderen Versicherungsunternehmens oder
 - eines Sozialversicherungsträgers.

- (7) Ist die versicherte Person Beamter, kann die Wechseloption nur wahrgenommen werden, wenn die versicherte Person

- in den Ruhestand versetzt wird oder
- aus dem Beamtenverhältnis ausscheidet.

- (8) Die neuen versicherten Leistungen dürfen

- die vor dem Wechsel vereinbarten Leistungen und
- die maximal versicherbaren Leistungen der neuen Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Einschluss des Dienstunfähigkeitsrisikos

nicht übersteigen.

- (9) Das zum Zeitpunkt des Wechsels vereinbarte Ende der Versicherungs- und Leistungsdauer gilt grundsätzlich auch für die neue Berufsunfähigkeitsversicherung.

Lassen unsere Annahmerichtlinien für die die neue Berufsunfähigkeitsversicherung nur ein frühzeitigeres Ende der Versicherungs- oder Leistungsdauer zu, gilt nach dem Wechsel jeweils dieses frühzeitigeres Ende.

- (10) Für die neue Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Einschluss des Dienstunfähigkeitsrisikos gilt:

- Der Wechsel erfolgt durch Neuabschluss in einen für das Neugeschäft offenen Tarif. Entsprechend gelten dessen Rechnungsgrundlagen und Versicherungsbedingungen. Der Tarif ist mit der Produktlinie Premium beim ursprünglichen Vertragsabschluss vergleichbar.

Im Rahmen dessen übernehmen wir die individuelle Gestaltung Ihrer bisherigen Versicherung auch für die neue Berufsunfähigkeitsversicherung, soweit dies möglich ist. Unter individueller Gestaltung verstehen wir beispielsweise Beitragszahlung, Überschussverwendung, Optionen und ähnliches.

- Für den Wechsel benötigen wir von Ihnen Angaben zu den für die Tarifierung relevanten Merkmalen. Dazu zählen zum Beispiel Größe, Gewicht und Rauchverhalten. Auf eine erneute vollständige Risikoprüfung verzichten wir.

- Wir ermitteln den Beitrag der neuen Versicherung nach dem Tarif, dem Alter der versicherten Person und dem zu versichernden Beruf zum Zeitpunkt des Wechsels.

- Ein in Ihrer Versicherung zum Zeitpunkt des Wechsels gegebenes vorhandenes Deckungskapital rechnen wir für die neue Berufsunfähigkeitsversicherung nicht an beziehungsweise übertragen es nicht.

- Die Kosten für die neue Versicherung können Sie dem neuen Versicherungsschein entnehmen.

Ruhestand oder Ausscheiden aus dem Beamtenverhältnis

- (11) Steht einem versicherten Beamten die Wechseloption nach den Absätzen 5 bis 10 zu und nimmt er sie nicht in Anspruch, so wird die Versicherung ab dem Zeitpunkt

- der Versetzung in den Ruhestand oder

- des Ausscheidens aus dem Beamtenverhältnis

ausschließlich nach Maßgabe des Abschnitts B fortgeführt. Nimmt die versicherte Person

- den aktiven Dienst wieder auf oder

- tritt sie wieder in das Beamtenverhältnis ein,

gelten ab diesem Zeitpunkt wieder die Vereinbarungen der Abschnitte A und B.

§ 2 – Wie definiert sich Berufsunfähigkeit bei Beamten und Richtern bei Vorliegen von Dienstunfähigkeit oder begrenzter Dienstfähigkeit?

Allgemeine Dienstunfähigkeit

- (1) Ein versicherter Beamter gilt als vollständig berufsunfähig, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Er wird aus gesundheitlichen Gründen wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit vor Erreichen der gesetzlich vorgesehenen Altersgrenze entlassen oder in den Ruhestand versetzt. Dies erfolgt nach den Bestimmungen des Beamtenrechts dann, wenn der Beamte zur Erfüllung seiner Dienstpflichten dauernd unfähig ist.

- Es liegt ein Zeugnis über diese allgemeine Dienstunfähigkeit vor.

- Das Zeugnis wurde durch den Amtsarzt oder einen vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arzt erstellt.

Spezielle Dienstunfähigkeit

- (2) Ein versicherter Polizei-, Justizvollzugs- oder Feuerwehrbeamter gilt als vollständig berufsunfähig, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Er wird aus gesundheitlichen Gründen wegen spezieller Dienstunfähigkeit vor Erreichen der gesetzlich vorgesehenen Altersgrenze entlassen oder in den Ruhestand versetzt. Dies erfolgt nach den Bestimmungen des Beamtenrechts dann, wenn der Beamte zur Erfüllung seiner speziellen Dienstpflichten dauernd unfähig ist.

- Es liegt ein Zeugnis über diese spezielle Dienstunfähigkeit vor.

- Das Zeugnis wurde durch den Amtsarzt oder einen vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arzt erstellt.

Begrenzte Dienstfähigkeit (Teildienstunfähigkeit)

- (3) Ein versicherter Beamter gilt als teilweise berufsunfähig, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die Arbeitszeit des Beamten wird aus gesundheitlichen Gründen wegen begrenzter Dienstfähigkeit reduziert. Dies erfolgt nach den Bestimmungen des Beamtenrechts dann, wenn der Beamte unter Beibehaltung des übertragenen Amtes die Dienstpflichten noch während mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit erfüllen kann. Der Grad der Berufsunfähigkeit entspricht dem Prozentsatz der Reduzierung der regelmäßigen Arbeitszeit.
 - Es liegt ein Zeugnis über die begrenzte Dienstfähigkeit vor.
 - Das Zeugnis wurde durch den Amtsarzt oder einen vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arzt erstellt.

Ausschlüsse

- (4) Wenn wir mit Ihnen Ausschlüsse vereinbart haben und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes getroffen wurden, gelten diese auch für die Leistungen bei Dienstunfähigkeit und begrenzter Dienstfähigkeit nach den Absätzen 1 bis 3.

§ 3 – Welche ergänzenden Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Dienstunfähigkeit oder begrenzter Dienstfähigkeit verlangt werden?

Die Person, die Leistungen wegen Dienstunfähigkeit nach Abschnitt A verlangt, muss uns Folgendes einreichen:

- die in Abschnitt B § 7 genannten Unterlagen
- das Zeugnis des Amtsarztes oder eines vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arztes
- sowie bei Dienstunfähigkeit:
 - die Verfügung und die Urkunde über die Versetzung in den Ruhestand oder
 - die Verfügung und die Urkunde über die Entlassung aus dem öffentlichen Dienst
- sowie bei begrenzter Dienstfähigkeit:
 - den Bescheid des Dienstherrn über die begrenzte Dienstfähigkeit

Bei Verletzung dieser Mitwirkungspflicht gilt Abschnitt B § 10 entsprechend.

§ 4 – Was gilt im Nachprüfungsverfahren?

Haben wir die Leistungspflicht anerkannt oder wurde sie festgestellt, können wir nachprüfen, ob die Leistungspflicht fortbesteht.

- Für Beamte, die in den Ruhestand versetzt wurden, gilt:

Sie erhalten die versicherten Leistungen, solange sie den fortlaufenden Erhalt von Bezügen nach dem Beamtenversorgungsgesetz nachweisen. Unter Bezügen sind ein Ruhegehalt, ein Unterhaltsbeitrag oder ein Unfallruhegehalt zu verstehen. Wir verzichten also auf konkrete und abstrakte Verweisung.
- Für Beamte, die entlassen wurden, gilt während der maximal dreijährigen Leistungsdauer nach § 1 Absatz 2:
 - Wir verzichten auf konkrete und abstrakte Verweisung.
 - Wir können jederzeit einen Nachweis verlangen, dass die Erkrankungen unverändert fortbestehen, die zur Entlassung geführt haben.

§ 5 – Was gilt bei Erhöhung der versicherten Rente ohne erneute Risikoprüfung?

Üben Sie die Erhöhungsoption nach Abschnitt B § 11 aus, darf die insgesamt erreichbare Jahresrente wegen Dienstunfähigkeit höchstens 40 % der im vorangegangenen Kalenderjahr erzielten Netto-Bezüge des versicherten Beamten betragen.

Die Jahresrente darf

- bei Lehrern, Richtern und Pfarrern höchstens 18.000 Euro,
- bei versicherten Personen, die sich noch in der Ausbildung befinden, höchstens 12.000 Euro und
- in allen anderen Fällen höchstens 14.400 Euro betragen.

Diese Grenzen beziehen sich auf die Gesamtabsicherung bei Dienstunfähigkeit durch alle Verträge bei

- allen Versicherern und

- berufsständischen Versorgungswerken.

Die Option, die versicherte Rente bei bestimmten Ereignissen ohne erneute Risikoprüfung zu erhöhen, besteht nur, bis der versicherte Beamte das 45. Lebensjahr vollendet hat.

§ 6 – Was gilt für Richter?

Die Regelungen des Abschnitts A gelten für Richter entsprechend.

§ 7 – Wie ist das Verhältnis zu den Regelungen gemäß Abschnitt B?

Für Beamte und Richter ist ausschließlich Berufsunfähigkeit nach § 2 des Abschnitts A versichert. Ist die versicherte Person kein Beamter oder Richter nach Abschnitt A, ist Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 1 bis 4 des Abschnitts B versichert. Im Übrigen finden die Regelungen des Abschnitts B Anwendung, soweit im Abschnitt A nichts Abweichendes geregelt ist.

Abschnitt B: Allgemeine Regelungen

§ 1 – Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Es besteht weltweiter Versicherungsschutz.
- (2) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir folgende Leistungen:
 - a) Wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen.
 - b) Wir zahlen eine Berufsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus.
- (3) Sie haben erstmals Anspruch auf die in Absatz 2 genannten Leistungen nach dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, auch wenn Sie uns diese erst später melden.
- (4) Der Anspruch auf die Leistungen erlischt, wenn
 - der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt.
 - bei Berufsunfähigkeit als Folge von Pflegebedürftigkeit die Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absatz 2 nicht mehr vorliegt.
 - bei Berufsunfähigkeit als Folge eines Tätigkeitsverbots das Tätigkeitsverbot nach § 2 Absatz 3 nicht mehr vorliegt.
 - bei Berufsunfähigkeit als Folge von Erwerbsminderung die Voraussetzungen nach § 2 Absatz 4 nicht mehr vorliegen.
 - die versicherte Person stirbt.
 - das Ende der vereinbarten Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung erreicht wird.
- (5) Bis wir über unsere Leistungspflicht entscheiden, müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter zahlen. Wir werden diese bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Wenn gewünscht, stunden wir Ihnen die Beiträge unverzinst bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht. Lehnen wir es ab zu leisten, müssen Sie uns die gestundeten Beiträge nachzahlen. Sie haben dafür die folgenden Möglichkeiten:
 - Sie zahlen die gestundeten Beiträge in einem Betrag nach.
 - Sie vereinbaren mit uns die Rückzahlung der gestundeten Beiträge in Raten innerhalb eines Zeitraums von maximal 24 Monaten. Die Ratenzahlung kann dabei monatlich, vierteljährlich, oder halbjährlich erfolgen.Wenn Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen, entnehmen wir sie Ihrem Vertrag. Dadurch reduziert sich die Leistung Ihres Vertrags, während die Beiträge unverändert bleiben. Die Leistung wird zum nächsten Termin der Beitragsfälligkeit neu ermittelt. Liegt der Jahresbetrag der Berufsunfähigkeitsrente nach der Reduzierung unter 300 Euro, endet die Versicherung.
- (6) Ansprüche, die durch den Eintritt einer Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Dauer dieser Versicherung entstanden sind, können auch nach deren Ablauf geltend gemacht werden. Lesen Sie dazu Absatz 3.
- (7) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.
- (8) Bei Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung erhöht sich die Rente im Leistungsbezug jährlich. Die erste Erhöhung führen wir zu Beginn des Versicherungsjahres durch, das auf den Beginn der Rentenzahlung folgt.

Werden wir mehrfach leistungspflichtig, erhalten Sie zum jeweiligen Beginn des Leistungsbezugs die zu Beginn vereinbarte Rente. Davon ausgehend beginnt die garantierte Rentensteigerung im darauf folgenden Versicherungsjahr von Neuem.

- (9) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen beteiligen wir Sie an Überschüssen. Dadurch können zusätzliche Leistungen entstehen. Weitere Informationen dazu finden Sie in § 3.

(10) Hilfe zur Umorganisation

Sind Sie Selbständiger, so gilt:

Wir zahlen eine einmalige Hilfe zur Umorganisation in Höhe einer halben Jahresrente. Dies gilt nur, wenn die versicherte Person ihren Betrieb nach § 2 Absatz 9 umorganisieren könnte und wir deswegen keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit zahlen.

Diese Hilfe zur Umorganisation zahlen wir nur unter folgender Voraussetzung: Zum Zeitpunkt, zu dem Sie den Antrag auf Leistungen stellen, beträgt die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Rente noch mindestens zwölf Monate. Wenn Sie innerhalb von sechs Monaten erneut einen Antrag auf Leistung aus Berufsunfähigkeit wegen derselben medizinischen Ursache stellen, gilt: Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkennen, verrechnen wir die Zahlung aus der Hilfe zur Umorganisation mit den ausstehenden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

Diese Hilfe können Sie für jeden Antrag auf Leistungen erneut erhalten.

Ausschlüsse

- (11) Wenn wir mit Ihnen Ausschlüsse vereinbart haben und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes getroffen wurden, gelten diese für die Leistungen bei Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 1 bis 4.

§ 2 – Was ist Berufsunfähigkeit und was ist der versicherte Beruf im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person
 - ist außerstande, Ihren Beruf auszuüben und
 - dieser Zustand wird voraussichtlich für mindestens sechs Monate ab Beginn ununterbrochen andauern.

Alternativ gilt: Die versicherte Person

- war während der Dauer dieser Versicherung sechs Monate ununterbrochen außerstande, ihren Beruf auszuüben und
- dieser Zustand dauert fort.

Diese Voraussetzung gilt in beiden Fällen ab Beginn des Zustands als erfüllt.

- Die Ursache für die Berufsunfähigkeit ist eine Krankheit, eine Verletzung des Körpers oder ein mehr als altersentsprechender Kräfteverfall. Die Ursache ist ärztlich nachgewiesen.
- Die versicherte Person übt keinen Verweiserberuf nach Absatz 7 aus.

Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die oben genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad erfüllt sind. Der Mindestzeitraum von sechs Monaten gilt auch für die teilweise Berufsunfähigkeit.

Berufsunfähigkeit als Folge von Pflegebedürftigkeit

- (2) Berufsunfähigkeit als Folge von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Ursache der Hilflosigkeit ist eine Krankheit, eine Verletzung des Körpers oder ein mehr als altersentsprechender Kräfteverfall.
- Die Hilfe wird
 - in erheblichem Umfang,
 - täglich,
 - auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel und
 - voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen

benötigt.

- Die versicherte Person ist so hilflos, dass sie für mindestens drei der nachfolgenden Verrichtungen die Hilfe einer anderen Person benötigt:

– Fortbewegen im Zimmer

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie sich nur mit Hilfe einer anderen Person fortbewegen kann. Dies muss auch bei Verwendung einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls gelten.

– Aufstehen und Zubettgehen

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

– An- und Auskleiden

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie sich nur mit Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann. Dies muss auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung gelten.

– Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie nur mit Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann. Dies muss auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße gelten.

– Waschen, Kämmen oder Rasieren

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss. Die dafür erforderlichen Körperbewegungen kann sie nicht mehr ausführen.

– Verrichten der Notdurft

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie die Hilfe einer anderen Person benötigt, weil

- sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- sie ihre Notdurft nur mit Hilfe einer Bettschüssel verrichten kann oder
- der Darm beziehungsweise die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Dies gilt nicht, wenn allein eine Inkontinenz des Darms beziehungsweise der Blase besteht, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann.

Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

Berufsunfähigkeit als Folge eines Tätigkeitsverbots – Infektionsklausel

- (3) Berufsunfähigkeit als Folge eines Tätigkeitsverbots liegt vor, wenn bei der versicherten Person folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Von ihr geht eine Infektionsgefahr aus, weil bei ihr eine Infektion, Krankheit oder Ausscheidung festgestellt wurde.
- Das Tätigkeitsverbot wurde nicht ausschließlich wegen eines Verdachts auf eine Infektion, Krankheit oder Ausscheidung ausgestellt.
- Die zuständige Behörde hat ihr nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) die berufliche Tätigkeit ganz oder teilweise untersagt. Bitte beachten Sie: Ein Tätigkeitsverbot allein auf Grund einer präventiven Allgemeinverfügung erfüllt die Voraussetzung der hier versicherten Infektionsklausel nicht.
- Sie darf ihre Tätigkeit zu mindestens 50 % nicht mehr ausüben.
- Das Tätigkeitsverbot muss sich über mindestens sechs Monate erstrecken.
- Ihr Arbeitgeber betraut sie für die Dauer des Verbots nicht mit einer anderen Tätigkeit.
- Sie übt keinen Verweiserberuf nach Absatz 7 aus.

Berufsunfähigkeit als Folge von voller Erwerbsminderung – Erwerbsminderungsklausel

- (4) Berufsunfähigkeit als Folge von Erwerbsminderung liegt vor, wenn bei der versicherten Person folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Sie erhält eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung von der Deutschen Rentenversicherung nach § 43 Absatz 2 Sozialgesetzbuch VI (SGB VI) in der Fassung vom 22.04.2021. Das bedeutet: Eine volle Erwerbsminderung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.
- Diese Rente erhält sie allein aus medizinischen Gründen.
- Der Vertrag besteht bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung seit mindestens zehn Jahren.
- Es wurden keine Leistungsausschlüsse vereinbart.

Versicherter Beruf

- (5) Als versicherter Beruf im Sinne von Absatz 1 gilt der zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübte Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. Bei Hausfrauen oder Hausmännern ist deren hauswirtschaftliche Tätigkeit versichert.
- (6) Als versicherter Beruf im Sinne von Absatz 1 gilt bei
- **Studenten** das zuletzt ausgeübte Studium. Als Studium gilt ein Studium an einer Hochschule. Der angestrebte Studienabschluss muss in Deutschland staatlich anerkannt sein.
 - **Auszubildenden** die zuletzt betriebene Ausbildung. Als Ausbildung gilt eine Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf.
Auszubildende sind auch berufs unfähig, wenn sie den mit der Ausbildung angestrebten Ausbildungsberuf nicht mehr ausüben können. Nach Abschluss oder nach Abbruch der Ausbildung gilt dies nicht mehr.
 - **Schülern** die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schüler.
- (7) Ein Verweisungsberuf ist eine vom bisherigen Beruf abweichende Tätigkeit,
- die die versicherte Person auf Grund ihrer Ausbildung, Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen ausüben kann und
 - die der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person hinsichtlich Einkommen und sozialer Wertschätzung entspricht.
- Die für die versicherte Person im Verweisungsberuf zumutbare Einkommensreduzierung bewerten wir bezogen auf den Einzelfall. Dabei orientieren wir uns an den Grundsätzen der Rechtsprechung. Wir vergleichen das im Verweisungsberuf erzielte Bruttoeinkommen mit dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. Die zumutbare Einkommensreduzierung beträgt maximal 20 %.
- (8) Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung. Das heißt, wir verweigern die Anerkennung einer Berufsunfähigkeit nicht mit der Begründung, dass die versicherte Person im Stande wäre, einen Verweisungsberuf auszuüben.
- (9) Bei Selbstständigen berücksichtigen wir bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit
- die konkrete Gestaltung des Betriebs und
 - die zumutbaren Möglichkeiten einer Umorganisation.
- Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn Folgendes gilt:
- Sie ist betrieblich sinnvoll.
 - Eine Einkommensreduzierung liegt in einem zumutbaren Rahmen. Dies bewerten wir bezogen auf den Einzelfall. Dabei orientieren wir uns an den Grundsätzen der Rechtsprechung. Anstatt des jährlichen Bruttoeinkommens wird bei Selbstständigen der durchschnittliche steuerliche Jahresgewinn der letzten drei Jahre als Vergleichsmaßstab herangezogen. Die zumutbare Einkommensreduzierung beträgt maximal 20 %.
 - Die Stellung der versicherten Person bezogen auf die Weisungs- und Direktionsbefugnis bleibt gleich.
- Wir verzichten auf die Prüfung der Umorganisation,
- wenn der versicherte Selbstständige eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in seiner täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 % kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Tätigkeiten ausübt oder
 - wenn der Betrieb im Durchschnitt über die letzten drei Jahre weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Zu den fünf Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelehrte Angestellte. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.
- (10) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, prüfen wir den zuletzt vor Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübten Beruf und die damit verbundene Lebensstellung.
- (11) Solange der Versicherungsfall nicht eingetreten ist, müssen Sie uns einen Wechsel oder ein Ende der beruflichen Tätigkeit nicht mitteilen.
- ### § 3 – Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- (1) Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven. Dies nennen wir Überschussbeteiligung. Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen.

Nachfolgend beantworten wir Ihnen diese Fragen:

- Wie ermitteln wir den Überschuss des Geschäftsjahres und wie verwenden wir diesen? Lesen Sie dazu Absatz 2.
- Wie beteiligen wir Ihren Vertrag am Überschuss? Lesen Sie dazu die Absätze 3 bis 5.
- Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu? Lesen Sie dazu Absatz 6.
- Wie führen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags konkret durch? Lesen Sie dazu die Absätze 7 bis 12.
- Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrags nicht garantieren? Lesen Sie dazu Absatz 13.
- Wie informieren wir Sie über die Überschussbeteiligung? Lesen Sie dazu Absatz 14.

Wie ermitteln wir den Überschuss des Geschäftsjahres und wie verwenden wir diesen?

- (2) Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften.

Den für die Überschussbeteiligung festgelegten Teil des Rohüberschusses

- schreiben wir unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut (Direktgutschrift) oder
- führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zu (Mindestzuführung).

Dabei beachten wir insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitagsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung). Nach der aktuell geltenden Fassung kann diese Mindestzuführung zur RfB mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde BaFin in Ausnahmefällen reduziert werden.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)

Die RfB dient vorrangig dazu, Schwankungen der Ertragslage über mehrere Jahre auszugleichen.

Die RfB dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrags ergeben sich weder aus der Zuführung noch aus der Höhe der Rückstellung für Beitragsrückerstattung.

Wie beteiligen wir Ihren Vertrag am Überschuss?

- (3) Gleichartige Versicherungen fassen wir zu einzelnen Bestandsgruppen zusammen. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

Innerhalb einer Bestandsgruppe unterscheiden wir die Überschussbeteiligung je nach Tarif und nach einer gegebenenfalls angewendeten Sonderkondition.

- (4) Den Überschuss verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Dies bedeutet, dass jede Bestandsgruppe Überschüsse derart erhält, wie sie zur Entstehung von Überschüssen beigetragen hat.

Ihre Versicherung ordnen wir der Bestandsgruppe der Berufsunfähigkeitsversicherungen zu. Den Tarif und eine gegebenenfalls angewendete Sonderkondition finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen sie in unserem Geschäftsbericht. Den zu Ihrer Versicherung gehörenden Überschussanteilsatz finden Sie dort unter Ihrem Tarif und Ihrer gegebenenfalls angewendeten Sonderkondition. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns anfordern und finden Sie auf unserer Website.

- (5) Der Vorstand legt jedes Jahr die Überschussanteilsätze auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest. Dies nennen wir Überschussdeklaration. Dabei unterscheidet er je nach Bestandsgruppe, Tarif und Sonderkondition.

Die für Ihren Vertrag benötigten Mittel werden durch die Direktgutschrift beziehungsweise durch eine Entnahme aus der RfB finanziert.

Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu?

- (6) Wir ermitteln die Bewertungsreserven, indem wir den Marktwert der Kapitalanlagen mit dem Bilanzwert der Kapitalanlagen vergleichen. Ist der Marktwert höher als der Bilanzwert, gibt es Bewertungsreserven.

Da es sich bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung um eine Risikoversicherung handelt, stehen keine oder nur geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden. Dadurch entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven.

Wir ordnen die Bewertungsreserven den berechtigten Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Voraussetzung dafür ist:

- Es entstehen Bewertungsreserven.
- Die Bewertungsreserven sind nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir jährlich neu. Zusätzlich ermitteln wir diesen Wert für den Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrags.

Wie führen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags konkret durch?

- (7) **Überschüsse in Zeiten ohne Leistungsbezug**

Laufende Überschussanteile

Diese Versicherung erhält laufende Risikoüberschussanteile.

Wir teilen diese zu jeder Fälligkeit des Beitrags zu. Bei beitragsfreien Versicherungen teilen wir die Risikoüberschussanteile monatlich zu.

Den Risikoüberschuss berechnen wir

- bei laufender Beitragszahlung in Prozent der Summe der Risiko-, Spar- und Kostenbeiträge einer Versicherungsperiode.
- für beitragsfreie Versicherungen in Prozent des tatsächlichen Risikobeitrags des jeweiligen Monats.

- (8) **Verwendung der Überschüsse in Zeiten ohne Leistungsbezug**

Die laufenden Überschussanteile werden

- bei laufender Beitragszahlung mit den Beiträgen verrechnet.
- bei beitragsfreien Versicherungen verzinslich angesammelt.

- (9) **Überschüsse im Leistungsbezug**

Wir berechnen die laufenden Überschussanteile zu Beginn eines jeden Monats und teilen sie sofort zu.

Wir berechnen für Ihren Vertrag laufende Zinsüberschussanteile in Prozent einer Bemessungsgrundlage: Diese Bemessungsgrundlage ermitteln wir aus dem Deckungskapital zum Monatsbeginn.

- (10) **Verwendung der Überschüsse im Leistungsbezug**

Wir ermitteln aus den laufenden Überschussanteilen eine Bonusrente. Die Bonusrente wird zusätzlich im Leistungsbezug ausgezahlt. Sie erhöht die Berufsunfähigkeitsrente. Mit Ende des Leistungsbezugs verfallen bis dahin entstandene Bonusrenten.

- (11) **Beteiligung an Bewertungsreserven**

Zusätzlich teilen wir Ihrem Vertrag bei Beendigung den für diesen Zeitpunkt aktuell zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven zu. Dabei halten wir uns an die jeweils geltende gesetzliche Regelung. Aktuell sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor.

Die Höhe der Bewertungsreserven ist von der Wertentwicklung der Kapitalanlagen abhängig und ist Schwankungen unterworfen. Sie kann demnach auch Null sein. Außerdem können aufsichtsrechtliche Regelungen dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

- (12) **Auszahlung der Überschüsse bei Beendigung der Versicherung**

Bei Tod der versicherten Person oder zum vereinbarten Ende der Versicherung wird ein vorhandenes Überschussguthaben zusammen mit Ihrer Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Absatz 11 ausgezahlt.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

- (13) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese Einflüsse sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt

beeinflussbar. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des Kapitalmarkts, des versicherten Risikos und der Kosten.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung können wir also nicht garantieren. Sie kann jeweils auch Null Euro betragen.

Wie informieren wir Sie über die Überschussbeteiligung?

- (14) Wir veröffentlichen jährlich im Geschäftsbericht:

- den Überschuss und die zum Bilanzstichtag vorhandenen Bewertungsreserven des Unternehmens. Diese Werte ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB).
- die festgelegten Überschussanteilsätze. Die zu Ihrer Versicherung gehörenden Überschussanteilsätze finden Sie dort unter Ihrem Tarif und Ihrer gegebenenfalls angewendeten Sonderkondition.

Den Geschäftsbericht können Sie bei uns anfordern. Sie finden ihn auch auf unserer Website.

Über den Stand Ihrer Ansprüche informieren wir Sie jährlich. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags.

§ 4 – Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht kein Versicherungsschutz. Unsere Leistungspflicht kann entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen. Das heißt, Sie können in diesem Fall Ihren Versicherungsschutz verlieren. Weitere Informationen finden Sie in § 14 Absatz 2 und 3 sowie § 16.

Ihre Versicherung beginnt um 0.00 Uhr des ersten Tages und endet um 24.00 Uhr des letzten Tages der vereinbarten Dauer des Vertrags.

§ 5 – In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Unsere Leistungspflicht gilt grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache die Berufsunfähigkeit beruht. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist

- a) durch die vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person
In folgendem Fall werden wir dennoch leisten: Sie begehen eine Ordnungswidrigkeit im Straßenverkehr.
- b) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat
- c) durch eine der folgenden Handlungen der versicherten Person:
 - absichtliche Herbeiführung von Krankheit
 - absichtliche Herbeiführung von mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall
 - absichtliche Selbstverletzung
 - versuchte Selbsttötung

In folgendem Fall werden wir dennoch leisten: Die versicherte Person hat diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen. Dies muss uns nachgewiesen werden.

- d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie vorsätzlich die Berufsunfähigkeit herbeigeführt haben
- e) durch Strahlung als Folge von Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährdet, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde

Dieser Ausschluss gilt in folgendem Fall nicht:

Die Strahlung ist verursacht durch ein Ereignis, von dem insgesamt höchstens 1.000 Menschen so betroffen sind, dass für sie gilt:

- Die Menschen sterben unmittelbar nach dem Ereignis.
- Die Menschen sterben voraussichtlich innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis.
- Die Menschen werden voraussichtlich innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden.

Diese Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht prüft ein von uns bestellter unabhängiger Gutachter innerhalb von sechs Monaten nach dem Ereignis. Ansprüche auf die uneingeschränkte Leistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

- f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse
Dieser Ausschluss gilt in folgendem Fall nicht:
Die versicherte Person war kriegerischen Auseinandersetzungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und nicht aktiv an ihnen beteiligt.

- g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von:

- atomaren, biologischen oder chemischen Waffen
- radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen

Der Einsatz oder das Freisetzen muss auf eine Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit einer Vielzahl von Personen gerichtet sein.

Dieser Ausschluss gilt in folgendem Fall nicht:

Es sind von dem Ereignis insgesamt höchstens 1.000 Menschen so betroffen, dass für sie gilt:

- Die Menschen sterben unmittelbar nach dem Ereignis.
- Die Menschen sterben voraussichtlich innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis.
- Die Menschen werden voraussichtlich innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden.

Diese Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht prüft ein von uns bestellter unabhängiger Gutachter innerhalb von sechs Monaten nach dem Ereignis. Ansprüche auf die uneingeschränkte Leistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

§ 6 – Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Um unsere Tarife angemessen und fair zu berechnen, müssen wir auf bestimmte Risiken achten. Um die Risiken in Erfahrung zu bringen, stellen wir Fragen nach gefahrerheblichen Umständen. Umstände sind gefahrerheblich, wenn sie für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, von Bedeutung sind. Sie haben die Pflicht, uns die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Diese Pflicht heißt Anzeigepflicht. Nachdem Sie die Fragen im Antrag beantwortet haben, reichen Sie den Antrag bei uns ein. Dieses nennen wir „Abgabe der Vertragserklärung“. Wir prüfen die Vertragserklärung und stellen Ihnen gegebenenfalls weitere Fragen.

Die Anzeigepflicht gilt für Fragen, die wir Ihnen vor und nach Ihrer Vertragserklärung in Textform stellen. Sie schließt gefahrerhebliche Umstände ein, die erst nach Ihrer Vertragserklärung eintreten. Die Pflicht zur Beantwortung der Fragen zur Anzeigepflicht endet mit der „Annahme des Vertrags“.

- (2) Soll eine andere Person versichert werden, muss auch diese unsere Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- (3) Im folgenden Fall werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst von den gefahrerheblichen Umständen Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt:
- Eine andere Person hat die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet.
 - Diese Person kennt den gefahrerheblichen Umstand oder handelt arglistig.

Rechtsfolgen der Verletzung der Anzeigepflicht

- (4) Bei einer Verletzung der Anzeigepflicht haben wir grundsätzlich folgende Möglichkeiten:
- Wir können vom Vertrag zurücktreten.
 - Wir können den Vertrag kündigen.
 - Wir können den Vertrag ändern.
 - Wir können den Vertrag anfechten.

Im Folgenden informieren wir Sie, welche der Möglichkeiten wann in Betracht kommt.

Rücktritt

- (5) Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie uns Folgendes nachweisen:

- Die vorvertragliche Anzeigepflicht ist nicht vorsätzlich verletzt worden.
- Die vorvertragliche Anzeigepflicht ist nicht grob fahrlässig verletzt worden.

Wenn Sie uns einen der folgenden Punkte nachweisen, können wir bei einer grob fahrlässigen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht zurücktreten:

- Wir hätten den Vertrag auch bei Kenntnis der uns nicht mitgeteilten Umstände geschlossen.
 - Wir hätten den Vertrag zu anderen Bedingungen geschlossen.
- (6) Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn wir vom Vertrag zurücktreten.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- nicht den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles und
- nicht die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht verursacht hat.

Unsere Leistungspflicht entfällt im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt wurde.

- (7) Der Vertrag endet, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt, wenn er durch Rücktritt aufgehoben wird. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- (8) Beruht die Verletzung der Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit, ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen. In diesem Fall können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.

- (9) Wir können nicht kündigen, wenn Sie uns einen der folgenden Punkte nachweisen:

- Wir hätten den Vertrag auch bei Kenntnis der uns nicht mitgeteilten Umstände geschlossen.
- Wir hätten den Vertrag zu anderen Bedingungen geschlossen.

- (10) Kündigen wir die Versicherung, wird sie zu einer beitragsfreien Versicherung. Die Grundsätze zur Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie in § 17 Absätze 3 bis 9 dieser Bedingungen nachlesen.

Vertragsanpassung

- (11) Hätten wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen, wenn auch zu anderen Bedingungen, können wir nicht zurücktreten oder kündigen. Die anderen Bedingungen werden jedoch dann auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag zu anderen Bedingungen fortzuführen.

- (12) Nachdem Sie unsere Mitteilung über die Anpassung des Vertrags erhalten haben, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats fristlos kündigen. Dieses Recht auf Kündigung besteht nur, wenn die Anpassung des Vertrags zu einer der folgenden Änderungen führt:

- Der Beitrag erhöht sich um mehr als 10 %.
- Der Versicherungsschutz für einen nicht angezeigten Umstand wird ausgeschlossen.

Auf dieses Kündigungsrecht werden wir Sie in der Mitteilung über die Anpassung des Vertrags hinweisen.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

In den folgenden Absätzen 13 bis 16 sind mit Rechten stets die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nach den Absätzen 5 bis 12 gemeint.

- (13) Unsere Rechte stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen haben.

- (14) Wir haben keines der Rechte, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

- (15) Innerhalb eines Monats müssen wir unsere Rechte schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem uns die Verletzung

der Anzeigepflicht bekannt wird, die das von uns geltend gemachte Recht begründet. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

- (16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsabschluss erlöschen unsere Rechte. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber den Vertrag anfechten, auch wenn Sie die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht kannten. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

- (18) Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

- (19) Unsere Rechte nach den Absätzen 5 bis 12 sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Nach Ihrem Tod geben wir unsere Erklärung gegenüber folgenden Personen ab:

- Haben Sie uns eine Person als Bevollmächtigte genannt, erhält diese unsere Erklärung.
- Falls der Aufenthalt dieser Person nicht ermittelt werden kann oder von Ihnen niemand benannt wurde, erhält ein Bezugsberechtigter unsere Erklärung.
- Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht zu ermitteln, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 7 – Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

- (1) Die Person, die eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit verlangt, muss uns folgende Dokumente vorlegen:

- ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit
- ausführliche Berichte und Befunde der früher und aktuell behandelnden Ärzte über
 - Ursache, Beginn und Art,
 - Verlauf, bisherige und voraussichtliche Dauer des Leidens
 - sowie über den Umfang der Berufsunfähigkeit
- eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person.

Das umfasst die Stellung und Tätigkeit beim Eintritt der Berufsunfähigkeit. Es umfasst auch danach eingetretene Veränderungen.

- Angaben über das Einkommen aus beruflicher Tätigkeit
 - eine Liste
 - der Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird
 - der Einrichtungen, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnteDas können Versicherer, Sozialversicherungsträger oder sonstige Versorgungsträger sein.
 - des derzeitigen Arbeitgebers und früherer Arbeitgeber mit der Tätigkeit, die die versicherte Person dort jeweils ausgeübt hat
 - zusätzlich bei Berufsunfähigkeit als Folge von Pflegebedürftigkeit: eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege
- Dafür benötigen wir einen der folgenden Berichte:

– den Bericht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) oder

– den Arztbericht über die Begutachtung und Einstufung der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person

- zusätzlich bei Berufsunfähigkeit als Folge eines Tätigkeitsverbots nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG):

– den Bescheid über das Tätigkeitsverbot und Unterlagen, die zum Bescheid gehören

– eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Tätigkeitsverbots

- zusätzlich bei Berufsunfähigkeit als Folge von Erwerbsminderung

– den Bescheid der Deutschen Rentenversicherung über die unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung

– eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Erwerbsminderung

Die dabei entstehenden Kosten trägt die Person, die die Leistung beansprucht.

- (2) Wir können außerdem Folgendes verlangen, soweit dies zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist:

- weitere Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte

- notwendige Nachweise.

Notwendige Nachweise können sich auch auf die wirtschaftlichen und beruflichen Verhältnisse und ihre Veränderungen beziehen.

- zusätzliche Auskünfte

Die Kosten dafür tragen wir. Wir können verlangen, dass die ärztlichen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Das gilt auch, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält. In diesem Fall übernehmen wir die allgemein üblichen Reise- und Aufenthaltskosten. Unter den üblichen Reisekosten verstehen wir die Kosten einer Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich die Kosten für einen Flug in der Economy-Class. Unter den üblichen Aufenthaltskosten verstehen wir die Kosten für die Unterbringung in einem Mittelklassehotel (3 Sterne).

Die versicherte Person hat dabei mitzuwirken, Unterlagen bei den folgenden Personen und Einrichtungen zu beschaffen:

- Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung war oder ist

- Pflegepersonen

- andere Personenversicherer

- gesetzliche Krankenkassen

- Berufsgenossenschaften

- Behörden

Für das Erheben von Daten und Einholen von Auskünften haben Sie folgende Möglichkeiten:

Die versicherte Person kann

- eine umfassende Einwilligung erteilen.

- jederzeit verlangen, dass wir die notwendigen Auskünfte nur nach vorheriger einzelner Einwilligung einholen.

- die erforderlichen Daten selbst beschaffen.

Sie können der Erhebung solcher Daten widersprechen oder eine bereits erteilte Einwilligung für die Zukunft widerrufen.

Übt die versicherte Person eines oder mehrere dieser Rechte aus, kann das folgende Auswirkungen haben:

- Leistungen werden nicht fällig. Grund dafür ist: Wir können nicht feststellen, ob und in welchem Umfang wir zur Leistung verpflichtet sind.

- Leistungen werden verspätet fällig. Grund dafür ist: Wir benötigen wegen des erhöhten Aufwands mehr Zeit für das Erheben der Daten.

- (3) Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, ärztliche Anordnungen zu befolgen, damit wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Davon ausgenommen

- ist der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens. Darunter verstehen wir zum Beispiel Seh- und Hörhilfen.

- sind Maßnahmen, die eine sichere Aussicht bieten, dass sich der Gesundheitszustand verbessert. Das gilt nur, wenn die Maßnahmen gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind.

Lässt die versicherte Person darüber hinausgehende Maßnahmen nicht durchführen, führt dies nicht dazu, dass wir die Leistung verweigern. Das gilt insbesondere für operative Maßnahmen.

Leistungsfähigkeit und Pflichtverletzung

- (4) Unsere Leistungen sind fällig, nachdem wir die notwendigen Erhebungen abgeschlossen haben. Als notwendig gelten Erhebungen, für die Folgendes gilt:
- Sie sind zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig.
 - Sie begründen unsere Leistungspflicht.
- (5) Wird eine der in diesem Paragraphen genannten Pflichten nicht erfüllt, können wir unsere Leistungspflicht oder deren Umfang eventuell nicht feststellen. Eine solche Pflichtverletzung kann also dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

Unterstützung im Leistungsfall

- (6) Möchten Sie eine Leistung beantragen, kontaktieren Sie uns gern im Vorfeld. Wir stellen Ihnen zeitnah einen unserer Spezialisten für Berufsunfähigkeit als persönlichen Ansprechpartner zur Verfügung. Er unterstützt und berät Sie auch bei folgenden Fragen:
- zur Beantragung von Leistungen,
 - zum Umfang der Leistungen,
 - zum Verfahren der Leistungsprüfung,
 - zum Nachweis der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit,
 - zur Beschreibung der ausgeübten beruflichen Tätigkeit,
 - zu den einzureichenden Unterlagen,
 - zu einer möglichen betrieblichen Umgestaltung bei Selbstständigen.
- Alle nötigen Formulare, mit denen Sie Leistungen beantragen können, erhalten Sie von uns.
- (7) Ihr persönlicher Ansprechpartner unterstützt Sie oder nennt Ihnen geeignete Ansprechpartner bei Fragen zur
- medizinischen Rehabilitation,
 - beruflichen Reintegration.

§ 8 – Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen?

- (1) Wir prüfen die uns vorliegenden Unterlagen nach § 7 Absätze 1 und 2. Danach erklären wir in Textform,
- ob und
 - in welchem Umfang
- wir unsere Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Wir verzichten auf zeitlich befristete Anerkenntnisse unserer Leistungspflicht.
- (3) Während wir Ihren Anspruch auf Leistungen prüfen, informieren wir Sie über den Stand der Bearbeitung. Innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Eingang der Unterlagen nach § 7 erhalten Sie von uns eine Mitteilung. Dabei gibt es zwei Möglichkeiten:
- Wir treffen eine Leistungsentscheidung nach Absatz 1.
 - Wir informieren Sie über notwendige weitere Prüfungsschritte oder fehlende Unterlagen.
- Während der Prüfung informieren wir Sie regelmäßig – mindestens alle vier Wochen – über den aktuellen Stand.

§ 9 – Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

Berufsunfähigkeit

Unser Recht auf Nachprüfung

- (1) Haben wir die Berufsunfähigkeit anerkannt oder wurde unsere Leistungspflicht festgestellt, können wir Folgendes nachprüfen:
- Bei der versicherten Person liegt weiterhin eine Berufsunfähigkeit vor.
 - Den Grad der Berufsunfähigkeit.
 - Die versicherte Person übt eine andere Tätigkeit nach § 2 Absatz 1 aus. Dabei werden wir neu erworbene berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse berücksichtigen.

- (2) Die notwendigen Auskünfte zur Nachprüfung nach Absatz 1 können wir jederzeit verlangen. Einmal jährlich können wir umfassende Untersuchungen der versicherten Person verlangen. Die Ärzte dafür beauftragen wir.

Die Kosten dafür tragen wir.

§ 7 Absatz 2 gilt entsprechend.

Ihre Mitteilungspflicht

- (3) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden. Als Nachweis benötigen wir eine amtliche Sterbeurkunde. Darin müssen Alter und Geburtsort der versicherten Person enthalten sein.

Unsere Leistungsfreiheit

- (4) In folgenden Fällen werden wir von der Leistung frei:
- Die Berufsunfähigkeit der versicherten Person ist weggefallen.
 - Der Grad der Berufsunfähigkeit der versicherten Person hat sich auf weniger als 50 % vermindert.
- (5) **Berufsunfähigkeit als Folge von Pflegebedürftigkeit**
Wir werden von der Leistung frei, wenn folgende Voraussetzung erfüllt ist: Die Art oder der Umfang des Pflegefalls hat sich geändert. In der Folge liegt eine Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absatz 2 nicht mehr vor.
Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend.
- (6) **Berufsunfähigkeit als Folge eines Tätigkeitsverbots**
Wir werden von der Leistung frei, wenn das Tätigkeitsverbot nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) endet.
Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend.
- (7) **Berufsunfähigkeit als Folge von Erwerbsminderung**
Wir werden von der Leistung frei, wenn Sie keine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung mehr beziehen.
Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend.
- (8) Werden wir von der Leistung frei, erhalten Sie und die versicherte Person eine Erklärung über die geänderte Situation in Textform. Unterliegen Gründe für die Leistungseinstellung dem Datenschutz, teilen wir diese nur der versicherten Person mit.
- (9) Der Zeitpunkt, zudem wir unsere Leistungen einstellen, ist davon abhängig, wann Ihnen unsere Erklärung zur Leistungseinstellung zugeht. Mit Ablauf des dritten Monats danach stellen wir die Leistung ein.
- (10) Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung müssen Sie die Zahlung der Beiträge wieder aufnehmen.

§ 10 – Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

Ihre Pflichten nach § 9 nennen wir Mitwirkungspflicht.

Solange die Mitwirkungspflicht von

- Ihnen,
 - der versicherten Person oder
 - der Person, die den Anspruch erhebt,
- nicht erfüllt wird, gilt:
- Wird die Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt, leisten wir nicht.
 - Wird die Mitwirkungspflicht grob fahrlässig nicht erfüllt, kürzen wir unsere Leistung. Dies erfolgt in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis.

Beides setzt voraus, dass wir Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Abweichend davon bleiben Ihre Ansprüche trotz Verletzung der Mitwirkungspflicht in folgenden Fällen bestehen:

- Sie weisen nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist.
- Sie weisen nach, dass das Verletzen der Mitwirkungspflicht keinen Einfluss darauf hat, ob und in welcher Höhe wir leisten müssen. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wurde.

Wird die Mitwirkungspflicht zu einem späteren Zeitpunkt erfüllt, sind wir ab diesem Zeitpunkt zur Leistung verpflichtet. Die erste Leistung erbringen wir für den Monat, in dem die Mitwirkungspflicht erfüllt wurde.

Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

§ 11 – Unter welchen Voraussetzungen können Sie die versicherte Rente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?

Erhöhungsoption bei bestimmten Ereignissen

- (1) Sie können die versicherte Rente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen. Dies ist möglich, solange Sie Beiträge für diese Versicherung zahlen. Außerdem muss bezogen auf die versicherte Person eines der folgenden Ereignisse eintreten:
1. Geburt eines Kindes
 2. Adoption eines minderjährigen Kindes
 3. Erwerb und Finanzierung einer selbst bewohnten Immobilie mit einem Finanzierungsbetrag von mindestens 50.000 Euro
 4. Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz
 5. Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit als Hauptberuf
 6. berufliche Veränderung als Angestellter mit nachhaltiger, nachweislicher Einkommenssteigerung: Das monatlich erzielte Bruttoeinkommen aus nicht selbstständiger Arbeit muss dazu um mindestens 10 % in einem Schritt steigen.
 7. Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
 8. Abschluss einer Berufsausbildung oder eines (Promotions-) Studiums und Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit, die der Qualifikation dieses Abschlusses entspricht, innerhalb von sechs Monaten nach diesem Abschluss
 9. nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern für selbstständige Versicherte
Der Gewinn muss in den vier Jahren vor Optionsausübung durchschnittlich um mindestens 30 % höher liegen als im Jahr, in dem Sie den Antrag gestellt haben.
 10. erstmaliges Überschreiten der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung mit dem Bruttoeinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit
 11. Reduzierung oder Wegfall des Invaliditätsschutzes aus einer der folgenden Versicherungen:
 - gesetzliche Rentenversicherung
 - vom Arbeitgeber finanzierte betriebliche Altersvorsorge, sofern garantierte Werte reduziert werden oder wegfallen
 - berufsständisches Versorgungswerk, in dem die versicherte Person wegen einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist
 12. Erwerb eines der folgenden Abschlüsse:
 - Meistertitel
 - geprüfte/r Fachwirt/in
 - geprüfte/r Operativer Professional
 - geprüfte/r Fachkauffrau/mann
 13. Erhalt einer akademischen Weiterqualifikation zusammen mit einer nachweislichen, nachhaltigen Steigerung des monatlich erzielten Bruttoeinkommens aus nichtselbstständiger Arbeit um mindestens 10 % in einem Schritt
 14. Ernennung zum Beamten auf Lebenszeit
 15. Erreichen einer höheren Besoldungsgruppe als Beamter oder Richter
 16. Wechsel eines Beamten oder Richters in die Privatwirtschaft. Das Ausscheiden aus dem Beamtenverhältnis oder die Versetzung in den Ruhestand dürfen nicht medizinisch veranlasst sein.
- (2) Sie können die Erhöhung innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der vorgenannten Ereignisse in Textform bei uns beantragen.
- (3) Die Option, die versicherte Rente bei bestimmten Ereignissen zu erhöhen, besteht nur bis die versicherte Person das 49. Lebensjahr vollendet hat.

Erhöhungsoption unabhängig von Ereignissen

- (4) Sie können die versicherte Rente einmalig auch ohne Eintritt der in Absatz 1 aufgeführten Ereignisse erhöhen. Dafür müssen zwei Bedingungen erfüllt sein:
- Der Vertragsabschluss liegt höchstens fünf Jahre zurück.
 - Die versicherte Person hat das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Grenzen der Erhöhungsoptionen

- (5) Für jede Erhöhung gilt: Die monatliche Rente wird um mindestens 25 Euro und höchstens 500 Euro erhöht.
- (6) Die Erhöhungen der versicherten Rente durch Nutzung der Erhöhungsoptionen dürfen insgesamt nicht höher sein als die ursprüngliche versicherte Rente. Haben Sie eine dynamische Erhöhung der versicherten Leistung vereinbart, können diese Erhöhungen von Beitrag und Leistungen trotzdem weiter erfolgen. Dynamische Erhöhungen von Beitrag und Leistungen berücksichtigen wir bei diesem Höchstbetrag nicht.
- (7) Die insgesamt erreichbare versicherte Jahresrente darf höchstens 80 % des im vorangegangenen Kalenderjahr erzielten Netto-Arbeits-einkommens der versicherten Person betragen. Dabei darf die Jahresrente maximal 30.000 Euro betragen.

Für bestimmte versicherte Personen gelten abweichende Grenzen:

- Bei Selbstständigen beträgt die Höchstgrenze 80 % des Durchschnitts des Gewinns nach Steuern der letzten drei Jahre. Dabei darf die Jahresrente maximal 30.000 Euro betragen.

- Bei Hausfrauen, Hausmännern, in der Ausbildung Befindlichen und Studenten ist die Grenze der Jahresrente bei 12.000 Euro.

Diese Grenzen beziehen sich auf die Gesamtabsicherung durch alle Verträge bei

- allen Versicherern und
- berufsständischen Versorgungswerken.

Dabei werden auch sonstige Invaliditätsversicherungen einbezogen.

Verlängerungsoption

- (8) Sie können Ihre Versicherung ohne erneute Risikoprüfung verlängern. Dazu müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Regelaltersgrenze
 - in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung oder
 - in einem berufsständischen Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufs, in dem die versicherte Person Mitglied ist, wurde erhöht.
- Die versicherte Person ist kein Beamter, Richter oder Soldat.
- Bei Vertragsabschluss entspricht das Alter der versicherten Person zum vereinbarten Ende der Versicherungsdauer mindestens 60 Jahre.
- Die Beantragung der Verlängerung erfolgt spätestens 10 Jahre vor dem vereinbarten Ende der Versicherungsdauer.

Für die Verlängerung gilt Folgendes:

- Die Dauer der Versicherung, der Beitragszahlung und der Leistung werden um ganze Jahre verlängert.
Sie werden dabei maximal um die Zeitspanne verlängert, um die sich die Regelaltersgrenze für die versicherte Person verschiebt.
- Die Höhe der versicherten Rente bleibt unverändert.
- Das Alter der versicherten Person zum neuen Ende der Versicherung darf 70 Jahre nicht übersteigen.
- Für die verlängerte Versicherung gelten die bei Vertragsabschluss vereinbarten Rechnungsgrundlagen.
- Die Risikoeinstufung der Versicherung, insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse, bleibt unverändert.

- (9) Die Verlängerungsoption können Sie innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten einer gesetzlichen Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in Textform ausüben.

Weitere Hinweise zu Ihren Erhöhungs- oder Verlängerungsoptionen

- (10) Durch das Ausüben der Erhöhungs- oder Verlängerungsoptionen erhöht sich Ihr Beitrag zur nächsten Beitragsfälligkeit.

- (11) Die Erhöhungs- oder Verlängerungsoptionen können nicht mehr ausgeübt werden, wenn

- die Versicherung beitragsfrei ist oder
- Leistungen für die versicherte Person aus
 - einer Berufsunfähigkeits(-Zusatz)versicherung,
 - einer Arbeitsunfähigkeits(-Zusatz)versicherung oder
 - einer sonstigen Invaliditäts(-Zusatz)versicherungerbracht, anerkannt oder von Ihnen verlangt worden sind.

Wird ein Versicherungsfall wegen Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder aus sonstigen Invaliditätsversicherungen rückwirkend anerkannt, gilt: Erhöhungen der versicherten Rente, die nach Eintritt des Versicherungsfalles erfolgen, sind unwirksam.

- (12) Erhöhungen der versicherten Rente sind außerdem unwirksam, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Erhöhungen arbeits-, schul- oder studienunfähig ist. Die Arbeits-, Schul- oder Studienunfähigkeit muss in einem direkten Zusammenhang zu der Erkrankung stehen, die innerhalb von fünf Jahren zur Berufsunfähigkeit führt.
- (13) Vereinbarungen, die bei Abschluss der Versicherung getroffen wurden, gelten auch für die Erhöhungen.
- (14) Bestehen bei der HUK-COBURG-Lebensversicherung AG weitere Versicherungen oder Zusatzversicherungen gegen Berufsunfähigkeit oder sonstige Invaliditätsversicherungen für die versicherte Person, können die Erhöhungsoptionen nur für eine dieser Versicherungen in Anspruch genommen werden.

Prüfungsrecht und Pflicht zur Mitwirkung

- (15) Im Rahmen des Antrags auf Erhöhung müssen Sie uns die vereinbarten Voraussetzungen nachweisen. Sie müssen uns eine Prüfung, ob die Voraussetzungen vorliegen, ermöglichen.

§ 12 – Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.
- (2) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen. Dazu zählt das Recht, Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

§ 13 – Wer erhält die Leistung?

Bezugsberechtigung

- (1) Die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit werden ausschließlich an die versicherte Person ausgezahlt. Die versicherte Person ist stets Bezugsberechtigter.
- (2) Für die Leistungen nach § 3 Absatz 12 können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Wenn Sie keine Bestimmung getroffen haben, leisten wir an Sie.

Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die diese Leistung erhalten soll. Diese Person wird als Bezugsberechtigter bezeichnet.

Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalles. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalles jederzeit widerrufen.

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sie erhalten von uns eine Bestätigung in Textform, dass der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist. Sobald Ihnen unsere Bestätigung zugegangen ist, gilt Folgendes:

Das Bezugsrecht ist jetzt unwiderruflich. Es kann nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

Abtretung und Verpfändung

- (3) Ansprüche auf Rentenleistungen aus diesem Vertrag können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, gelten die Ausführungen in Absatz 4.

Anzeige

- (4) Die Verfügungen
 - Einräumung und Widerruf eines Bezugsrechts nach Absatz 2
 - Abtretung und Verpfändung nach Absatz 3

müssen uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt werden. Die Verfügungen werden nur und erst mit dieser Anzeige wirksam. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (zum Beispiel unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 14 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung durch Monatsbeiträge, Vierteljahresbeiträge, Halbjahresbeiträge oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) zahlen. Für die hier genannten Zahlweisen sind für Ihren Vertrag Mindestbeträge für Leistung und Beitrag festgelegt. Werden beide Mindestbeträge erreicht, können Sie die Beiträge in der gewünschten Weise zahlen.
- (2) Den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zahlen. Sie müssen ihn jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung zahlen. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig (Fälligkeitstag). Die Versicherungsperiode ist abhängig von der Zahlweise der Beiträge.

Die Versicherungsperiode umfasst bei

- Monatsbeiträgen einen Monat,
- Vierteljahresbeiträgen drei Monate,
- Halbjahresbeiträgen ein halbes Jahr und
- Jahresbeiträgen ein Jahr.

Bei beitragsfreien Verträgen beträgt die Versicherungsperiode einen Monat.

- (3) Haben Sie bis zum Fälligkeitstag (Absatz 2) alles getan, damit der Beitrag bei uns eingeht, ist die Zahlung rechtzeitig.

Haben Sie das Einziehen des Beitrags von einem Konto (Lastschriftverfahren) vereinbart, ist die Zahlung in folgenden Fällen rechtzeitig:

- Wir können den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen und Sie widersprechen einem berechtigten Einziehen nicht.
- Wir können den Beitrag am Fälligkeitstag nicht einziehen und Sie haben das nicht zu vertreten. Daraufhin senden wir Ihnen eine Aufforderung zur Zahlung des Beitrags. Sie zahlen den Beitrag unverzüglich nach dieser Aufforderung.

Wir können künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens verlangen, wenn wir den Beitrag wiederholt nicht einziehen konnten. Das gilt nur, wenn Sie diesen Umstand zu vertreten haben.

- (4) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.
- (5) Die Beitragszahlung endet bei Tod der versicherten Person, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Dauer der Beitragszahlung.
- (6) Wird die Leistung Ihrer Versicherung fällig, werden wir noch offene Beiträge mit dieser Leistung verrechnen.
- (7) Sie können eine Stundung der Beiträge verlangen.

Die Stundung kann für maximal 24 Monate ab Fälligkeit des ersten gestundeten Beitrags erfolgen. Sie können mehrmals eine Stundung vereinbaren. Eine erneute Stundung ist allerdings nur möglich, wenn Sie die gestundeten Beiträge aus einer früheren Stundung vollständig beglichen haben.

Der Versicherungsschutz bleibt während der Stundung in vollem Umfang bestehen.

Wir erheben keine Stundungszinsen. Im Leistungsfall wird die Leistung um die ausstehenden Beiträge gekürzt. Für die Stundung ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns notwendig.

Ein Anspruch auf eine Stundung besteht, wenn das Deckungskapital des Vertrags bereits einen Wert in Höhe der zu stundenden Beiträge erreicht hat.

Endet die Dauer der Stundung, können Sie wählen, wie Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen:

- Sie zahlen die gestundeten Beiträge in einem Betrag am Ende des vereinbarten Zeitraums der Stundung nach.
- Sie zahlen die gestundeten Beiträge innerhalb eines Zeitraumes von 48 Monaten in monatlichen, vierteljährlichen oder halbjährlichen Raten nach.

Wenn Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen, entnehmen wir sich Ihrem Vertrag. Dadurch reduziert sich die Leistung Ihres Vertrags, während die Beiträge unverändert bleiben. Die Leistung wird zum nächsten Termin der Beitragsfälligkeit neu ermittelt. Liegt der Jahresbeitrag der Berufsunfähigkeitsrente nach der Reduzierung unter 300 Euro, endet die Versicherung.

§ 15 – Was gilt bei Abschluss einer Start Police?

- (1) Bei der „Start Police“ haben Sie die Möglichkeit zu Beginn verminderte Beiträge zu zahlen. Dies nennen wir Startphase. Sie setzt sich aus einer konstanten Phase und einer anschließenden Steigerungsphase zusammen. In der Steigerungsphase steigt der Beitrag stufenweise an. Diese Beitragssteigerungen vereinbaren wir mit Ihnen zu Vertragsbeginn. Die Steigerungsphase endet in einem vereinbarten Versicherungsjahr. In der Zielphase zahlen Sie den Zielbeitrag. Dieser Beitrag ist konstant.
- (2) Sie haben mit der „Start Police“ bereits ab Beginn der Versicherung den Versicherungsschutz in voller Höhe. Voraussetzung dafür ist, dass Sie die Beiträge wie vertraglich vereinbart zahlen. Den zu Vertragsbeginn vereinbarten Beitragsverlauf mit den Beiträgen für Start- und Zielphase finden Sie im Versicherungsschein. Die Erhöhungen des Beitrags erfolgen jeweils zum Jahrestag der Versicherung.
- (3) Im Vergleich zu einem für die gesamte Vertragslaufzeit gleichbleibenden Beitrag, zahlen Sie nach Ende der Startphase einen höheren Beitrag.
- (4) Während der Startphase haben Sie jeweils zur Beitragsfälligkeit der Versicherung das Recht, die Startphase vorzeitig zu beenden. Voraussetzung ist, dass wir keine Leistungspflicht anerkannt haben. Nähere Informationen zur Anerkennung der Leistungspflicht finden Sie im § 8. Machen Sie während der Startphase von Ihrem vorzeitigen Umwandlungsrecht keinen Gebrauch, so beginnt die Zielphase zum vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.
- (5) Bei einem vorzeitigen Ende der Startphase, tritt Ihre Versicherung früher in die Zielphase ein.

Je früher Ihre Versicherung in die Zielphase wechselt, desto geringer wird der Zielbeitrag. Der Zielbeitrag wird bei einem Wechsel nach den versicherungsmathematischen Grundsätzen der Tarifikalkulation für Ihren Vertrag neu festgelegt. Dabei berücksichtigen wir die zum Zeitpunkt des vorzeitigen Endes der Startphase noch ausstehenden Abschluss- und Vertriebskosten. Wir verrechnen sie ab diesem Zeitpunkt wie in § 18 Absatz 2 beschrieben.
- (6) Im Leistungsbezug führen wir die Beitragssteigerungen der „Start Police“ wie vereinbart durch.

Nach Ende unserer Leistungspflicht führen Sie die Beitragszahlung beginnend auf der dann erreichten Beitragsstufe fort. Hat zu diesem Zeitpunkt die Zielphase bereits begonnen, führen Sie die Beitragszahlung mit dem Zielbeitrag fort.
- (7) Die Möglichkeit der Beitragsstundung nach § 14 Absatz 7 besteht in der Startphase nur eingeschränkt. Das Deckungskapital des Vertrags ist dafür in der Startphase selten hoch genug.

Auf Grund der Tarifbesonderheit ist auch nach der Startphase – insbesondere in den ersten Jahren – kein ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden. Daher kann die Möglichkeit der Beitragsstundung nach § 14 Absatz 7 auch danach noch eingeschränkt sein.

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

Einlösungsbeitrag

- (1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Risikoprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt eines Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir von der Leistung befreit, vorausgesetzt wir haben Sie
 - durch eine gesonderte Mitteilung in Textform oder
 - durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht.Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (3) Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen.
- (4) Mit der Mahnung kündigen wir vorsorglich den Vertrag zum Ablauf der Zahlungsfrist. Unsere Kündigung wird automatisch wirksam, wenn Sie

dann noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Wir stellen den Vertrag dann beitragsfrei. Die Bestimmungen des § 17 gelten entsprechend. Zahlen Sie innerhalb eines Monats nach Ablauf der Frist den angeforderten Betrag nach, so wird die Kündigung wieder unwirksam. Tritt ein Versicherungsfall zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Nachzahlung ein, besteht kein oder nur verminderter Versicherungsschutz.

- (5) Befinden Sie sich bei Eintritt eines Versicherungsfalles mit der Zahlung in Verzug, gilt Folgendes:
 - Tritt ein Versicherungsfall vor Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist ein, bleibt der Versicherungsschutz in vollem Umfang bestehen. Wir können die noch ausstehenden Beiträge mit unserer Leistung verrechnen.
 - Tritt ein Versicherungsfall nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist ein, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz.
- (6) Auf die in den Absätzen 4 und 5 genannten Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 17 – Wann und mit welchen Folgen können Sie Ihre Versicherung kündigen, Ihren Beitrag reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode in Textform kündigen.
- (2) Im Falle einer Kündigung erhalten Sie eine Überschussbeteiligung nach § 3. Es wird kein Rückkaufswert ausgezahlt.

Beitragsreduzierung und Beitragsfreistellung

- (3) Anstatt Ihre Versicherung nach Absatz 1 zu kündigen, können Sie auch Ihren Beitrag reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen. Dies können Sie jederzeit in Textform zum Schluss der Versicherungsperiode tun.

Die Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung sind grundsätzlich durchführbar, wenn die neu ermittelte reduzierte oder beitragsfreie Leistung die Mindestleistung in Höhe von

- 300 Euro bei Beitragsreduzierung oder
- 200 Euro bei Beitragsfreistellung

erreicht. Diese Begrenzung gilt für den Jahresbetrag der Berufsunfähigkeitsrente.

- (4) Stellen Sie Ihre Versicherung beitragsfrei, können Sie diese Beitragsfreistellung auch befristen.

Befristen heißt: Wenn Sie die Beitragsfreistellung beantragen, nennen Sie uns bereits einen Termin, zu dem Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen wollen. Ist die Beitragsfreistellung durchführbar, vereinbaren wir mit Ihnen für den gewünschten Zeitraum eine Beitragspause. Am Ende der Beitragspause führen wir eine Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Absatz 12 durch.

Bitte beachten Sie: Es gibt Fälle, in denen die Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach der Beitragspause nicht durchführbar ist.

- (5) Die Beitragsreduzierung und die Beitragsfreistellung der Versicherung können unter anderem folgende Auswirkungen haben:
 - a) Die neu ermittelte Leistung aus der Versicherung ist niedriger als zuvor.
 - b) Ist bei Eintritt der Berufsunfähigkeit der Beitrag Ihrer Versicherung reduziert oder ist sie beitragsfrei gestellt, zahlen wir nur die reduzierte Leistung, auch wenn unsere Leistungspflicht erst nach einer eventuellen Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Absatz 12 beginnt.
 - c) Erreicht die neu ermittelte Berufsunfähigkeitsrente die Mindestleistung nach Absatz 3 nicht und möchten Sie in diesem Fall Ihre Versicherung nicht beitragspflichtig fortsetzen, so erlischt die Versicherung.
- (6) Erlischt Ihre Versicherung nach Absatz 5 c), wenden wir auf Ihre Versicherung die Regelungen der Kündigung nach den Absätzen 1 und 2 an.
- (7) Bei einer Reduzierung des Beitrags oder einer Beitragsfreistellung berechnen wir die Höhe der Leistung Ihres Vertrags neu. Dies betrifft die Berufsunfähigkeitsrente.

Die neue Höhe der Leistung berechnen wir wie folgt:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik
- für den Zeitpunkt der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung
- unter Zugrundelegung des Wertes nach den Absätzen 8 und 9 abzüglich offener Beiträge.

(8) Wir ermitteln den für die Berechnung der neuen Leistung zur Verfügung stehenden Wert nach § 169 VVG Absätze 3 bis 5. Der Wert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete Deckungskapital der Versicherung. Wir berechnen es zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zu Vertragsbeginn.

Der Wert ist unabhängig von der Beitragszahldauer mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich durch die gleichmäßige Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Dauer des Vertrags kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die vereinbarte Dauer des Vertrags. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze. Vergleichen Sie dazu § 18 Absatz 2 Satz 4.

Abzug

(9) Bei einer Beitragsfreistellung erfolgt von dem nach Absatz 8 ermittelten Wert ein Abzug von 40 %.

Die Beweislast für die Angemessenheit des vereinbarten und bezifferten Abzugs tragen wir.

Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht, gilt Folgendes:

- Wir reduzieren den Abzug, wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall wesentlich niedriger liegen muss.
- Der Abzug entfällt, wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist.

Keine Beitragsrückzahlung

(10) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Nachteile und Vorteile

(11) Die Reduzierung des Beitrags, die Beitragsfreistellung oder die Kündigung Ihrer Versicherung kann für Sie Nachteile und Vorteile haben.

Nachteile:

In der Anfangszeit Ihrer Versicherung erfolgt die Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten. Weitere Informationen zur Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 18. Durch diese Verrechnung sind in der Anfangszeit keine oder nur geringe Beträge vorhanden, um eine reduzierte oder beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente zu bilden.

Auch in den folgenden Jahren stehen nur geringe oder keine Beträge dafür zur Verfügung. Grund ist, dass während der Dauer Ihres Vertrags vergleichsweise große Teile der Beiträge zur Deckung des versicherten Risikos benötigt werden.

Bei einer Kündigung wird kein Rückkaufswert ausgezahlt.

Ist bei Eintritt der Berufsunfähigkeit der Beitrag Ihrer Versicherung reduziert oder ist sie beitragsfrei gestellt, erhalten Sie nur die reduzierte Leistung.

Vorteile:

Benötigen Sie beispielsweise den bisherigen Versicherungsschutz nicht mehr in vollem Umfang, können Sie Beiträge sparen.

Ihre Entscheidung:

Bitte wägen Sie die Vor- und Nachteile einer Kündigung, einer Beitragsfreistellung oder einer Beitragsreduzierung gegenüber einer unveränderten Fortsetzung Ihres Vertrags ab.

Hilfe zur Entscheidung:

Zusammen mit dem Versicherungsschein haben wir Ihnen die Garantiewerttabelle übergeben. In dieser Tabelle finden Sie nähere Informationen zur beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente und deren Höhe.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung

(12) Sie können bei einer Versicherung mit reduziertem Beitrag oder einer beitragsfrei gestellten Versicherung jederzeit beantragen, die Beitragszahlung mit erhöhtem Beitrag wieder aufzunehmen. Dabei gilt:

- Die Beitragszahlung mit dem erhöhten Beitrag setzt zum nächsten Termin der Beitragsfälligkeit ein.

- Die Leistung wird zum nächsten Termin der Beitragsfälligkeit neu ermittelt. Sie darf die Leistung vor der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung nicht übersteigen.

- Die Beitragszahlweise wird beibehalten.

Erfolgt die Wiederaufnahme der Beitragszahlung innerhalb der ersten zwölf Monate nach der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung, verzichten wir auf eine Risikoprüfung.

Soll die Beitragszahlung später als zwölf Monate nach der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung wieder aufgenommen werden, ist es von einer erneuten Risikoprüfung abhängig, ob und in welcher Höhe dies möglich ist.

Erfolgt die Wiederaufnahme der Beitragszahlung innerhalb der ersten zwei Jahre nach der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung, garantieren wir Ihnen die bei Vertragsabschluss vereinbarten Rechnungsgrundlagen – insbesondere Ausscheideordnungen und Rechnungszins.

Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung ist nicht möglich, wenn wir zu diesem Zeitpunkt Leistungen aus Ihrer Versicherung erbringen.

Fortbestehen von Leistungsansprüchen

(13) Ansprüche, die auf einer Berufsunfähigkeit der versicherten Person beruhen, die bereits vor der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung eingetreten ist, bestehen nach der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung fort.

§ 18 – Wie verrechnen wir die Kosten Ihrer Versicherung?

(1) Mit Ihrer Versicherung sind Kosten verbunden. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten. Das Tilgen der Kosten ist in Ihrer Versicherung bereits berücksichtigt.

Verrechnen der Abschluss- und Vertriebskosten

(2) Wir wenden auf Ihren Versicherungsvertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) an. Dabei entnehmen wir Ihren ersten Beiträgen einen Anteil, der für Folgendes benötigt wird:

- Leistungen im Versicherungsfall
- Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode
- Bildung einer Deckungsrückstellung nach § 25 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV)

Den verbleibenden Anteil der ersten Beiträge verwenden wir zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten. Der zu tilgende Betrag ist auf 2,5 % der Beiträge beschränkt, die Sie während der Laufzeit der Versicherung zahlen müssen. Das ist in der Deckungsrückstellungsverordnung festgelegt.

Verrechnen der übrigen Kosten

(3) Die übrigen Kosten fallen verteilt über die gesamte Laufzeit der Versicherung an.

Folgen der Kostenverrechnung für Sie

(4) Durch die beschriebene Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten ist in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur der Mindestwert nach § 17 Absätze 8 und 9 zur Bildung der beitragsfreien Leistung vorhanden.

Nähere Informationen zu den beitragsfreien Leistungen sowie zu ihrer jeweiligen Höhe finden Sie in der Garantiewerttabelle. Diese erhalten Sie zusammen mit Ihrem Versicherungsschein.

Kosten für eine Erhöhung Ihres Beitrags und für die Dynamisierung

(5) Erhöhen Sie Ihren Beitrag oder führen wir eine vereinbarte Dynamisierung durch, erheben wir erneut Kosten nach Absatz 1. Diese verteilen wir wie in den Absätzen 2 und 3 beschrieben.

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

(1) Ändert sich Ihre Postanschrift, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Sonst erhalten Sie wichtige Mitteilungen vielleicht nicht rechtzeitig. Hierdurch können für Sie Nachteile entstehen. Nach § 13 VVG gilt eine Ihnen gegenüber abzugebende Willenserklärung drei Tage nach Absendung als Ihnen zugegangen. Dazu müssen wir sie mit eingeschriebenem Brief an die Anschrift gesendet haben, die Sie uns zuletzt gemeldet haben.

Dies gilt auch bei einer für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossenen Versicherung, wenn Sie Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

- (2) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn Sie Ihren Namen ändern.
- (3) Halten Sie sich längere Zeit nicht an der uns bekannten Postanschrift auf, erhalten Sie wichtige Mitteilungen vielleicht nicht rechtzeitig. Wir empfehlen Ihnen, uns für diese Zeit einen Zustellungsbevollmächtigten zu nennen. Diese Person ist dann bevollmächtigt, unsere Mitteilungen für Sie entgegen zu nehmen. Diese Person sollte im Inland ansässig sein.

§ 20 – Welche Kosten und Gebühren dürfen wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

- (1) Wir können Ihnen separate Kosten berechnen, falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht.
- (2) In folgenden Fällen können wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert berechnen:
- Rückläufer im Lastschriftverfahren
 - Erstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein
 - Durchführung von Vertragsänderungen
 - Abtretungen und Verpfändungen
 - Zahlungsrückstände
 - zusätzliche individuelle Wertanfragen
- (3) Die Höhe der zum Zeitpunkt der Angebotserstellung aktuell gültigen Kosten finden Sie in der beiliegenden Gebührentabelle. Dort ist auch vermerkt, ob die Kosten derzeit erhoben werden. Wir können eine Änderung der Gebührensätze und der derzeit kostenfreien Vorgänge für die Zukunft nach billigem Ermessen vornehmen. Erklärungen zum billigen Ermessen finden Sie in § 315 BGB. Die jeweils aktuelle Gebührentabelle können Sie bei uns anfordern.
- (4) Wir orientieren uns bei der Bemessung der Pauschale an den bei uns regelmäßig entstehenden Kosten. Interne Personalkosten berücksichtigen wir dabei nicht.

Die Beweislast für die Angemessenheit der Pauschale tragen wir. Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht, gilt Folgendes:

- Wir reduzieren die Pauschale, wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem Fall wesentlich niedriger liegen muss.
- Die Pauschale entfällt, wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist.

§ 21 – Welches Recht gilt für den Vertrag und welche Sprache ist Vertragssprache?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die Vertragssprache ist Deutsch.

§ 22 – Wo ist der Gerichtsstand?

Wir informieren Sie, welche Gerichte für Klagen aus dem Versicherungsvertrag zuständig sind.

- (1) Klagen aus dem Vertrag gegen uns
- Klagen aus dem Vertrag gegen uns müssen Sie bei einem zuständigen Gericht erheben.
- Zuständig sind grundsätzlich folgende Gerichte:
- Gericht, in dessen Bezirk unser Sitz liegt
 - Gericht, in dessen Bezirk unsere für den Versicherungsvertrag zuständige Niederlassung liegt
- Unter bestimmten Voraussetzungen können weitere Gerichte zuständig sein:
- Sind Sie eine natürliche Person, gilt:
Zusätzlich ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Wohnsitz haben.
Haben Sie keinen Wohnsitz, gilt stattdessen: Zusätzlich ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
 - Sind Sie eine juristische Person, gilt:
Zusätzlich ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(2) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie

Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei einem zuständigen Gericht erheben.

Zuständig sind grundsätzlich folgende Gerichte:

- Sind Sie eine natürliche Person, gilt:
Es ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Wohnsitz haben.
Haben Sie keinen Wohnsitz, gilt stattdessen: Es ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
 - Sind Sie eine juristische Person, gilt:
Es ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
- (3) Haben Sie nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb
- der Europäischen Union,
 - Islands,
 - Norwegens oder
 - der Schweiz
- verlegt, gilt: Anders als in den Absätzen 1 und 2 beschrieben, sind für Klagen aus dem Vertrag nur die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.
- Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung in einen Staat nach Satz 1 verlegt haben.
- (4) Haben Sie keinen Wohnsitz, gilt Absatz 3 entsprechend für den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.
- (5) Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt bei Erhebung der Klage nicht bekannt, sind für Klagen aus dem Vertrag nur die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 23 – Wann können wir Ihre Beiträge oder Leistungen anpassen?

- (1) Wir können nach § 163 VVG Ihren Beitrag anpassen, wenn alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:
1. Der Leistungsbedarf hat sich nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert.
 2. Der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen angepasste Beitrag ist angemessen.
 3. Den nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen angepasste Beitrag benötigen wir, um unsere Leistungen dauerhaft zu erfüllen.
 4. Ein unabhängiger Treuhänder hat die Rechnungsgrundlagen und die unter 1. bis 3. genannten Voraussetzungen überprüft und bestätigt.
- Eine Anpassung des Beitrags ist ausgeschlossen, wenn
- unsere Leistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und
 - ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.
- (2) Sie können verlangen, dass statt einer Erhöhung des Beitrags nach Absatz 1 die Leistungen reduziert werden. Bei beitragsfreien Versicherungen können wir unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 die Leistung reduzieren.
- (3) Die Anpassung des Beitrags und der Leistungen wird zu Beginn des zweiten Monats nach unserer Mitteilung wirksam. Wir teilen Ihnen darin die Anpassung und die hierfür maßgeblichen Gründe mit.
- (4) Die Mitwirkung des Treuhänders nach Absatz 1 entfällt, wenn die Anpassung der Leistungen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.

§ 24 – Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

- (1) Einzelne Bestimmungen dieser Bedingungen können unwirksam sein oder werden. Ist dies der Fall, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen und des Vertrags.
- Wir können die unwirksamen Bestimmungen auch für die bestehenden Verträge ersetzen. Dafür muss mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die neuen Bestimmungen sind zur Fortführung des Vertrags notwendig.
- Das Festhalten am Vertrag ohne neue Regelung stellt für einen Vertragspartner eine unzumutbare Härte dar.

Dass die Klausel unwirksam ist, muss durch

- eine höchstrichterliche Entscheidung oder
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt

festgestellt worden sein.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn Folgendes gilt:

- Das Vertragsziel wird gewahrt.
- Die Interessen der Versicherungsnehmer werden angemessen berücksichtigt.

Wir teilen Ihnen die neue Regelung und die dafür entscheidenden Gründe mit. Zwei Wochen später wird die neue Regelung Bestandteil des Vertrags.

Die gesetzliche Grundlage für das beschriebene Verfahren finden Sie in § 164 VVG.

- (2) Wir haben uns in diesen Bedingungen auf die zum Zeitpunkt Ihres Vertragsabschluss gültigen Gesetze bezogen oder auf solche verwiesen. Bitte beachten Sie: Diese Gesetze können während des Vertragsverlaufs geändert oder ersetzt werden oder entfallen.

§ 25 – Welche Regelungen gelten bei Sonderkonditionen auf Grund einer kollektivrechtlichen Vereinbarung?

- (1) Ihr Vertrag enthält gegebenenfalls eine Sonderkondition auf Grund einer kollektivrechtlichen Vereinbarung. Durch die Kollektivvertragsnummer und gegebenenfalls über den Personenkreis wird die Gruppe von Verträgen definiert, zu der Ihr Vertrag gehört. Diese Informationen und die für Ihren Vertrag geltende Sonderkondition, finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

- (2) Wenn Ihrem Vertrag eine Sonderkondition nach Absatz 1 zu Grunde liegt, gelten besondere Regelungen:

Sie müssen uns ein Ausscheiden aus der für diese Sonderkondition definierten Gruppe nach Absatz 1 Satz 2 unverzüglich mitteilen.

Scheiden Sie aus der für die Gewährung dieser Sonderkondition definierten Gruppe aus, entfällt die für Ihren Vertrag erhaltene Vergünstigung. Sie können dann zwischen zwei Möglichkeiten, den Vertrag fortzuführen, wählen:

1. Sie zahlen den gleichen Beitrag weiter. Dadurch reduziert sich die Leistung Ihrer Versicherung.
2. Sie zahlen einen erhöhten Beitrag. Dadurch bleibt die Leistung Ihrer Versicherung gleich.

In beiden Fällen ist keine erneute Risikoprüfung notwendig.

- (3) Wird die kollektivrechtliche Vereinbarung gekündigt, entfällt diese Sonderkondition für Ihren Vertrag. Wir werden sie darüber informieren. Für die Fortsetzung des Vertrags gilt Absatz 2 entsprechend.

- (4) Melden Sie uns den Wegfall der Voraussetzungen nicht, verringern wir die versicherten Leistungen. Dazu berechnen wir die versicherten Leistungen rückwirkend zum Wegfall der Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Sonderkondition neu.

§ 26 – Was gilt für das Beschwerdemanagement?

- (1) Es ist uns wichtig, Ihnen erstklassige Leistungen zu bieten und auf Ihre Bedürfnisse einzugehen. Sind Sie dennoch mit unseren Produkten oder unserem Service nicht zufrieden, dann lassen Sie uns dies bitte wissen. Lesen Sie dazu Absatz 4. Wir nehmen Ihre Anregungen, Beschwerden und Ihre Kritik sehr ernst.

(2) Anlaufstellen für Ihre Anliegen

1. Versicherungsombudsmann

Sie haben die Möglichkeit sich an den Versicherungsombudsmann zu wenden. Diese außergerichtliche Schlichtungsstelle vermittelt bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Kunden und Versicherern.

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Tel. 0800 3696000*
Fax 0800 3699000*
(* kostenlos aus deutschen Telefonnetzen)
www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Voraussetzung für das Schlichtungsverfahren vor dem Ombudsmann ist aber, dass Sie uns zunächst ermöglichen, unsere Entscheidung zu überprüfen.

2. Online-Streitbelegungsplattform

Sofern Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag online (beispielsweise über unsere Website) geschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbelegungsplattform nutzen: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Ihre Beschwerde wird von dort aus an die zuständige außergerichtliche Schlichtungsstelle weitergeleitet.

3. Die für uns zuständige Versicherungsaufsicht

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Tel. 0228 4108-0
Fax 0228 4108-1550

(3) Rechtsweg

Sie können mit Ihren Anliegen zusätzlich auch den Rechtsweg beschreiten.

(4) Unser Beschwerdemanagement

Mit Ihren Anliegen erreichen Sie uns unter der Telefonnummer 09561 96-50740 oder postalisch unter der folgenden Adresse:

HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
Beschwerdemanagement
Bahnhofplatz
96440 Coburg

Sie können sich auch über ein Online-Formular an uns wenden. Das Kontaktformular für Ihre Beschwerde und weitere Informationen finden Sie auf www.HUK.de/beschwerde.

Selbstverständlich setzen wir alles daran, Ihr Anliegen so schnell wie möglich und zu Ihrer Zufriedenheit zu beantworten. Falls eine abschließende Bearbeitung nicht innerhalb von sieben Arbeitstagen möglich ist, erhalten Sie einen Zwischenbescheid.

Um Ihr Anliegen schnell und umfassend zu bearbeiten, bitten wir Sie um folgende Informationen:

- Name
- Adresse
- Telefon
- Versicherungsnummer
- Schilderung Ihres Anliegens