

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten, je nach Tarif und eventuell eingeschlossener Zusatzversicherung, die nachfolgenden Bedingungen:

Allgemeine Bedingungen für die Risikolebensversicherung (ABRis-D)	S. 3
Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik)	S. 11
Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung (BUzv)	S. 13
Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BBuz-D)	S. 15
Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BEuz-D)	S. 23
Bedingungen für die Pflegerentenoption (BPfo)	S. 29
Hinweise zum Schutz Ihrer Daten	S. 32
Steuerregelungen für Lebensversicherungen nach deutschem Recht	S. 33

§ 1 Welche Leistungen erhalten Sie?

- (1) Wir zahlen die für den Sterbemonat versicherte Summe bei Tod, wenn eine der versicherten Personen vor dem im Versicherungsschein genannten Ablauftermin stirbt. Auch bei Tod mehrerer versicherter Personen wird die versicherte Summe nur einmal fällig. Mit Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsvertrag. Die Voraussetzungen einer Anschlussversicherung bei einer Risikolebensversicherung auf verbundene Leben sind in § 6 dieser Bedingungen geregelt.
- (2) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie gegebenenfalls weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 16 dieser Bedingungen).
- (3) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.
- (4) Ein Wechsel von der RISK-vario[®] risikoadäquat in die RISK-vario[®] sowie von der RISK-vario[®] risikoadäquat Premium in die RISK-vario[®] Premium ist jederzeit während der Laufzeit des Vertrages zum Jahrestag des Versicherungsbeginns möglich und kann bei uns in Textform beantragt werden. Der Wechsel erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung, wenn die Laufzeit und die Versicherungssummen gleich bleiben. Der Antrag muss vor dem jeweiligen Jahrestag des Versicherungsbeginns bei uns eingegangen sein.

§ 1a Welche zusätzlichen Leistungen erhalten Sie, sofern Sie den Tarif RISK-vario[®] Premium gewählt haben?

(1) Vorgezogene Todesfalleistung

- a) Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme auf Ihren Antrag bereits vor dem Tod der versicherten Person – bei verbundenen Leben einer der versicherten Personen, wenn diese während der Versicherungsdauer an einer schweren Krankheit gemäß Absatz b) erkrankt.
- b) Schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes und unseres Gesellschaftsarztes innerhalb von 12 Monaten zum Tode führen wird. In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, die Stellungnahme eines unabhängigen Facharztes einzuholen.
- c) Mit der Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme endet dieser Versicherungsvertrag.
- d) Eine vorgezogene Leistung wird nicht gewährt, wenn die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 12 Monate beträgt. Maßgeblich für die 12-Monatsfrist hinsichtlich der Prognose über die Lebenserwartung, für die verbleibende Vertragsdauer sowie für die vereinbarte Versicherungssumme ist der Zeitpunkt der Stellung des Leistungsantrags.
- e) Bei Beantragung der vorgezogenen Todesfalleistung ist uns ein Zeugnis eines Facharztes – einschließlich Befunden und, falls vorhanden, Krankenhausberichten – einzureichen, aus dem hervorgeht, dass bei der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne des Absatz b) vorliegt. Zudem können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein vorgelegt wird. Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der die versicherte Person zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.
- f) Das Recht auf Anschlussversicherung nach § 6 dieser Bedingungen bleibt von dieser Regelung unberührt.

(2) Soforthilfe

- a) Nach Vorlage des Versicherungsscheins und der amtlichen Sterbeurkunde der versicherten Person – bei verbundenen Leben einer der versicherten Personen – durch den Empfangsberechtigten (Todesfallbegünstigter, Zessionar oder Bevollmächtigter), leisten wir eine Soforthilfe in Höhe von 10 % der Versicherungssumme zum Zeitpunkt des Todes, maximal 10.000 EUR, sofern der Vertrag seit dem Vertragsbeginn mindestens drei Jahre bestanden hat und die Beiträge bis zum Todesfallzeitpunkt in voller Höhe gezahlt wurden. Sobald die Leistungsprüfung abgeschlossen ist und die Versicherungsleistung ausgezahlt werden kann, verrechnen wir die Soforthilfe mit der Versicherungssumme.
- b) Sollte nach Abschluss der Leistungsprüfung ein Rücktritt bzw. eine Anfechtung gemäß § 7 dieser Bedingungen erforderlich sein, wird die Soforthilfe nicht zurückverlangt. Gleiches gilt, wenn die Voraussetzungen nach § 8 dieser Bedingungen, die zum Wegfall unserer Leistungspflicht führen, vorliegen.
- c) Die Soforthilfe kann nur einmal in Anspruch genommen werden, auch wenn für die versicherte Person – bei verbundenen Leben für die versicherten Personen – mehrere Verträge bei unserem Unternehmen bestehen.

(3) Verlängerungsoption

- a) Sie haben bis 5 Jahre vor Ablauf Ihrer Versicherung das Recht, eine Verlängerung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung (Verlängerungsoption) durch eine entsprechende Erklärung in Textform zu beantragen.
- b) Die maximale Verlängerung der Versicherungsdauer beträgt 15 Jahre, wobei jedoch höchstens eine Verdoppelung der ursprünglichen Versicherungsdauer erfolgen kann, die maximale Versicherungsdauer (inkl. Verlängerungslaufzeit) von 45 Jahren nicht überschritten werden darf und der Vertragsablauf spätestens innerhalb des Kalenderjahres liegen muss, in dem die versicherte Person – bei verbundenen Leben die älteste versicherte Person – das 75. Lebensjahr vollendet.
- c) Die Verlängerungsoption kann nur einmal in Anspruch genommen werden. Ist Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt, ist keine Ausübung der Verlängerungsoption mehr möglich.
- d) Der Beitrag ab Optionsausübung berechnet sich zur darauffolgenden Fälligkeit nach dem für Ihren Vertrag gültigen Tarif, dem zu diesem Zeitpunkt erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person – bei verbundenen Leben der versicherten Personen –, der verbleibenden Versicherungsdauer (inkl. Verlängerungslaufzeit) und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die hinzukommende Versicherungsdauer.
- e) Im Falle eines wahlfreien Versicherungssummenverlaufs dürfen die Versicherungssummen der hinzukommenden Jahre maximal der Versicherungssumme im Jahr der Beantragung der Verlängerung entsprechen.

(4) Zusatzleistung im Pflegefall

- a) Wir erbringen einmal eine Zahlung in Höhe von 10 % der Todesfalleistung, maximal jedoch 25.000 EUR, wenn die versicherte Person – bei verbundenen Leben einer der versicherten Personen – nach Maßgabe dieser Bedingungen während der Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne der Absätze d) und e) wird. Bei Versicherungsverträgen auf mehr als ein Leben zahlen wir die Zusatzleistung einmal für jede versicherte Person, für die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt.
- b) Eine Beantragung der Zusatzleistung ist nur möglich, solange die versicherte Person, für die die Zusatzleistung beantragt wird, lebt.
- c) Die Versicherungsleistung bei Tod der versicherten Person – bei verbundenen Leben der versicherten Personen – während der Versicherungsdauer bleibt hiervon unberührt.
- d) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person – bei verbundenen Leben mindestens eine der versicherten Personen – infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls sechs Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich mindestens sechs Monate so hilflos sein wird, dass sie für alle nachfolgend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel täglich in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person bedarf.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim:

Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

Aufstehen und Zubettgehen

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

An- und Auskleiden

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.

Waschen

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder einem Wannelift – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.

Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann, ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheter oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

- e) Der Begriff der Pflegebedürftigkeit nach diesen Bedingungen ist nicht mit der Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches identisch.
- f) Nachweis- und Mitwirkungspflichten, wenn eine Leistung wegen Pflegebedürftigkeit beantragt wird:
- a. Nachweis für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit

Werden Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit verlangt, so sind uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) folgende Unterlagen einzureichen:

- (a) ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
- (b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
- (c) ausführliche Berichte der Ärzte oder anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- (d) eine Aufstellung
- der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war oder sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträgern und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte.

- b. Weitere Nachweise, Entbindung von der Schweigepflicht

Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Hierfür ist es nicht erforderlich, dass die versicherte Person nach Deutschland kommt. Die Untersuchungen können auf Wunsch auch durch einen von uns beauftragten Arzt im Land des Aufenthaltes der versicherten Person durchgeführt werden. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Behörden, Krankenkassen und Sozialversicherungsträger zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit dies zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

- c. Folgen der Verletzung der Mitwirkungspflicht

Solange eine Mitwirkungspflicht von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchsteller vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Dies gilt insbesondere dann, wenn Sie einer Auskunftserhebung, die für die Leistungsprüfung erforderlich ist, widersprechen oder eine Einzeleinwilligung nicht erteilen. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Der Anspruch auf Leistung wegen Pflegebedürftigkeit bleibt jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(5) Mehrfachleistung für verbundene Leben

- a) Bei Versicherungsverträgen auf mehr als ein Leben leisten wir die vereinbarte Versicherungssumme für jede versicherte Person, sofern diese als Folge desselben Ereignisses innerhalb eines Monats versterben.
- b) Das Recht auf Anschlussversicherung nach § 6 dieser Bedingungen bleibt hiervon unberührt.

§ 2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 3 und § 4 dieser Bedingungen).

§ 2a Welche Bedeutung haben Gesundheitszustand und gesundheitsbewusstes Verhalten auf den Beitrag?

- (1) Im Rahmen der Beitragseinstufung legen wir den Gesundheitszustand der versicherten Person – bei verbundenen Leben der versicherten Personen – zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Basis der Antragsfragen und ggf. weiterer medizinischer Informationen zugrunde. Dabei wird das gesundheitsbewusste Verhalten der versicherten Person – bei verbundenen Leben der versicherten Personen – über das Rauchverhalten sowie das Verhältnis von Körpergröße und Körpergewicht mit berücksichtigt.

- (2) Raucher im Sinne dieser Bedingungen ist, wer innerhalb der letzten 12 Monate vor Antragstellung (E-)Zigaretten, (E-)Zigarillos, (E-)Zigarren oder (E-)Pfeife geraucht hat.
- (3) Sie sind verpflichtet im Versicherungsantrag alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich. Wegen den Rechtsfolgen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht beachten Sie bitte die Regelung in § 7 dieser Bedingungen.
- (4) Sollten sich die vor Vertragsschluss gemachten Angaben zum Rauchverhalten einer versicherten Person während der Vertragslaufzeit ändern, stellt dies im Falle eines Wechsels vom Nichtraucher zum Raucher eine Gefährerhöhung dar. Sie sind – neben der jeweiligen versicherten Person – verpflichtet, uns die Gefährerhöhung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, anzuzeigen.
- (5) Ab dem Zeitpunkt des Verlustes des Nichtraucherstatus werden wir Ihrem Vertrag für die betreffende versicherte Person die Rechnungsgrundlagen zugrunde legen, die für einen Raucher angewendet werden. Hierdurch erhöhen sich bei gleichbleibender Versicherungssumme Ihre Beiträge. Sie können verlangen, dass statt einer Erhöhung der Beiträge die Versicherungssumme entsprechend herabgesetzt wird. Unser Recht zur Beitragsanpassung erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt geltend machen, zu dem wir von der Gefährerhöhung Kenntnis erlangen.
- (6) Kommen Sie Ihrer Anzeigepflicht nicht nach, vermindert sich bei Tod der versicherten Person die Leistung. Die auszahlende Versicherungssumme wird dann unter Zugrundelegung des Rauchtarifs für die jeweilige versicherte Person rückwirkend ab Vertragsbeginn neu berechnet. Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, soweit die Gefährerhöhung nicht ursächlich für den Tod der versicherten Person war.

§ 3 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrer Lebensversicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag), durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- oder Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr. Ist die Versicherungsperiode kürzer als ein Jahr, erheben wir für zusätzliche Verwaltungsaufwendungen höhere Verwaltungskosten.
- (2) Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
- (3) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Absatz 2 angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
- (4) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
- (5) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.
- (6) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

Einlösungsbeitrag

- (1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.
- (2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nicht-Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 5 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufswertes

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit mit Frist von einem Monat zum Schluss der Versicherungsperiode ganz oder teilweise in Textform kündigen.
Wir prüfen dann zunächst, ob eine beitragsfreie Weiterführung Ihrer Versicherung möglich ist. Dies ist dann der Fall, wenn die beitragsfreie Versicherungssumme eine Mindestsumme in Höhe von 10.000 EUR erreicht. Wird die beitragsfreie Versicherungssumme in Höhe von mindestens 10.000 EUR erreicht, stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei. Wird diese beitragsfreie Versicherungssumme nicht erreicht, zahlen wir den Rückkaufswert an Sie aus.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme unter einen Mindestbetrag von 10.000 EUR sinkt. Wenn Sie in diesem Falle Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie diese also ganz kündigen.
- (3) Entsprechend § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) werden wir – falls vorhanden – den Rückkaufswert erstatten. Der Rückkaufswert ist die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungsrückstellung der Versicherung. Mindestens verwenden wir jedoch den Betrag der Deckungsrückstellung, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes (§ 14 Abs. 2 dieser Bedingungen) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Von dem so ermittelten Wert erfolgen ein Abzug evtl. noch ausstehender Forderungen (z.B. Beitragsrückstände) sowie ein Stornoabzug. Der Stornoabzug beträgt 50 % der Deckungsrückstellung bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung. Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag beträgt der Stornoabzug 20 % der garantierten Deckungsrückstellung und 100 % der Deckungsrückstellung des Todesfallbonus. Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (4) Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 3 errechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

- (5) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 und 4 berechneten Rückkaufswerten enthalten sind oder als Sofortüberschuss die Beiträge reduziert haben.
- (6) Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 14 dieser Bedingungen) kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

- (7) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine durch entsprechende Erklärung in Textform verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird. Die aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Deckungsrückstellung mindert sich um den Stornoabzug und evtl. ausstehende Forderungen (z. B. Beitragsrückstände). Der Stornoabzug beträgt 25 % der Deckungsrückstellung bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung. Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (8) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 14 dieser Bedingungen) keine oder nur eine geringe beitragsfreie Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer Versicherungssumme zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.
- (9) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 7 zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 10.000 EUR nicht, erhalten Sie den Rückkaufswert nach den Absätzen 3 bis 5. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme mindestens 10.000 EUR beträgt.

Beitragsrückzahlung

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

§ 6 Anschlussversicherung bei einer Risikolebensversicherung auf verbundene Leben

Endet die Risikolebensversicherung auf verbundene Leben durch den Tod einer der versicherten Personen oder durch Auszahlung einer vorgezogenen Todesfallleistung gemäß § 1a (1) dieser Bedingungen, kann innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Risikolebensversicherung im Rahmen unserer tariflichen Möglichkeiten für die überlebenden versicherten Personen bzw. für die weiteren versicherten Personen, für die keine Auszahlung nach § 1a (1) dieser Bedingungen erfolgt ist, unter den folgenden Voraussetzungen eine neue Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden:

- Die Restlaufzeit der bisherigen Versicherung beträgt mindestens ein Jahr.
- Die bisherige Versicherung ist nicht beitragsfrei.
- Die Versicherungsdauer und die Beitragszahlungsdauer der Anschlussversicherung enden spätestens zu den in der Ursprungsversicherung vereinbarten Terminen.
- Die versicherte Todesfallleistung der Anschlussversicherung darf die Höhe der versicherten Todesfallleistung der Ursprungsversicherung nicht überschreiten.

Die Versicherungssumme der Anschlussversicherung folgt bezüglich des weiteren Versicherungssummenverlaufs dem Ursprungsvertrag. Die Anschlussversicherung stellt einen neuen Versicherungsvertrag nach Maßgabe eines zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarifs entsprechend der Wahl der jeweiligen verbleibenden versicherten Personen dar. War eine versicherte Person bisher als Raucher versichert, gilt dies auch für den neuen Vertrag. Dem neuen Vertrag legen wir im Übrigen die Feststellungen zur Gesundheitsprüfung des Ursprungsvertrages zugrunde. Die Regelungen über die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht in den Versicherungsbedingungen der ursprünglichen Versicherung (§ 7 dieser Bedingungen) finden auch auf den neuen Vertrag Anwendung. Solange wir wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht durch die jeweilige versicherte Person vom ursprünglichen Vertrag zurücktreten, diesen kündigen, anpassen oder den ursprünglichen Vertrag wegen Anfechtung aufheben können, stehen uns diese Rechte auch für den neuen Vertrag mit den jeweiligen versicherten Personen zu.

§ 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden sowie dem Rauchverhalten der zu versichernden Personen.
- (2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, so ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

- (3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Abs. 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten.
- (4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- (5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert (§ 5 dieser Bedingungen). Die Regelung des § 5 Abs. 3 Satz 3 dieser Bedingungen gilt nicht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- (6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- (7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten.

- (8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 5 Abs. 7 bis 9 dieser Bedingungen).

Vertragsanpassung

- (9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (10) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

- (11) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.
- (12) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

- (15) Die Absätze 1 bis 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

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

Welche Besonderheiten gelten für eine nicht schuldhafte Verletzung der Anzeigepflicht?

- (17) Haben Sie oder die versicherte Person – bei verbundenen Leben die versicherten Personen – ohne Verschulden oder in Unkenntnis die Anzeigepflicht verletzt, verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (vgl. § 19 Abs. 3 und 4 VVG), ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode den Vertrag anzupassen oder den Vertrag zu kündigen (vgl. Abs. 6 und Abs. 9).

§ 8 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn eine versicherte Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat.
- (2) Bei Ableben einer versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen sind wir allerdings von der Verpflichtung zur Leistung frei. Nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres¹⁾ entfällt diese Einschränkung unserer Leistungspflicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- (3) Nach Ablauf der ersten 12 Monate ab Versicherungsbeginn gilt diese Einschränkung unserer Leistungspflicht nicht im Falle des Einsatzes der versicherten Person bei einer
- humanitären Hilfeleistung der Bundeswehr,
 - friedenserhaltenden Maßnahme der Bundeswehr,
 - friedenskonsolidierenden/friedenssichernden Maßnahme der Bundeswehr im Rahmen eines UN- oder NATO-Einsatzes während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland,
 - Tätigkeit für humanitäre Hilfsorganisationen während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

Die Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt ebenfalls nicht bis zum Ende des 28. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges, von dem die versicherte Person auf Reisen oder während Aufenthaltes im Ausland überrascht wird.

- (4) Bei Ableben einer versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfes gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.

§ 9 Was gilt bei Selbsttötung einer versicherten Person?

- (1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags drei Jahre vergangen sind.
- (2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufswert (§ 5 dieser Bedingungen).

¹⁾ Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der Versicherungsperiode – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.

- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung. Die Frist nach Absatz 1 beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

§ 10 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

- (1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins.
(2) Der Tod einer versicherten Person ist uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein sind uns einzureichen:
- eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
 - ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode einer versicherten Person geführt hat.
- (3) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.
(4) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.
(5) 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.

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
(2) In den Fällen des § 13 Abs. 4 dieser Bedingungen brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

§ 12 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen bzw. bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

- (1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.
(2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
(3) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 2 entsprechend.

§ 13 Wer erhält die Versicherungsleistung?

- (1) Falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter), erbringen wir die Leistung aus dem Versicherungsvertrag an die im Antragsformular vorgesehene(n) Person(en). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.
(2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
(3) Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden.
(4) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

§ 14 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihrem Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.
Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören unter anderem Provisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die in Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.
Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten. Die Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten können Sie Ihrem Produktinformationsblatt, das Sie zusammen mit Ihren Antragsunterlagen erhalten haben, entnehmen.
(2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebes in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechversV i.V.m. § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
(3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten, d.h. der Teil, der nicht nach Absatz 2 verrechnet wurde, werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt. Die übrigen Kosten verteilen wir über die gesamte Vertragslaufzeit.
(4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung kein Rückkaufswert und keine Mittel zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden sind (vgl. auch § 5 dieser Bedingungen). Nähere Informationen können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.

§ 15 Welche Kosten, Zinsen und öffentliche Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

- (1) Alle das Versicherungsverhältnis unmittelbar betreffenden öffentlichen Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung.
(2) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrundeliegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird – im letzteren Fall – entsprechend herabgesetzt.

§ 16 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahres-

abschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Überschüsse entstehen dann, wenn Sterblichkeit und Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer entsprechend der Mindestzuführungsverordnung (MindZV) angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Sterblichkeit) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 %.
- Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in der MindZV genannten Prozentsatz. Derzeit beträgt dieser Satz 90 %. Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Verbänden zusammengefasst. Gewinnverbände bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Verbände orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir nach den Regelungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen. Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.
- b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Soweit Bewertungsreserven entstehen, werden diese monatlich neu ermittelt und den berechtigten Verträgen nach dem unter (c) beschriebenen Verfahren zugeordnet (§ 153 Abs. 3 VVG). Bei Beendigung eines Vertrages wird – sofern der Vertrag berechtigt ist – der für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelte Betrag zur Hälfte zugeteilt und ausgezahlt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen bleiben unberührt. Erfolgt aus technischen, solvenztechnischen oder rechtlichen Gründen eine Änderung des Verfahrens, so wird dies im Anhang des Geschäftsberichts mit Wirkung für das auf das Berichtsjahr folgende Geschäftsjahr festgelegt.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

- c) Die Beiträge einer Risikolebensversicherung sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Sterbefällen benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven.
- Risikolebensversicherungen gegen Einmalbeitrag und Versicherungen mit Ansammlungsguthaben erhalten eine Beteiligung an den Bewertungsreserven.
- In beiden Fällen erfolgt die Zuteilung vorhandener Bewertungsreserven verursachungsorientiert. Bei Risikolebensversicherungen gegen Einmalbeitrag werden die für den jeweiligen Vertrag angesammelten Kapitalien, dies sind im Wesentlichen die Deckungsrückstellung²⁾, bei Versicherungen mit Ansammlungsguthaben die für den jeweiligen Vertrag angesammelten Ansammlungsguthaben, ins Verhältnis zur Summe der Kapitalien aller berechtigten Verträge gesetzt.
- Weitere Informationen zum Zuteilungsverfahren und zum Stichtag der Berechnung können Sie bei uns anfordern.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

- a) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Gewinnverbandes (vgl. Geschäftsbericht), dem Ihre Versicherung zugeordnet ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Verrechnung mit den laufenden Beiträgen

- b) Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung werden zu Beginn jeder Versicherungsperiode Überschussanteile zugeteilt. Diese Überschussanteile werden gleichbleibend für das ganze Versicherungsjahr im Verhältnis zum überschussberechtigten Beitrag bemessen. Die innerhalb einer Versicherungsperiode fällig werdenden Überschussanteile werden zu Beginn der Versicherungsperiode mit den Beiträgen verrechnet. Beitragsfrei gestellte oder durch Ablauf der Beitragszahlung beitragsfrei gewordene Versicherungen sind nicht überschussberechtig.

Todesfallbonus

- c) Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag wird die Überschussbeteiligung in Form eines Todesfallbonus gewährt. Dieser wird im Verhältnis zur Versicherungssumme bemessen und zusammen mit der Versicherungsleistung fällig.

(3) Die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

§ 17 Wie und unter welchen Voraussetzungen besteht eine Nachversicherungsgarantie?

- (1) Bei Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung haben Sie bei Eintritt der nachfolgend genannten Ereignisse während der Versicherungsdauer das Recht, gegen entsprechende Beitragszahlung eine Erhöhung der vereinbarten Versicherungsleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu verlangen (Nachversicherung). Die Nachversicherung von Leistungen aus Zusatzversicherungen ist nur dann möglich, wenn sie in den entsprechenden Bedingungen vorgesehen und vertraglich vereinbart ist. Die Nachversicherung für die Risikolebensversicherung können Sie beantragen nach

- Heirat oder Schließung/Eingehung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person,
- Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person,

²⁾ Eine Deckungsrückstellung müssen wir für den Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Deren Berechnung wird nach § 65 VAG und §§ 341e, 341f HGB sowie nach den dazu erlassenen Rechtsverordnungen geregelt.

- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person,
- Tod des Lebenspartners der versicherten Person,
- Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Immobilie, mit einem Mindest-Verkehrswert von 50.000 EUR, durch die versicherte Person,
- Vereinbarung einer Nachfinanzierung für bereits zuvor bestehende Darlehen zur Immobilienfinanzierung oder zur Firmengründung, wobei die Rahmenbedingungen dazu unter Absatz 4 beschrieben werden,
- Karrieresprung bei Nichtselbständigen, wenn aus nichtselbständiger Tätigkeit der versicherten Person eine dauerhafte Erhöhung des monatlichen Bruttogehaltes um mindestens 10 % gegenüber dem Durchschnittsbruttogehalt der letzten 12 Monate erreicht wird,
- erfolgreichem Schulabschluss durch die versicherte Person und Beginn einer Ausbildung oder Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit,
- erfolgreiche Beendigung eines Studiums an einer staatlich anerkannten Hoch-/Fachhochschule oder einer Berufsausbildung mit Lehrbrief durch die versicherte Person und Aufnahme der entsprechenden beruflichen Tätigkeit,
- erstmaliger Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (als Hauptberuf) der versicherten Person,
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung durch die versicherte Person,
- Ablegen der Meisterprüfung durch die versicherte Person und Aufnahme einer die Meisterprüfung voraussetzenden Tätigkeit,
- Ausscheiden der versicherten Person als selbständiger Handwerker aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 % für selbständige Versicherte,
- Neugründung oder Übernahme einer humanmedizinischen Arztpraxis.

(2) Die Nachversicherungsgarantien sind jeweils an folgende Bedingungen gebunden:

- Die Erhöhung muss innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt eines der genannten Ereignisse in Textform beantragt und der Nachversicherungsanlass durch geeigneten Nachweis belegt werden.
- Je Ereignis ist die Erhöhung der Versicherungssumme auf maximal 50.000 EUR beschränkt.
- Insgesamt darf die Versicherungssumme aus Nachversicherungen maximal 100.000 EUR und höchstens 100 % der ursprünglich vereinbarten Versicherungssumme des Grundvertrages vor den Erhöhungen aufgrund von Nachversicherungen betragen.
- Von den oben genannten Versicherungssummenbeschränkungen und der maximal möglichen Verdopplung der Versicherungssumme ausgenommen ist die Nachversicherung aufgrund einer Neugründung oder Übernahme einer humanmedizinischen Arztpraxis. Bei diesem Ereignis darf die Versicherungssumme inklusive Nachversicherungssumme für die Praxisgründung/-übernahme maximal 300.000 EUR betragen.

(3) Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung besteht nicht oder erlischt,

- wenn die versicherte Person älter als 45 Jahre ist oder
- wenn für die Haupt- oder eine evtl. eingeschlossene Zusatzversicherung ein medizinischer Risikozuschlag erforderlich war oder
- wenn aus einer eingeschlossenen Zusatzversicherung oder anderen Verträgen bei unserer Gesellschaft Leistungen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person beantragt oder erbracht werden bzw. wurden.

(4) Wurde die Risikolebensversicherung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Immobilien- oder Firmengründungsdarlehen abgeschlossen, so können Sie im Falle einer Nachfinanzierung zu diesem ursprünglich abgeschlossenen Darlehen die Nachversicherungsgarantie einmalig unter den folgenden Voraussetzungen in Anspruch nehmen:

- Die Versicherungssumme wird durch die Nachversicherung um mindestens 10.000 EUR und maximal in Höhe des Nachfinanzierungsbedarfes – maximal um 50.000 EUR – erhöht.
- Die Nachfinanzierung wird innerhalb von drei Jahren nach Abschluss des ursprünglichen Darlehensvertrages und dieses Versicherungsvertrages abgeschlossen und uns gegenüber durch geeignete Dokumente nachgewiesen.

§ 17a Wie und unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Risikolebensversicherung im Zusammenhang mit einem Immobilien- oder Firmengründungsdarlehen an einen geänderten Darlehensverlauf anpassen?

Besteht ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Abschluss der Risikolebensversicherung und einem Darlehensvertrag für die Immobilienfinanzierung oder Firmengründung, so kann die Risikolebensversicherung an einen geänderten Darlehensverlauf auf die folgenden Weisen angepasst werden:

(1) Bis fünf Jahre vor Ablauf dieser Versicherung besteht die Möglichkeit, die Versicherungsdauer einmalig unter den folgenden Voraussetzungen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu verlängern:

- Die Zinsbindung bezüglich des ursprünglichen Darlehensvertrages zur Finanzierung der Immobilie oder Firmengründung ist ausgelaufen.
- Ein neuer Darlehensvertrag zur Finanzierung derselben Immobilie bzw. Firmengründung wurde abgeschlossen.
- Die versicherte Person – bei verbundenen Leben die älteste versicherte Person – ist jünger als 50 Jahre alt.
- Das Alter der versicherten Person – bei verbundenen Leben der ältesten versicherten Person – beträgt zum Zeitpunkt des verlängerten Ablauftermins maximal 65 Jahre.
- Die Versicherungssumme für die Verlängerung darf weder höher sein als das Restdarlehen noch höher als die Versicherungssumme zum Zeitpunkt der Verlängerung. Ein Wechsel vom fallenden zum konstanten Verlauf ist nicht möglich.
- Sämtliche Voraussetzungen sind uns gegenüber durch geeignete Dokumente nachzuweisen.

(2) Während der Versicherungsdauer besteht zu jedem Jahrestag des Versicherungsbeginns die Möglichkeit, die vereinbarten Versicherungssummen unter den folgenden Voraussetzungen ohne erneute Gesundheitsprüfung an geänderte Zins- und Tilgungskonditionen anzupassen:

- Zins und Tilgung müssen jeweils mindestens 1 % betragen.
- Die Versicherungssumme zum Anpassungszeitpunkt bildet den Ausgangspunkt für die neue Berechnung. Geleistete Sondertilgungen können bei der Festlegung der neuen Versicherungssummen berücksichtigt werden.
- Die Versicherungsdauer kann durch diese Anpassung nicht verlängert werden.

§ 18 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 19 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

Bitte beachten: Zum Verbleib beim Kunden

Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik)

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung?

- (1) Die Hauptversicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich
 - a) im selben Verhältnis wie der an Ihrem Wohnort geltende Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten, mindestens um 5 % (nicht möglich bei Einschluss einer Berufsunfähigkeits- oder einer Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung) oder
 - b) um einen fest vereinbarten, ganzzahligen Prozentsatz (wahlweise mindestens 2 % bis maximal 10 % bzw. bis maximal 5 % bei Einschluss einer Berufsunfähigkeits- oder einer Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung). Bei Einschluss einer Berufsunfähigkeits- oder einer Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Rente beträgt die maximale Erhöhung bei Schülern, Studenten, Hausfrauen / Hausmännern und Auszubildenden 2 %.
- (2) Bei Lebensversicherungen mit konstanter Beitragskalkulation (RISK-vario[®]) erhöht sich durch die Dynamik der Beitrag um den im Antragsformular vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags.
- (3) Bei Lebensversicherungen mit technisch einjähriger Kalkulation (RISK-vario[®] risikoadäquat) wird eine prozentuale Erhöhung der versicherten Todesfalleistung vereinbart.
- (4) Die vereinbarte Dynamik bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- (5) Die Erhöhungen erfolgen bis 5 Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, maximal jedoch bis die versicherte Person, bei Versicherung mehrerer Personen die älteste versicherte Person, das rechnungsmäßige Alter¹⁾ von 65 Jahren erreicht hat.
- (6) Bei Einschluss einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung erfolgen die Dynamikerhöhungen für die Haupt- und die Zusatzversicherung außerdem maximal bis bei der Zusatzversicherung eine Jahresrente von 48 % der Hauptversicherungssumme oder 60.000 EUR überschritten würde. Bei Beamten beträgt die maximale Jahresrente 12.000 EUR. Wird die genannte Rentenhöhe erreicht, entfällt die Dynamik für den gesamten Vertrag.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich die Beiträge und die Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres²⁾.
- (2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person(en), der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.
- (2) Sind Zusatzversicherungen bzw. Optionen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im Rahmen der planmäßigen Erhöhungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht, wenn nicht etwas anderes vereinbart ist. Die Erhöhung erfolgt nicht, sofern die Beitragszahlungspflicht aufgrund eingetretener Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit entfällt, vgl. hierzu § 5 Abs. 4 dieser Bedingungen.

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

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.
- (2) Die Erhöhungen der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag beeinflussen die Fristen in den Paragraphen der Bedingungen der Hauptversicherung zur Verletzung der Anzeigepflicht und zur Selbsttötung nicht.
- (3) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit eingeschlossen, erfolgen Erhöhungen der Hauptversicherung auch dann, wenn Ihre Beitragszahlungspflicht wegen anerkannter Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit ganz oder teilweise entfällt. Dabei werden die Beiträge zugrunde gelegt, die ohne Befreiung von der Beitragszahlungspflicht aufgrund Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit zu entrichten wären.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
- (2) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- (3) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen ohne erneute Gesundheitsprüfung; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
- (4) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit eingeschlossen, so erfolgt keine Erhöhung der auf diese Zusatztarife entfallenden Beitragsanteile, solange Ihre Beitragszahlungspflicht wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit ganz oder teilweise entfällt.

¹⁾ Das rechnungsmäßige Alter ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Erhöhungstermins und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

²⁾ Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der Versicherungsperiode – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Stirbt die versicherte Person an den Folgen eines Unfalls, so zahlen wir die vereinbarte Unfalltod-Zusatzversicherungssumme, wenn
- a) der Unfall sich nach In-Kraft-Treten der Zusatzversicherung ereignet hat und
 - b) der Tod eingetreten ist
 - während der Dauer der Zusatzversicherung,
 - innerhalb eines Jahres nach dem Unfall und
 - vor dem Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 75. Lebensjahr vollendet hat; verstirbt die versicherte Person nach diesem Zeitpunkt, so leisten wir dennoch, wenn die versicherte Person den Unfall bei Benutzung eines dem öffentlichen Personenverkehr dienenden Verkehrsmittels erlitten hat und das Verkehrsmittel dem Ereignis, das den Unfalltod der versicherten Person verursacht hat, selbst ausgesetzt war.

§ 2 Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Unfall gekommen ist.
- (2) Unter den Versicherungsschutz fallen jedoch nicht:
- a) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren.
 - b) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
 - c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind; Unfälle durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Nach Ablauf der ersten 12 Monate ab Versicherungsbeginn gilt diese Einschränkung unserer Leistungspflicht nicht im Falle des Einsatzes der versicherten Person bei einer
 - humanitären Hilfeleistung der Bundeswehr;
 - friedenserhaltenden Maßnahme der Bundeswehr;
 - friedenskonsolidierenden/friedenssichernden Maßnahme der Bundeswehr im Rahmen eines UN- oder NATO-Einsatzes während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland;
 - Tätigkeit für humanitäre Hilfsorganisationen während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
 - Die Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt ebenfalls nicht bis zum Ende des 28. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges, von dem die versicherte Person auf Reisen oder während Aufenthalt im Ausland überrascht wird.
 - d) Unfälle der versicherten Person
 - bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen und Raumfahrzeugen sowie beim Fallschirmspringen;
 - als Luftfahrzeugführer oder als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
 - e) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
 - f) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
 - g) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.
 - h) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Wir werden jedoch leisten, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diese Versicherung fallenden Unfall veranlasst waren.
 - i) Infektionen. Wir werden jedoch leisten, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diese Versicherung fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt § 3 h Satz 2 entsprechend.
 - j) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.
 - k) Unfälle infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.
 - l) Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn die versicherte Person die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn jener Zustand durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde;
 - m) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht sind, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

§ 4 Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen der versicherten Person?

Haben zur Herbeiführung des Todes neben dem Unfall Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 25 Prozent mitgewirkt, so vermindert sich unsere Leistung entsprechend dem Anteil der Mitwirkung.

§ 5 Was ist nach dem Unfalltod der versicherten Person zu beachten?

- (1) Der Unfalltod der versicherten Person ist uns unverzüglich – möglichst innerhalb von 48 Stunden – mitzuteilen. An Unterlagen sind uns die notwendigen Nachweise zum Unfallhergang und zu den Unfallfolgen einzureichen.
- (2) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen.
- (3) Uns ist das Recht zu verschaffen, ggf. eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen. Wird die Zustimmung zur Obduktion verweigert, sind wir von unserer Leistungspflicht befreit, es sei denn, dieses Verhalten ist ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht.
- (4) Wird vorsätzlich die Mitteilungs- und Aufklärungspflicht (Absatz 1 und 2) verletzt, sind wir von unserer Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässigem Verhalten sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitteilungs- oder Aufklärungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Wir bleiben jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Verletzung der Mitteilungs- bzw. Aufklärungspflicht ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

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

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats zu erklären, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen. Die Frist beginnt mit dem Eingang der notwendigen Nachweise und Auskünfte.

§ 7 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Die Zusatzversicherung ist nicht überschussberechtigt.

§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet oder beitragsfrei weitergeführt wird, erlischt auch die Zusatzversicherung. Bei Versicherungen mit Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung besteht die Unfalltod-Zusatzversicherung auch dann fort, wenn die Hauptversicherung wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person ganz oder teilweise beitragsfrei wird.
- (2) Wird die Leistung der Hauptversicherung außerplanmäßig herabgesetzt, vermindert sich auch der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung, und zwar auf den Betrag, der dem Teil der Hauptversicherung entspricht, für den der Beitrag weitergezahlt wird.
- (3) Wenn unsere Leistungspflicht aus der Hauptversicherung erloschen oder auf die beitragsfreie Leistung beschränkt war, danach aber zusammen mit der Zusatzversicherung ganz oder teilweise wieder auflebt, können aus dem wieder in Kraft getretenen Teil keine Ansprüche auf Grund solcher Unfälle geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- (4) Wenn Sie die Zusatzversicherung kündigen, haben Sie weder Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine beitragsfreie Leistung.
- (5) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 1 Was ist versichert? Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

- (1) Die folgenden Leistungen erbringen wir, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig (vgl. § 2 dieser Bedingungen) wird. Bei einem geringeren Berufsunfähigkeitsgrad besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistungen.
- a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen;
- b) Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.
Endet der Anspruch auf Rente, weil Berufsfähigkeit wieder gegeben ist, haben Sie Anspruch auf eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 Monatsrenten, insgesamt höchstens jedoch 10.000 EUR, sofern die Berufsunfähigkeit 3 Jahre ununterbrochen angedauert hat und die restliche vertraglich vereinbarte Leistungsdauer noch mindestens 5 Jahre beträgt.
Tritt innerhalb eines Jahres nach einer beendeten Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit, gleich aus welcher Ursache ein, entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe rückwirkend. Eine bereits gezahlte Wiedereingliederungshilfe wird mit den dann fälligen Renten verrechnet. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nur einmal in Anspruch genommen werden.
- c) Folgende Optionen können eingeschlossen werden:

Pflegerentenoption

Bei Einschluss der Pflegerentenoption haben Sie zum Ablauf der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung das Recht, bei der Dialog Lebensversicherungs-AG nach Maßgabe eines zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarifs eine selbständige Pflegerentenversicherung gegen Einmalbeitrag ohne Gesundheitsprüfung in der vereinbarten Höhe abzuschließen. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte den Bedingungen für die Pflegerentenoption (BPfo).

Zusatzzahlung

Bei Einschluss dieser Option wird bei einer erstmalig unbefristet anerkannten Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen eine einmalige Zusatzzahlung in Höhe von 12 Monatsrenten erbracht. In den letzten vier Jahren der Versicherungsdauer wird eine reduzierte Zusatzzahlung geleistet. Sie beträgt im viertletzten Jahr der Versicherungsdauer 80 %, im drittletzten Jahr 60 %, im vorletzten Jahr 40 % und im letzten Jahr 20 % der vereinbarten Zusatzleistung.

Rentendynamik im Leistungsfall

Bei Einschluss dieser Option erhöht sich während der Dauer der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen die garantierte versicherte Berufsunfähigkeitsrente (ohne Berücksichtigung der jeweils festgelegten Überschussanteilsätze) um den jeweils vereinbarten Prozentsatz. Die Erhöhung erfolgt jährlich jeweils zum Beginn des neuen Versicherungsjahres¹⁾. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit erfolgt die erste Erhöhung mit Ablauf der Karenzzeit zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres, sofern zu diesem Zeitpunkt eine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen gegeben ist. Die Dynamisierung der Berufsunfähigkeitsrente endet mit Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

Dread Disease

Bei Einschluss dieser Option erbringen wir ohne weitere Prüfung einer Berufsunfähigkeit die vereinbarten Berufsunfähigkeitsleistungen für die Dauer von sechs Monaten ab Anspruchsentstehung, wenn eine der nachfolgend genannten Erkrankungen mit den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegt. Zahlungen aus dieser Option beinhalten ausdrücklich keine Anerkennung einer etwaigen Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen. Ob eine solche vorliegt, wird vielmehr erst nach Ablauf des sechsmonatigen Leistungszeitraums geprüft.

Führt unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen vorliegt, sind erhaltene Leistungen aus dieser Option nicht zurückzuzahlen. Im Falle des Anerkenntnisses einer Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen entsteht der Leistungsanspruch aufgrund der festgestellten Berufsunfähigkeit frühestens im Anschluss an den sechsmonatigen Leistungszeitraum der Option Dread Disease.

Diese Option kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden und nur dann, wenn nicht bereits Berufsunfähigkeitsleistungen aufgrund einer Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen oder Überbrückungshilfe gemäß Abs. 10 oder 11 erbracht werden.

Der Anspruch auf Leistungen aus dieser Option erlischt, wenn die versicherte Person vor Ablauf des sechsmonatigen Zeitraums stirbt.

Krebs (maligne Tumore)

Erkrankung, die sich durch Vorliegen eines oder mehrerer Tumore manifestiert, die durch eine mikroskopische Gewebeuntersuchung (Histologie) als bösartig (maligne) klassifiziert wurden und durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung maligner Zellen sowie durch eine Infiltration in normales Gewebe charakterisiert werden.

Sollte eine Histologie nicht möglich sein, muss die Bösartigkeit durch eine andere schulmedizinisch anerkannte Untersuchungsmethode nachgewiesen sein. In die Deckung eingeschlossen sind Leukämie und Lymphome.

Ausgeschlossen sind Formen des Krebses mit relativ hohen Heilungschancen:

- alle Tumore, die histologisch als prä-maligne beschrieben werden oder eine frühe maligne Veränderung zeigen
- alle CIN Stadien (zervikale intraepitheliale Neoplasie)
- alle Carcinoma in situ
- Basalzell- und Spindelzellkarzinome malignes Melanom Stadium IA (T1a N0 M0)
- Prostatakarzinom, Stadium 1 (T1a, 1b, 1c)

Ebenfalls ausgeschlossen sind jegliche Tumore in Gegenwart einer HIV-Infektion.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem die histologisch gesicherte onkologische Diagnose gestellt wird.

Koronare Bypassoperation (Herzkrankheiten, die eine chirurgische Behandlung der Herzkranzgefäße erfordern)

Offene Thoraxoperation mittels koronarer Bypasstransplantate zur Versorgung von mindestens zwei Koronararterien, die verengt oder verschlossen sind. Die Notwendigkeit der Operation muss durch eine Koronarangiographie gesichert worden sein.

Angioplastik (PTCA) und/oder andere intraarterielle Therapieverfahren sowie die minimal invasive Chirurgie (Schlüssellochoperation) sind von dieser Definition ausgeschlossen.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem eine erfolgreiche Operation abgeschlossen wurde.

Herzinfarkt (Myokardinfarkt)

Bleibende Schädigung oder Untergang eines Teils des durch die Koronararterien versorgten Herzmuskelgewebes infolge eines Ischämie-

¹⁾ Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der Versicherungsperiode – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.

schen Ereignisses. Die Diagnose stützt sich auf das Vorliegen aller folgenden Nachweise:

- charakteristische (plötzlich einsetzende, starke) Brustschmerzen in der Vorgeschichte
- neu auftretende, für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen (z.B. ST-Hebung)
- eindeutige Erhöhung von herzfarktspezifischen Enzymen (z.B. CPK, CKMB, LDH), Myoglobin oder Troponin I bzw. T.

Ein stummer Herzinfarkt ist nicht gedeckt. Auch ein Herzinfarkt, der zwar mit Troponin I- oder T-Erhöhung, aber ohne ST-Hebung abläuft, ist nicht gedeckt (NSTEMI). Ebenso wenig sind andere akute Koronarsyndrome gedeckt.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem die gesicherte kardiologisch-internistische Diagnose gestellt wird.

Niereninsuffizienz (Nierenversagen)

Terminale Niereninsuffizienz (lebensbedrohliches Nierenversagen, Urämie), die sich als chronisch irreversibles Funktionsversagen beider Nieren manifestiert und die Einleitung einer regelmäßigen Nierendialyse oder einer Nierentransplantation bedingt.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem die fachärztlich gesicherte Indikation für die Dialyse gestellt wird oder eine erfolgreiche Operation mit Transplantation abgeschlossen wurde.

Schlaganfall (Gehirnschlag, Apoplexie)

Zerebrovaskulärer Insult mit dem plötzlichen Auftreten neurologischer Ausfallerscheinungen, die mehr als 24 Stunden andauern. Der Insult schließt eine Infarzierung von Hirngewebe, Blutung oder Embolie aus extrakranieller Quelle ein. Die Diagnose muss ferner durch typische Befunde in der Computer- oder Kernspintomographie des Gehirns untermauert sein. Die neurologischen Ausfälle müssen über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten anhalten.

Von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen sind insbesondere vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (TIA's), die sich ohne Folgen zurückbilden, traumatische Hirnschädigungen, lakunäre Infarkte ohne neurologische Defizite sowie migränebedingte neurologische Ausfallerscheinungen.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem fachärztlicherseits bestätigt wird, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen über einen Zeitraum von drei Monaten bestanden haben.

Multiple Sklerose

Der Leistungsfall „Multiple Sklerose“ im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Diagnose durch einen Nervenarzt anhand der typischen Symptome der Demyelinisierung (Nervenmarkabbau) und der Beeinträchtigung der motorischen und sensorischen Funktionen nachgewiesen wurde. Darüber hinaus ist der Nachweis von neurologischen Störungen erforderlich,

- die über einen kontinuierlichen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestanden,
- die in Form von mindestens zwei Schüben mit einem Mindestabstand von einem Monat aufgetreten sind oder
- die in Form eines Schubs kombiniert mit charakteristischen Befunden in der Rückenmarksflüssigkeit sowie spezifischen Befunden in der Kernspintomographie aufgetreten sind.

Außerdem müssen sich prinzipiell in der Kernspintomographie (MRT) die für die Multiple Sklerose typischen Veränderungen nachweisen lassen.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem fachärztlicherseits bestätigt wird, dass die oben genannten Voraussetzungen gegeben sind.

Verzicht auf die Anwendung des § 163 VVG

Bei Einschluss dieser Option verzichten wir auf unser nach § 163 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) unter bestimmten Voraussetzungen bestehendes Recht, bei einer Zunahme unseres Leistungsbedarfs gegenüber den zugrunde gelegten technischen Berechnungsgrundlagen die Beiträge auch für bestehende Versicherungen zu erhöhen.

- (2) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Zusatzversicherung infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Abs. 3 dieser Bedingungen) berufsunfähig, erbringen wir die vereinbarten Leistungen unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit.
- (3) Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung aufgrund einer Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Sofern Leistungen aus der Option Dread Disease in Anspruch genommen werden, entsteht der vorgenannte Anspruch frühestens nach Ablauf des sechsmonatigen Leistungszeitraums dieser Option (vgl. § 1 Abs. 1 c Dread Disease dieser Bedingungen).
- (4) Der Anspruch auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt, die Pflegebedürftigkeit weniger als einen Punkt erreicht, die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.
- (5) Mit Beendigung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung endet auch Ihr Versicherungsschutz. Ihre Versicherung endet bei Ablauf des Vertrages oder bei Tod der versicherten Person.
- (6) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Ihren entsprechenden Antrag in Textform stunden wir bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht die Zahlung des laufenden Beitrags zinslos. Nach Vereinbarung können Sie innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten die gestundeten Beiträge in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen. Sofern möglich, werden wir Ihnen auf Wunsch weitere Vorschläge machen, wie die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erleichtert werden kann (z.B. Herabsetzung der versicherten Leistung). Bei Vereinbarung einer Karenzzeit werden die Beiträge für diesen Zeitraum weder gestundet noch zurückgezahlt.
- (7) Bei Vereinbarung einer Karenzzeit entsteht der Anspruch auf Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht erst mit Ablauf der Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Die Bestimmungen gemäß § 7 dieser Bedingungen finden auch bis zum Ablauf der Karenzzeit sinngemäß Anwendung. Die Karenzzeit beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit auf Grund derselben medizinischen Ursache erneut Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.
- (8) Sofern die Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente vereinbart wurde, kann der Versicherungsnehmer nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat verlangen, ab der nächsten Versicherungsperiode bei vollem Versicherungsschutz für sechs Monate von der Beitragszahlungspflicht für den Gesamtvertrag befreit zu werden.

Die Anpassungsmöglichkeit besteht unter folgenden Voraussetzungen:

- einmalig während der Versicherungsdauer bei Nachweis von Arbeitslosigkeit,
- mehrmals während der Versicherungsdauer bei Nachweis von gesetzlicher Elternzeit von mindestens sechs Monaten.

Nach Ablauf der sechs Monate lebt die Beitragszahlungspflicht automatisch wieder auf.

- (9) Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente kann während der Versicherungsdauer bis auf eine Mindestrente von 600 EUR p.a. abgesenkt und ohne erneute Gesundheitsprüfung in der ursprünglichen Höhe wiederhergestellt werden.

Die Anpassungsmöglichkeit besteht unter folgenden Voraussetzungen:

- einmalig während der Versicherungsdauer ohne Angabe von Gründen für maximal 12 Monate,
- mehrmals während der Versicherungsdauer bei Nachweis von Arbeitslosigkeit für jeweils maximal 24 Monate,
- mehrmals während der Versicherungsdauer bei Nachweis von gesetzlicher Elternzeit für jeweils maximal 36 Monate.

Bei einer Anpassung aufgrund von Arbeitslosigkeit oder gesetzlicher Elternzeit reduziert sich der maximale Zeitrahmen jeweils um sechs Monate, sofern der Versicherungsnehmer wegen des gleichen Ereignisses von seiner Anpassungsmöglichkeit aus Absatz 8 Gebrauch macht und bereits für sechs Monate von der Beitragszahlungspflicht befreit wird oder wurde.

Die Wiederherstellung der ursprünglichen Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung kann jederzeit bis zum Ablauf der vorstehend genannten Fristen beantragt werden. Nach Ablauf der vorstehend genannten Frist wird der Vertrag automatisch mit der ursprünglichen Rentenhöhe wiederhergestellt, sofern der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von 3 Monaten widerspricht. Widerspricht der Versicherungsnehmer der Wiederherstellung der ursprünglichen Höhe der Berufsunfähigkeitsrente, bleibt es bei der verringerten Berufsunfähigkeitsrente. Eine Wiederherstellung ist ausgeschlossen, wenn vorher die Berufsunfähigkeit eingetreten oder ein Anspruch auf Leistungen aus der Option Dread Disease entstanden ist, sofern diese Option mitversichert ist.

- (10) Besitzt die versicherte Person einen Anspruch auf Zahlung von Krankentagegeld gegen einen privaten Krankenversicherer, gewähren wir auf Ihren entsprechenden Antrag in Textform als Überbrückungshilfe die versicherte Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung ab dem Zeitpunkt, zu dem die Krankentagegeldzahlungen des Krankenversicherers entfallen, weil aus medizinischen Gründen eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung vorliegt, bis zum auf den Abschluss unserer Leistungsprüfung folgenden Monatsersten, längstens aber für die Dauer von sechs Monaten. Die Überbrückungshilfe kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden und nur dann, wenn nicht bereits Berufsunfähigkeitsleistungen gemäß Abs. 1 oder Leistungen aus der Option Dread Disease erbracht werden.

Zum Nachweis genügt die Mitteilung des Krankenversicherers über die Leistungseinstellung; geht uns diese Mitteilung erst zu einem nach der Leistungseinstellung des Krankenversicherers liegenden Zeitpunkt zu, wird die Überbrückungshilfe mit Beginn des Monats, in dem uns die Mitteilung zuzuging, erbracht.

Führt unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmungen vorliegt, verzichten wir auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Überbrückungshilfe, wenn die versicherte Person bis zum Abschluss unserer Leistungsprüfung nicht erneut Krankentagegeld von einem Krankenversicherer bezieht oder noch beziehen wird. Die Zahlung einer Überbrückungshilfe hat keinen Einfluss auf unsere Rechte aufgrund einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

- (11) Besitzt die versicherte Person einen Anspruch auf Zahlung von Krankengeld gegen einen gesetzlichen Krankenversicherer, gewähren wir auf Ihren entsprechenden Antrag in Textform als Überbrückungshilfe die versicherte Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung ab dem Zeitpunkt, zu dem die Krankengeldzahlungen des gesetzlichen Krankenversicherers entfallen, weil die versicherte Person eine Rente wegen voller Erwerbsminderung von der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht, bis zum auf den Abschluss unserer Leistungsprüfung folgenden Monatsersten, längstens aber für die Dauer von sechs Monaten. Die Überbrückungshilfe kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden und nur dann, wenn nicht bereits Berufsunfähigkeitsleistungen gemäß Abs. 1 oder Leistungen aus der Option Dread Disease erbracht werden. Zum Nachweis genügt die Mitteilung des gesetzlichen Krankenversicherers über die Leistungseinstellung; geht uns diese Mitteilung erst zu einem nach der Leistungseinstellung des gesetzlichen Krankenversicherers liegenden Zeitpunkt zu, wird die Überbrückungshilfe mit Beginn des Monats, in dem uns die Mitteilung zuzuging, erbracht. Führt unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmungen vorliegt, verzichten wir auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Überbrückungshilfe, wenn die versicherte Person bis zum Abschluss unserer Leistungsprüfung nicht erneut Krankengeld von seinem gesetzlichen Krankenversicherer bezieht oder noch beziehen wird. Die Zahlung einer Überbrückungshilfe hat keinen Einfluss auf unsere Rechte aufgrund einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

- (12) Ist die versicherte Person bei Versicherungsbeginn Student (d.h. eine Person, die an einer Hochschule oder Fachhochschule immatrikuliert ist) oder Schüler, ist eine Bessereinstufung der bei Antragsstellung bzw. der Versicherungsanfrage zugrunde gelegten Berufsgruppe ohne erneute Gesundheitsprüfung unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- die versicherte Person hat ihre akademische bzw. schulische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen;
- die entsprechende Beantragung der Bessereinstufung in Textform erfolgt bis spätestens 36 Monate nach erfolgreichem Abschluss ihrer akademischen bzw. schulischen Ausbildung;
- die ausgeübte Tätigkeit lässt, nach den dann gültigen Grundlagen, eine Bessereinstufung zu.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, erfolgt eine Berufsgruppeneinstufung nach der dann ausgeübten Tätigkeit. Die Bessereinstufung erfolgt jedoch nicht rückwirkend, sondern ab dem 01. des Folgemonats, in dem uns alle erforderlichen Unterlagen (Nachweis des Ausbildungsabschlusses, Nachweis der dann ausgeübten Tätigkeit) vorliegen.

- (13) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie gegebenenfalls weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (vgl. § 9 dieser Bedingungen).

- (14) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§1a Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

- (1) Sie haben das Recht, eine Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie) innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt eines der nachfolgend genannten Ereignisse zu beantragen:

- Heirat oder Schließung/Eingehung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person,
- Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person,
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person,
- Tod des Lebenspartners der versicherten Person,
- Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Immobilie mit einem Mindest-Verkehrswert in Höhe von 50.000 EUR durch die versicherte Person,
- erfolgreicher Schulabschluss und Beginn einer Ausbildung oder Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit durch die versicherte Person,
- erfolgreiche Beendigung eines Studiums an einer staatlich anerkannte Hoch-/Fachhochschule oder einer Berufsausbildung mit Lehrbrief durch die versicherte Person und Aufnahme der entsprechenden beruflichen Tätigkeit,
- Karrieresprung bei Nichtselbständigen, wenn aus nichtselbständiger Tätigkeit der versicherten Person eine dauerhafte Erhöhung des monatlichen Bruttogrundgehalts um mindestens 20 Prozent gegenüber den Durchschnittsbruttogrundgehältern der letzten 12 Monate erreicht wird,
- erstmalige Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (als Hauptberuf) der versicherten Person,
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung durch die versicherte Person,
- Ablegen der Meisterprüfung durch die versicherte Person und Aufnahme einer die Meisterprüfung voraussetzenden Tätigkeit,
- Ausscheiden der versicherten Person als selbständiger Handwerker aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 % für selbständige Versicherte.

Das Recht auf Nachversicherung kann – vorbehaltlich der Regelung in Absatz 2 – in den vorgenannten Fällen jeweils einmalig, bei Geburt bzw. Adoption auch zweimalig in Anspruch genommen werden.

- (2) Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente kann während der Beitragszahlungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöht werden. Bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres kann die versicherte Berufsunfähigkeitsversicherung um bis zu 100 % der anfänglichen versicherten Berufsunfähigkeitsrente erhöht werden. Ab Vollendung des 45. Lebensjahres bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres kann die versicherte Berufsunfähigkeitsrente pro Ereignis um maximal 3.000 Euro jährlich erhöht werden.

Unabhängig vom Zeitpunkt der Erhöhungen darf die jährliche Berufsunfähigkeitsrente insgesamt auf maximal 100 % der anfänglichen versicherten Berufsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch auf maximal 40.000 EUR jährliche Berufsunfähigkeitsrente angehoben werden.

Das Recht auf Erhöhung kann während der Beitragszahlungsdauer höchstens dreimal in Anspruch genommen werden. Der Nachversicherungsanlass ist uns mittels geeignetem Nachweis (z.B. Urkunde oder amtliche Bestätigung, Arbeitsvertrag, Gehaltsabrechnung) anzuzeigen.

- (3) Diese Nachversicherung besteht nur, wenn die gesamte versicherte Berufsunfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater, gesetzlicher und betrieblicher Anwartschaften dann nicht mehr als 60 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person beträgt. Dies ist in geeigneter Form nachzuweisen. Bei Einschluss einer Dynamik umfasst diese finanzielle Angemessenheitsprüfung auch eine Überprüfung der Höhe des vereinbarten Dynamiksatzes. Dies kann im Einzelfall zu einer Kürzung des Dynamiksatzes auf bis zu 2 % führen.
- (4) Das Recht auf Nachversicherung erlischt, wenn
 - die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat,
 - vor Ausübung des Nachversicherungsrechts eine Berufsunfähigkeit der versicherten Person eingetreten ist oder ein Anspruch auf Leistungen aus der Option Dread Disease besteht, sofern diese mitversichert ist.

§ 1b Welche Bedeutung haben Gesundheitszustand und gesundheitsbewusstes Verhalten auf den Beitrag?

- (1) Im Rahmen der Beitragseinstufung legen wir den Gesundheitszustand der versicherten Person zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Basis der Antragsfragen und ggf. weiterer medizinischer Informationen zugrunde. Dabei wird das gesundheitsbewusste Verhalten der versicherten Person – auch das Rauchverhalten mit berücksichtigt.
- (2) Raucher im Sinne dieser Bedingungen ist, wer innerhalb der letzten 12 Monate vor Antragstellung (E-)Zigaretten, (E-)Zigarillos, (E-)Zigarren oder (E-)Pfeife geraucht hat.
- (3) Sie sind verpflichtet im Versicherungsantrag alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Soll die Berufsfähigkeit einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich. Wegen den Rechtsfolgen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht beachten Sie bitte die Regelung in § 7 der Bedingungen der Hauptversicherung.
- (4) Sollten sich die vor Vertragsschluss gemachten Angaben zum Rauchverhalten der versicherten Person während der Vertragslaufzeit ändern, stellt dies im Falle eines Wechsels vom Nichtraucher zum Raucher eine Gefahrerhöhung dar. Sie sind – neben der versicherten Person – verpflichtet, uns die Gefahrerhöhung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, anzuzeigen.
- (5) Ab dem Zeitpunkt des Verlustes des Nichtraucherstatus werden wir Ihrem Vertrag für die versicherte Person die Rechnungsgrundlagen zugrunde legen, die für einen Raucher angewendet werden. Hierdurch erhöhen sich bei gleichbleibender Jahresrente Ihre Beiträge. Sie können verlangen, dass statt einer Erhöhung der Beiträge die Jahresrente entsprechend herabgesetzt wird.
- (6) Unser Recht zur Beitragsanpassung erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt geltend machen, zu dem wir von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangen.
- (7) Kommen Sie Ihrer Anzeigepflicht nicht nach, vermindert sich bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person die Leistung. Die auszuzahlende Jahresrente wird dann unter Zugrundelegung des Rauchertarifs für die versicherte Person rückwirkend ab Vertragsbeginn neu berechnet. Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, soweit die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für die Berufsunfähigkeit der versicherten Person war.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen der Gefahr einer Infizierung Dritter ihrer bisherigen Tätigkeit nachzugehen (vollständiges Tätigkeitsverbot). Das vollständige Tätigkeitsverbot muss sich auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstrecken. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

Bei Schülern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, als Schüler am Unterricht an einer allgemeinen Schule in der Primarstufe, Sekundarstufe I oder Sekundarstufe II ohne spezielle Förderung teilzunehmen - so wie es ohne gesundheitliche Beeinträchtigung möglich war - und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung. Eine spezielle Förderung ist anzunehmen, wenn der Besuch einer Förderschule/Sonderschule oder sonderpädagogische Maßnahmen regelmäßig erforderlich sind.

Bei Studenten liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihr zuletzt betriebenes Studium (z.B. an einer Universität oder Fachhochschule) - so wie es ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - auszuüben und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Bei Auszubildenden liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihre zuletzt betriebene Ausbildung - so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - fortzusetzen und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Bei Hausfrauen und Hausmännern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihre im Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben - so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet waren - auszuüben und sie in dieser Zeit auch keine andere konkrete Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Scheidet die versicherte Person vorübergehend oder endgültig aus ihrer Erwerbstätigkeit aus, besteht während der restlichen Versicherungsdauer weiterhin Versicherungsschutz für die zum Zeitpunkt des Ausscheidens ausgeübte berufliche Tätigkeit gemäß Abs. 1 und Abs. 2 und die damit verbundenen Lebensstellung. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn der Versicherte in zumutbarer Weise eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die aufgrund der Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Erwerbstätigkeit entspricht.

Als eine der Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit wird nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalls auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größe im Vergleich zum jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, begrenzt. Eine Einkommenseinbuße bezogen auf das jährliche Bruttoeinkommen von 20 % oder mehr gilt jedoch in jedem Fall als unzumutbar. Sollte die herrschende Rechtsprechung einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, so ist dieser anzuwenden. In einem begründeten Einzelfall kann aber auch eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein.

Krankheitsbedingte Einkommensausfälle werden nicht berücksichtigt.

Sofern bei selbständig Tätigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich ist, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und die versicherte Person eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat. Die im Einzelfall zumutbare Einkommenseinbuße bestimmt sich dabei grundsätzlich nach den Maßstäben der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Eine Einkommenseinbuße von 20 % oder mehr bezogen auf das durchschnittliche jährliche Einkommen aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuern der letzten drei Jahre gilt jedoch in jedem Fall als unzumutbar. Sollte die herrschende Rechtsprechung einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, so ist dieser anzuwenden. In einem begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein.

- (2) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 % außerstande gewesen, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – sowie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war – auszuüben und hat sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit ausgeübt, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Berufsunfähigkeit. Dies gilt auch für Schüler, Studenten, Auszubildende sowie Hausmänner und Hausfrauen. Die Regelungen in Absatz 1, wann eine Tätigkeit der Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung entspricht, gelten sinngemäß.
- (3) Berufsunfähigkeit auf Grund Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens eine der in Absatz 5 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
- (4) Ist die versicherte Person während der Dauer dieser Zusatzversicherung sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall so hilflos gewesen, dass sie für mindestens eine der im Absatz 5 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.
- (5) Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt; wir leisten bei Vorliegen von mindestens einem Punkt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim:

Fortbewegen im Zimmer

1 Punkt

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

Aufstehen und Zubettgehen

1 Punkt

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

An- und Auskleiden

1 Punkt

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

1 Punkt

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

Waschen, Kämmen oder Rasieren

1 Punkt

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

Verrichten der Notdurft

1 Punkt

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

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

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

- (6) Unabhängig von der Bewertung in Abs. 5 liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf. Das Gleiche gilt für eine versicherte Person, die dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.
- (7) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.
- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:
 - a) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Außerdem werden wir leisten, wenn die versicherte Person außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten berufsunfähig wird und als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundesgrenzschutz mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat;
 - b) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.
 - c) durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen nötig ist;
 - d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - e) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

- f) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

- (1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
- ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
 - eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - ausführliche Berichte der Ärzte oder anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über die Pflegebedürftigkeit;
 - Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritt der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
 - bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege beauftragt ist, über Art und Umfang der Pflege.
- (2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. In diesem Fall übernehmen wir die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen entstehen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheimen, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Behörden, Krankenkassen und Sozialversicherungsträger zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit dies zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.
- (3) Erhalten Sie Leistungen aus dieser Zusatzversicherung, müssen Sie uns die Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit und die Minderung der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person unverzüglich in Textform mitteilen.
- (4) Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers oder eines privaten Krankenversicherers über eine dort anerkannte Berufsunfähigkeit reicht als Nachweis einer Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht aus.
- (5) Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies der Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht entgegen. Die versicherte Person ist allerdings verpflichtet, geeignete Hilfsmittel zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Dabei handelt es sich beispielsweise um das Einhalten einer Diät, das Tragen von Stützstrümpfen, das Tragen von Prothesen oder die Verwendung von Seh- und Hörhilfen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob, in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen
- unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder
 - weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
 - Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z. B. neutrales Gutachten) einleiten werden.

Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie in regelmäßigen Abständen, spätestens alle 4 Wochen, über den Bearbeitungsstand.

- (3) Einen durch Überschreitung der in Absatz 2 genannten Frist nachweislich entstandenen Schaden werden wir ersetzen.

§ 6 Können wir unsere Leistungsentscheidung zeitlich befristen?

Wir können einmalig für längstens 12 Monate ein zeitlich befristetes Anerkenntnis unter einstweiliger Zurückstellung der Frage aussprechen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Abs. 1 dieser Bedingungen konkret ausübt. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich befristete Anerkenntnis für uns bindend.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir während der vereinbarten Leistungsdauer berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. Dabei sind Gesundheitsveränderungen ebenso zu berücksichtigen wie das konkrete Ausüben einer zumutbaren Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 dieser Bedingungen, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 4 Absätze 2 und 3 dieser Bedingungen gelten entsprechend.
- (3) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.
- (4) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und ist die Pflegebedürftigkeit auf unter einen Pflegepunkt gesunken bzw. die Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 2 Absatz 6 dieser Bedingungen entfallen, stellen wir unsere Leistungen ein. Absatz 3 Satz 2 bis 4 dieser Bedingungen gelten entsprechend.

§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 7 dieser Bedingungen von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 9 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko und Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer entsprechend der Mindestzuführungsverordnung (MindZV) angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 %.
- Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in der MindZV genannten Prozentsatz. Derzeit beträgt dieser Satz 90 %. Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Verbänden zusammengefasst. Gewinnverbände bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Verbände orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrück- erstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir nach den Regelungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen. Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.
- b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Soweit Bewertungsreserven entstehen, werden diese monatlich neu ermittelt und den berechtigten Verträgen nach dem unter (c) beschriebenen Verfahren zugeordnet (§ 153 Absatz 3 VVG). Bei Beendigung eines Vertrages wird – sofern der Vertrag berechtigt ist – der für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelte Betrag zur Hälfte zugeteilt und ausgezahlt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen bleiben unberührt. Erfolgt aus technischen, solvenztechnischen oder rechtlichen Gründen eine Änderung des Verfahrens, so wird dies im Anhang des Geschäftsberichts mit Wirkung für das auf das Berichtsjahr folgende Geschäftsjahr festgelegt.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

- c) Die Beiträge einer Berufsunfähigkeitsversicherung sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsleistungen benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven.
- Bei Versicherungen mit Ansammlungsguthaben werden die für den jeweiligen Vertrag angesammelten Ansammlungsguthaben ins Verhältnis zur Summe der Kapitalien aller berechtigten Verträge gesetzt.
- Weitere Informationen zum Zuteilungsverfahren und zum Stichtag der Berechnung können Sie bei uns anfordern.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

- a) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Gewinnverbandes (vgl. Geschäftsbericht), dem Ihre Versicherung zugeordnet ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns anfordern.

Verrechnung mit den laufenden Beiträgen

- b) Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung werden zu Beginn jeder Versicherungsperiode Überschussanteile zugeteilt. Diese Überschussanteile werden gleichbleibend für das ganze Versicherungsjahr im Verhältnis zum überschussberechtigten Beitrag bemessen. Die innerhalb einer Versicherungsperiode fällig werdenden Überschussanteile werden zu Beginn der Versicherungsperiode mit den Beiträgen verrechnet. Beitragsfrei gestellte oder durch Ablauf der Beitragszahlung beitragsfrei gewordene Versicherungen sind nicht überschussberechtig.

Während des Bezugs von Leistungen aus der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung

- c) Zu Beginn des Versicherungsjahres wird der Überschussanteil in Prozent der jeweiligen Deckungsrückstellung zugeteilt und zur Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente verwendet; der Überschussanteil der Beitragsbefreiung wird verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt.

(3) Die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarktes ist insbesondere bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

§ 10 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit. Sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlischt auch die Zusatzversicherung.
- (2) Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein mit der Kündigungsfrist der Hauptversicherung kündigen. In den letzten fünf Versicherungsjahren vor Ablauf der Hauptversicherung kann die Zusatzversicherung jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden. Entsprechend § 169 VVG werden wir – falls vorhanden – diesen Teil des Rückkaufwertes erstatten. Der Rückkaufwert ist die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungsrückstellung der Versicherung. Mindestens verwenden wir jedoch den Betrag der Deckungsrückstellung, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 14 Abs. 2 der Bedingungen der Hauptversicherung) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Von dem so ermittelten Wert erfolgen ein Stornoabzug sowie ein Abzug evtl. vorhandener Beitragsrückstände. Der Stornoabzug beträgt max. 20 % der Deckungsrückstellung. Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

(3) Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird. Die aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Deckungsrückstellung mindert sich um den Stornoabzug und evtl. ausstehende Forderungen (z. B. Beitragsrückstände). Der Stornoabzug beträgt max. 10 % der Deckungsrückstellung. Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Das Verhältnis der Versicherungssumme der Hauptversicherung zur Zusatzversicherung wird im Fall der Beitragsfreistellung beibehalten. Dabei muss eine beitragsfreie Rente von 900 EUR erreicht werden. Wird diese beitragsfrei gestellte Rente nicht erreicht, zahlen wir den Rückkaufswert an Sie aus.

(4) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2 bis 3 entsprechend.

(5) Erbringen wir Leistungen aus der Zusatzversicherung berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob sie den Betrag unverändert weiter gezahlt hätten.

(6) Während des Leistungsbezugs ist ein Kündigungsrecht ausgeschlossen.

(7) Ansprüche aus der Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung nicht berührt.

(8) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

(9) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 11 Welche Besonderheiten gelten für eine nicht schuldhafte Verletzung der Anzeigepflicht?

Falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände weder vorsätzlich noch grob fahrlässig nicht angezeigt werden, so steht uns nach § 19 Abs. 3 VVG ein Kündigungsrecht und nach § 19 Abs. 4 VVG ein Vertragsänderungsrecht zu. Erfolgte die Nichtanzeige wegen Unkenntnis oder unverschuldet, verzichten wir auf die Ausübung unserer Rechte aus § 19 Abs. 3 VVG und aus § 19 Abs. 4 VVG.

§ 1 Was ist versichert? Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

- (1) Die folgenden Leistungen erbringen wir, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung erwerbsunfähig (vgl. § 2 dieser Bedingungen) wird, ggf. auch aufgrund von Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Abs. 4-7 dieser Bedingungen). Bei nur teilweiser Erwerbsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistungen.
- a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen;
b) Zahlung der versicherten Erwerbsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus. Endet der Anspruch auf Rente, weil Erwerbsfähigkeit wieder gegeben ist, haben Sie Anspruch auf eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 Monatsrenten, insgesamt höchstens jedoch 10.000 EUR, sofern die Erwerbsfähigkeit 3 Jahre ununterbrochen angedauert hat und die restliche vertraglich vereinbarte Leistungsdauer noch mindestens 5 Jahre beträgt. Tritt innerhalb eines Jahres nach einer beendeten Erwerbsunfähigkeit erneut Erwerbsunfähigkeit, gleich aus welcher Ursache ein, entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe rückwirkend. Eine bereits gezahlte Wiedereingliederungshilfe wird mit den dann fälligen Renten verrechnet. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung nur einmal in Anspruch genommen werden.
c) Folgende Optionen können eingeschlossen werden:

Pflegerentoption

Bei Einschluss der Pflegerentoption haben Sie zum Ablauf der Versicherungsdauer der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung das Recht, bei der Dialog Lebensversicherungs-AG nach Maßgabe eines zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarifs eine selbständige Pflegerentenversicherung gegen Einmalbeitrag ohne Gesundheitsprüfung in der vereinbarten Höhe abzuschließen. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte den Bedingungen für die Pflegerentoption (BPfo).

Dread Disease

Bei Einschluss dieser Option erbringen wir ohne weitere Prüfung einer Erwerbsunfähigkeit die vereinbarten Erwerbsunfähigkeitsleistungen für die Dauer von sechs Monaten ab Anspruchsentstehung, wenn eine der nachfolgend genannten Erkrankungen mit den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegt.

Zahlungen aus dieser Option beinhalten ausdrücklich keine Anerkennung einer etwaigen Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen. Ob eine solche vorliegt, wird vielmehr erst nach Ablauf des sechsmonatigen Leistungszeitraums geprüft.

Führt unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis, dass keine Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen vorliegt, sind erhaltene Leistungen aus dieser Option nicht zurückzuzahlen. Im Falle des Anerkenntnisses einer Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen entsteht der Leistungsanspruch aufgrund der festgestellten Erwerbsunfähigkeit frühestens im Anschluss an den sechsmonatigen Leistungszeitraum der Option Dread Disease.

Diese Option kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden und nur dann, wenn nicht bereits Erwerbsunfähigkeitsleistungen aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen erbracht werden.

Der Anspruch auf Leistungen aus dieser Option erlischt, wenn die versicherte Person vor Ablauf des sechsmonatigen Zeitraums stirbt.

Krebs (maligne Tumore)

Erkrankung, die sich durch Vorliegen eines oder mehrerer Tumore manifestiert, die durch eine mikroskopische Gewebeuntersuchung (Histologie) als bösartig (maligne) klassifiziert wurden und durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung maligner Zellen sowie durch eine Infiltration in normales Gewebe charakterisiert werden.

Sollte eine Histologie nicht möglich sein, muss die Bösartigkeit durch eine andere schulmedizinisch anerkannte Untersuchungsmethode nachgewiesen sein. In die Deckung eingeschlossen sind Leukämie und Lymphome.

Ausgeschlossen sind Formen des Krebses mit relativ hohen Heilungschancen:

- alle Tumore, die histologisch als prä-maligne beschrieben werden oder eine frühe maligne Veränderung zeigen
- alle CIN Stadien (zervikale intraepitheliale Neoplasie)
- alle Carcinoma in situ
- Basalzell- und Spindelzellkarzinome malignes Melanom Stadium IA (T1a N0 M0)
- Prostatakarzinom, Stadium 1 (T1a, 1b, 1c)

Ebenfalls ausgeschlossen sind jegliche Tumore in Gegenwart einer HIV-Infektion.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem die histologisch gesicherte onkologische Diagnose gestellt wird.

Koronare Bypassoperation (Herzkrankheiten, die eine chirurgische Behandlung der Herzkranzgefäße erfordern)

Offene Thoraxoperation mittels koronarer Bypassstransplantate zur Versorgung von mindestens zwei Koronararterien, die verengt oder verschlossen sind. Die Notwendigkeit der Operation muss durch eine Koronarangiographie gesichert worden sein.

Angioplastik (PTCA) und/oder andere intraarterielle Therapieverfahren sowie die minimal invasive Chirurgie (Schlüssellochoperation) sind von dieser Definition ausgeschlossen.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem eine erfolgreiche Operation abgeschlossen wurde.

Herzinfarkt (Myokardinfarkt)

Bleibende Schädigung oder Untergang eines Teils des durch die Koronararterien versorgten Herzmuskelgewebes infolge eines ischämischen Ereignisses. Die Diagnose stützt sich auf das Vorliegen aller folgenden Nachweise:

- charakteristische (plötzlich einsetzende, starke) Brustschmerzen in der Vorgeschichte
- neu auftretende, für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen (z.B. ST-Hebung)
- eindeutige Erhöhung von herzfarktspezifischen Enzymen (z.B. CPK, CKMB, LDH), Myoglobin oder Troponin I bzw. T.

Ein stummer Herzinfarkt ist nicht gedeckt. Auch ein Herzinfarkt, der zwar mit Troponin I- oder T-Erhöhung, aber ohne ST-Hebung abläuft, ist nicht gedeckt (NSTEMI). Ebenso wenig sind andere akute Koronarsyndrome gedeckt.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem die gesicherte kardiologisch-internistische Diagnose gestellt wird.

Niereninsuffizienz (Nierenversagen)

Terminale Niereninsuffizienz (lebensbedrohliches Nierenversagen, Urämie), die sich als chronisch irreversibles Funktionsversagen beider Nieren manifestiert und die Einleitung einer regelmäßigen Nierendialyse oder einer Nierentransplantation bedingt.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem die fachärztlich gesicherte Indikation für die Dialyse gestellt wird oder eine erfolgreiche Operation mit Transplantation abgeschlossen wurde.

Schlaganfall (Gehirnschlag, Apoplexie)

Zerebrovaskulärer Insult mit dem plötzlichen Auftreten neurologischer Ausfallerscheinungen, die mehr als 24 Stunden andauern. Der Insult schließt eine Infarzierung von Hirngewebe, Blutung oder Embolie aus extrakranieller Quelle ein. Die Diagnose muss ferner durch typische Befunde in der Computer- oder Kernspintomographie des Gehirns untermauert sein. Die neurologischen Ausfälle müssen über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten anhalten.

Von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen sind insbesondere vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (TIA's), die sich ohne Folgen zurückbilden, traumatische Hirnschädigungen, lakunäre Infarkte ohne neurologische Defizite sowie migränebedingte neurologische Ausfallerscheinungen.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem fachärztlicherseits bestätigt wird, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen über einen Zeitraum von drei Monaten bestanden haben.

Multiple Sklerose

Der Leistungsfall „Multiple Sklerose“ im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Diagnose durch einen Nervenarzt anhand der typischen Symptome der Demyelinisierung (Nervenmarkabbau) und der Beeinträchtigung der motorischen und sensorischen Funktionen nachgewiesen wurde. Darüber hinaus ist der Nachweis von neurologischen Störungen erforderlich:

- die über einen kontinuierlichen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestanden
- die in Form von mindestens zwei Schüben mit einem Mindestabstand von einem Monat aufgetreten sind oder
- die in Form eines Schubs kombiniert mit charakteristischen Befunden in der Rückenmarksflüssigkeit sowie spezifischen Befunden in der Kernspintomographie aufgetreten sind.

Außerdem müssen sich prinzipiell in der Kernspintomographie (MRT) die für die Multiple Sklerose typischen Veränderungen nachweisen lassen.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem fachärztlicherseits bestätigt wird, dass die oben genannten Voraussetzungen gegeben sind.

Zusatzzahlung

Bei Einschluss dieser Option wird bei einer erstmalig unbefristet anerkannten Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen eine einmalige Zusatzzahlung in Höhe von 12 Monatsrenten erbracht. In den letzten vier Jahren der Versicherungsdauer wird eine reduzierte Zusatzzahlung geleistet. Sie beträgt im viertletzten Jahr der Versicherungsdauer 80 %, im drittletzten Jahr 60 %, im vorletzten Jahr 40 % und im letzten Jahr 20 % der vereinbarten Zusatzleistung.

Rentendynamik im Leistungsfall

Bei Einschluss dieser Option erhöht sich während der Dauer der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen die garantierte versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente (ohne Berücksichtigung der jeweils festgelegten Überschussanteilsätze) um den jeweils vereinbarten Prozentsatz. Die Erhöhung erfolgt jährlich jeweils zum Beginn des neuen Versicherungsjahres¹⁾. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit erfolgt die erste Erhöhung mit Ablauf der Karenzzeit zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres, sofern zu diesem Zeitpunkt eine Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen gegeben ist. Die Dynamisierung der Erwerbsunfähigkeitsrente endet mit Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

Verzicht auf die Anwendung des § 163 VVG

Bei Einschluss dieser Option verzichten wir auf unser nach § 163 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) unter bestimmten Voraussetzungen bestehendes Recht, bei einer Zunahme unseres Leistungsbedarfs gegenüber den zugrunde gelegten technischen Berechnungsgrundlagen die Beiträge auch für bestehende Versicherungen zu erhöhen.

- (2) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung, Rente und eventueller einmaliger Leistung aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. Sofern Leistungen aus der Option Dread Disease in Anspruch genommen werden, entsteht der vorgenannte Anspruch frühestens nach Ablauf des sechsmonatigen Leistungszeitraums dieser Option (vgl. § 1 Abs. 1 c Dread Disease dieser Bedingungen).
- (3) Der Anspruch auf Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung erlischt, wenn die versicherte Person wieder erwerbsfähig wird, bei Erwerbsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit weniger als einen Punkt erreicht, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.
- (4) Mit Beendigung der Versicherung endet auch Ihr Versicherungsschutz. Ihre Versicherung endet bei Ablauf des Vertrages oder bei Tod der versicherten Person.
- (5) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Ihren entsprechenden Antrag in Textform stunden wir bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht die Zahlung des laufenden Beitrags zinslos. Nach Vereinbarung können Sie innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten die gestundeten Beiträge in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen. Sofern möglich, werden wir Ihnen auf Wunsch weitere Vorschläge machen, wie die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erleichtert werden kann (z.B. Herabsetzung der versicherten Leistung). Bei Vereinbarung einer Karenzzeit werden die Beiträge für diesen Zeitraum weder gestundet noch zurückgezahlt.
- (6) Bei Vereinbarung einer Karenzzeit entsteht der Anspruch auf Zahlung einer evtl. mitversicherten Erwerbsunfähigkeitsrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht erst mit Ablauf der Karenzzeit, sofern die Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Die Bestimmungen gemäß § 7 dieser Bedingungen finden auch bis zum Ablauf der Karenzzeit sinngemäß Anwendung. Die Karenzzeit beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. Tritt nach einer beendeten Erwerbsunfähigkeit auf Grund derselben medizinischen Ursache erneut Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.
- (7) Sofern die Zahlung einer Erwerbsunfähigkeitsrente vereinbart wurde, kann der Versicherungsnehmer nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat verlangen, ab der nächsten Versicherungsperiode bei vollem Versicherungsschutz für sechs Monate von der Beitragszahlungspflicht für den Gesamtvertrag befreit zu werden.

Die Anpassungsmöglichkeit besteht unter folgenden Voraussetzungen:

- einmalig während der Versicherungsdauer bei Nachweis von Arbeitslosigkeit,
- mehrmals während der Versicherungsdauer bei Nachweis von gesetzlicher Elternzeit von mindestens sechs Monaten.

Nach Ablauf der sechs Monaten lebt die Beitragszahlungspflicht automatisch wieder auf.

- (8) Die versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente kann während der Versicherungsdauer bis auf eine Mindestrente von 600 EUR p.a. abgesenkt und ohne erneute Gesundheitsprüfung in der ursprünglichen Höhe wiederhergestellt werden.

Die Anpassungsmöglichkeit besteht unter folgenden Voraussetzungen:

- einmalig während der Versicherungsdauer ohne Angabe von Gründen für maximal 12 Monate;
- mehrmals während der Versicherungsdauer bei Nachweis von Arbeitslosigkeit für jeweils maximal 24 Monate;
- mehrmals während der Versicherungsdauer bei Nachweis von gesetzlicher Elternzeit für jeweils maximal 36 Monate.

Bei einer Anpassung aufgrund von Arbeitslosigkeit oder gesetzlicher Elternzeit reduziert sich der maximale Zeitrahmen jeweils um sechs Monate, sofern der Versicherungsnehmer wegen des gleichen Ereignisses von seiner Anpassungsmöglichkeit aus Absatz 7 Gebrauch macht und bereits für sechs Monate von der Beitragszahlungspflicht befreit wird oder wurde.

Die Wiederherstellung der ursprünglichen Erwerbsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung kann jederzeit bis zum Ablauf der vorstehend genannten Fristen beantragt werden. Nach Ablauf der vorstehend genannten Fristen wird der Vertrag automatisch in der ur-

¹⁾ Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der Versicherungsperiode – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.

sprünglichen Rentenhöhe wiederhergestellt, sofern der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von 3 Monaten widerspricht. Widerspricht der Versicherungsnehmer der Wiederherstellung der ursprünglichen Höhe der Erwerbsunfähigkeitsrente, bleibt es bei der verringerten Erwerbsunfähigkeitsrente.

Eine Wiederherstellung ist ausgeschlossen, wenn vorher die Erwerbsunfähigkeit eingetreten oder ein Anspruch auf Leistungen aus der Option Dread Disease entstanden ist, sofern diese Option mitversichert ist.

- (9) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie gegebenenfalls weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (vgl. § 6 dieser Bedingungen).
- (10) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§1a Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

- (1) Sie haben das Recht, eine Erhöhung der versicherten Erwerbsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungs-garantie) innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt eines der nachfolgenden Ereignisse zu beantragen:
- Heirat oder Schließung/Eingehung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person,
 - Ehescheidung oder Aufhebung einer Lebenspartnerschaft der versicherten Person,
 - Geburt eines Kindes der versicherten Person,
 - Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person,
 - Tod des Lebenspartners der versicherten Person,
 - Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Immobilie, mit einem Mindest-Verkehrswert in Höhe von 50.000 EUR durch die versicherte Person,
 - erfolgreicher Schulabschluss durch die versicherte Person und Beginn einer Ausbildung oder Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit,
 - erfolgreiche Beendigung eines Studiums an einer staatlich anerkannten Hoch-/Fachhochschule oder einer Berufsausbildung mit Lehrbrief durch die versicherte Person und Aufnahme der entsprechenden beruflichen Tätigkeit,
 - Karrieresprung bei Nichtselbständigen, wenn aus nichtselbständiger Tätigkeit der versicherten Person eine dauerhafte Erhöhung des monatlichen Bruttogrundgehalts um mindestens 10 Prozent gegenüber den Durchschnittsbruttogrundgehältern der letzten 12 Monate erreicht wird,
 - erstmalige Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (als Hauptberuf) der versicherten Person,
 - Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung durch die versicherte Person,
 - Ablegen der Meisterprüfung durch die versicherte Person und Aufnahme einer die Meisterprüfung voraussetzenden Tätigkeit,
 - Ausscheiden der versicherten Person als selbständiger Handwerker aus der gesetzlichen Rentenversicherung.
 - Nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 % für selbständige Versicherte.

Das Recht auf Nachversicherung kann – vorbehaltlich der Regelung in Absatz 2 – in den vorgenannten Fällen jeweils einmalig, bei Geburt bzw. Adoption auch zweimalig in Anspruch genommen werden.

- (2) Die versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente kann während der Beitragszahlungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöht werden. Bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres kann die versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente um bis zu 100 % der anfänglichen versicherten Erwerbsunfähigkeitsrente erhöht werden. Ab Vollendung des 45. Lebensjahres bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres kann die versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente pro Ereignis maximal um 3.000 EUR jährlich erhöht werden.

Unabhängig vom Zeitpunkt der Erhöhungen darf die jährliche Erwerbsunfähigkeitsrente insgesamt auf maximal 100 % der anfänglichen versicherten Erwerbsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch auf maximal 40.000 EUR jährliche Erwerbsunfähigkeitsrente angehoben werden. Das Recht auf Erhöhung kann während der Beitragszahlungsdauer höchstens dreimal in Anspruch genommen werden. Der Nachversicherungsanlass ist uns mittels geeignetem Nachweis (z.B. Urkunde oder amtliche Bestätigung, Arbeitsvertrag, Gehaltsabrechnung) anzuzeigen.

- (3) Dieses Nachversicherungsrecht besteht nur, wenn die gesamte versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater, gesetzlicher und betrieblicher Anwartschaften (auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit) dann nicht mehr als 60 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person beträgt. Dies ist in geeigneter Form nachzuweisen. Bei Einschluss einer Dynamik umfasst diese finanzielle Angemessenheitsprüfung auch eine Überprüfung der Höhe des vereinbarten Dynamiksatzes. Dies kann im Einzelfall zu einer Kürzung des Dynamiksatzes auf bis zu 2 % führen.
- (4) Das Recht auf Nachversicherung erlischt, wenn
- die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat,
 - vor Ausübung des Nachversicherungsrechts eine Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person eingetreten ist oder ein Anspruch auf Leistungen aus der Option Dread Disease besteht, sofern diese mitversichert ist.

§ 2 Was ist Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate außerstande sein wird, einer Erwerbstätigkeit von mehr als drei Stunden täglich nachzugehen.
- (2) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen erwerbsunfähig nach Absatz 1 gewesen, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Erwerbsunfähigkeit.
- (3) Als Erwerbstätigkeit gilt jede Tätigkeit, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich ist. Unberücksichtigt bleiben Tätigkeiten, die von Behinderten nur in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausgeführt werden können.

Bei der Entscheidung über das Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit kommt es ausschließlich auf die gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Person an; keine Rolle spielen

- die Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen,
- der zuletzt ausgeübte Beruf und
- die bisherigen Lebens- und Einkommensverhältnisse der versicherten Person,
- der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers.

- (4) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Erwerbsunfähigkeit.

- (5) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall voraussichtlich mindestens 6 Monate so hilflos ist, dass sie für mindestens einen der in Absatz 6 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

- (6) Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ist die erforderliche Hilfe bei folgenden Verrichtungen maßgebend:
Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer

1 Punkt

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

Aufstehen und Zubettgehen

1 Punkt

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

An- und Auskleiden**1 Punkt**

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**1 Punkt**

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

Waschen, Kämmen oder Rasieren**1 Punkt**

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

Verrichten der Notdurft**1 Punkt**

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

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

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

- (7) Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punktetabelle liegt die Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.
- (8) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Erwerbsunfähigkeit gekommen ist.
- (2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Erwerbsunfähigkeit verursacht ist:
- a) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen erwerbsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Außerdem werden wir leisten, wenn die versicherte Person außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten erwerbsunfähig wird und als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundesgrenzschutz mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat;
 - b) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarf gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.
 - c) durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen nötig ist;
 - d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - e) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
 - f) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit verlangt werden?

- (1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung verlangt, so sind uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) folgende Unterlagen einzureichen:
- a) ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
 - b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit;
 - c) ausführliche Berichte der Ärzte oder anderer Heilbehandler, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens oder über die Pflegebedürftigkeit;
 - d) Unterlagen über die bisherige Erwerbstätigkeit der versicherten Person;
 - e) bei Erwerbsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege beauftragt ist, über Art und Umfang der Pflege.
- (2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über wirtschaftliche Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. In diesem Fall übernehmen wir die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen entstehen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Behörden, Krankenkassen und Sozialversicherungsträger zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit dies zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.
- (3) Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Erwerbsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies der Anerkennung der Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeitsversicherung nicht entgegen. Die versicherte Person ist allerdings verpflichtet, geeignete Hilfsmittel zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Dabei handelt es sich beispielsweise um das Einhalten einer Diät, das Tragen von Stützstrümpfen, das Tragen von Prothesen oder die Verwendung von Seh- und Hörhilfen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigegebenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob, in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus. Nur in begründeten Einzelfällen können wir jedoch einmalig und maximal für die Dauer von 12 Monaten ein zeitlich befristetes Anerkenntnis aussprechen. Ein solcher Fall kann insbesondere vorliegen,

wenn aus medizinischen oder betrieblichen Gründen ein Ende der Erwerbsunfähigkeit abzusehen ist oder die vorliegenden Befunde noch nicht ausreichen, um ein unbefristetes Anerkenntnis auszusprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich befristete Anerkenntnis für uns bindend.

- (3) Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen
- unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder
 - weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
 - Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z.B. neutrales Gutachten) einleiten werden.
 - Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie in regelmäßigen Abständen, spätestens alle 4 Wochen, über den Bearbeitungsstand.
- (4) Einen durch Überschreitung der in Absatz 3 genannten Frist nachweislich entstandenen Schaden werden wir ersetzen.

§ 6 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Erwerbsunfähigkeitsrisiko und Kosten niedriger sind, als bei der Tarifkalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in der MindZV genannten Prozentsatz. Derzeit beträgt dieser Satz 90 %. Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Verbänden zusammengefasst. Gewinnverbände bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Verbände orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir nach den Regelungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen. Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.
- c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Soweit Bewertungsreserven entstehen, werden diese monatlich neu ermittelt und den berechtigten Verträgen nach dem unter (c) beschriebenen Verfahren zugeordnet (§ 153 Abs. 3 VVG). Bei Beendigung eines Vertrages wird – sofern der Vertrag berechtigt ist – der für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelte Betrag zur Hälfte zugeteilt und ausgezahlt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen bleiben unberührt. Erfolgt aus technischen, solvenztechnischen oder rechtlichen Gründen eine Änderung des Verfahrens, so wird dies im Anhang des Geschäftsberichts mit Wirkung für das auf das Berichtsjahr folgende Geschäftsjahr festgelegt.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

- d) Die Beiträge einer Erwerbsunfähigkeitsversicherung sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Erwerbsunfähigkeitsleistungen benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Versicherungen mit Ansammlungsguthaben erhalten eine Beteiligung an den Bewertungsreserven. Die Zuteilung vorhandener Bewertungsreserven erfolgt verursachungsorientiert. Bei Versicherungen mit Ansammlungsguthaben die für den jeweiligen Vertrag angesammelten Ansammlungsguthaben, ins Verhältnis zur Summe der Kapitalien aller berechtigten Verträge gesetzt. Weitere Informationen zum Zuteilungsverfahren und zum Stichtag der Berechnung können Sie bei uns anfordern.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

- a) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Gewinnverbandes (vgl. Geschäftsbericht), dem Ihre Versicherung zugeordnet ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Verrechnung mit den laufenden Beiträgen

- b) Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung werden zu Beginn jeder Versicherungsperiode Überschussanteile zugeteilt. Diese Überschussanteile werden gleichbleibend für das ganze Versicherungsjahr im Verhältnis des überschussberechtigten Beitrags bemessen. Die innerhalb einer Versicherungsperiode fällig werdenden Überschussanteile werden zu Beginn der Versicherungsperiode mit den Beiträgen verrechnet. Beitragsfrei gestellte oder durch Ablauf der Beitragszahlung beitragsfrei gewordene Versicherungen sind nicht überschussberechtigigt.

Während des Bezugs von Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeitsversicherung

- c) Zu Beginn des Versicherungsjahres wird der Überschussanteil in Prozent der jeweiligen Deckungsrückstellung zugeteilt und zur Erhöhung der Erwerbsunfähigkeitsrente verwendet.

(3) Die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarktes ist insbesondere bei laufenden Erwerbsunfähigkeitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit?

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir während der vereinbarten Leistungsdauer berechtigt, das Fortbestehen der Erwerbsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 4 Absatz 2 dieser Bedingungen gelten entsprechend.
- (3) Einen Wegfall der Erwerbsunfähigkeit oder eine Minderung der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme irgendeiner Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
- (4) Ist die Erwerbsunfähigkeit weggefallen, stellen wir unsere Leistungen ein. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.
- (5) Liegt Erwerbsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und ist die Pflegebedürftigkeit auf unter einen Punkt gesunken bzw. die Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 2 Absatz 7 dieser Bedingungen entfallen, stellen wir unsere Leistungen ein. Absatz 4 Satz 2 bis 4 gelten entsprechend.

§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 7 dieser Bedingungen von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit. Sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlischt auch die Zusatzversicherung.
- (2) Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein mit der Kündigungsfrist der Hauptversicherung kündigen. In den letzten fünf Versicherungsjahren vor Ablauf der Hauptversicherung kann die Zusatzversicherung jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden. Entsprechend § 169 VVG werden wir – falls vorhanden – diesen Teil des Rückkaufwertes erstatten. Der Rückkaufwert ist die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungsrückstellung der Versicherung. Mindestens verwenden wir jedoch den Betrag der Deckungsrückstellung, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes (§ 14 Abs. 2 der Bedingungen der Hauptversicherung) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Versicherungsjahre ergibt. Von dem so ermittelten Wert erfolgen ein Stornoabzug sowie ein Abzug evtl. vorhandener Beitragsrückstände. Der Stornoabzug beträgt max. 30 % der Deckungsrückstellung. Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (3) Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird. Die aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Deckungsrückstellung mindert sich um den Stornoabzug und evtl. ausstehende Forderungen (z. B. Beitragsrückstände). Der Stornoabzug beträgt max. 15 % der Deckungsrückstellung. Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
Das Verhältnis der Versicherungssumme der Hauptversicherung zur Zusatzversicherung wird im Fall der Beitragsfreistellung beibehalten. Dabei muss eine beitragsfreie Rente von 900 EUR erreicht werden. Wird diese beitragsfrei gestellte Rente nicht erreicht, zahlen wir den Rückkaufswert an Sie aus.
- (4) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2 und 3 entsprechend.
- (5) Erbringen wir Leistungen aus der Zusatzversicherung, berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob sie den Betrag unverändert weiter gezahlt hätten.
- (6) Während des Leistungsbezugs ist ein Kündigungsrecht ausgeschlossen.
- (7) Ansprüche aus der Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Erwerbsunfähigkeit beruhen, werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung nicht berührt.
- (8) Ansprüche aus der Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.
- (9) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 10 Welche Besonderheiten gelten für eine nicht schuldhaft Verletzung der Anzeigepflicht?

Falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände weder vorsätzlich noch grob fahrlässig nicht angezeigt werden, so steht uns nach § 19 Abs. 3 VVG ein Kündigungsrecht und nach § 19 Abs. 4 VVG ein Vertragsänderungsrecht zu. Erfolgte die Nichtanzeige wegen Unkenntnis oder unverschuldet, verzichten wir auf die Ausübung unserer Rechte aus § 19 Abs. 3 VVG und aus § 19 Abs. 4 VVG.

§ 1 Welche Option haben Sie?

- (1) Bei Einschluss der Pflegerentoption haben Sie zum Ablauf der Versicherungsdauer der zugehörigen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung das Recht, für die versicherte Person gegen Zahlung eines Einmalbeitrages eine zu diesem Zeitpunkt beginnende Pflegerentenversicherung bis zur im Versicherungsschein festgelegten Höhe ohne Gesundheitsprüfung abzuschließen. Maßgeblich ist unser dann für die Pflegerentoption gültiger Pflorgetarif. Diese Option selbst bietet keinen Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit.
- (2) Üben Sie die Option aus und wird die versicherte Person während der Dauer der dann abgeschlossenen Pflegerentenversicherung mindestens pflegebedürftig nach Pflegestufe I im Sinne von § 4 dieser Bedingungen, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:
Zahlung der vereinbarten Pflegerente
 - in Höhe von 100 % bei Pflegestufe III
 - in Höhe von 75 % bei Pflegestufe II
 - in Höhe von 50 % bei Pflegestufe I

§ 2 Wann beginnt der künftig abschließbare Versicherungsschutz?

Wenn Sie die Option ausüben, beginnt der künftig von Ihnen abschließbare Versicherungsschutz aus der Pflegerentenversicherung an dem Tag nach Ablauf der Versicherungsdauer der zugehörigen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung.

§ 3 Wann und wie können Sie diese Option ausüben?

Sie können diese Option frühestens 6 Monate vor dem Ablauf der Versicherungsdauer der zugehörigen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung und spätestens zu diesem Termin ausüben. Die Ausübung muss schriftlich erfolgen.

§ 4 Wann liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor und wie wird der Pflegefall eingestuft?

- (1) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor,
 - a) wenn die versicherte Person voraussichtlich mindestens sechs Monate pflegebedürftig im Sinne der Absätze 2 bis 9 ist oder
 - b) wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in Absatz 11 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf oder
 - c) im Falle von Demenz im Sinne des Absatzes 13.
- (2) Für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit und die Einteilung der Pflegestufen sind allein die in diesen Bedingungen enthaltenen Definitionen maßgeblich.
- (3) Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Krankheiten oder Behinderungen im vorgenannten Sinne sind:
 1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (4) Die Hilfe im Sinne des vorangehenden Absatzes besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 3 sind:
 1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- (6) Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I liegt vor, wenn die pflegebedürftige versicherte Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
- (7) Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II liegt vor, wenn die versicherte Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens zwei Stunden entfallen,
- (8) Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe III liegt vor, wenn die versicherte Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.
- (9) Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach Absatz 5 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

- (10) Sofern wir Änderungen der §§ 14 und 15 SGB XI bei einem zukünftigen Pflegerentertarif übernehmen, haben Sie bei Ausübung der Option die Möglichkeit, für die neu abzuschließende Pflegerentenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung einen von uns angebotenen Tarif zu wählen, der die neue Gesetzeslage berücksichtigt.
- (11) Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des Absatzes 1 (b) ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt.
Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer

1 Punkt

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

Aufstehen und Zubettgehen

1 Punkt

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

An- und Auskleiden

1 Punkt

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

1 Punkt

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

Waschen, Kämmen oder Rasieren

1 Punkt

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

Verrichten der Notdurft

1 Punkt

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

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

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

- (12) Die Pflegestufen werden wie folgt nach der Anzahl der Punkte gemäß Absatz 11 eingestuft:

- Pflegestufe I bei 3 Punkten
- Pflegestufe II bei 4 oder 5 Punkten
- Pflegestufe III bei 6 Punkten

- (13) Pflegestufe II liegt auch vor, wenn die versicherte Person eine schwere kognitive Beeinträchtigung aufweist, die bereits zwölf Monate ununterbrochen bestand oder voraussichtlich zwölf Monate ununterbrochen bestehen wird. Gedeckt sind mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörungen, die durch Unfall oder Erkrankung entstanden sind und als deren Folge die versicherte Person Beaufsichtigung oder Anleitung bei der Verrichtung der so genannten Aktivitäten des täglichen Lebens oder dauernde Beaufsichtigung bedarf, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.

- (14) Eine mittelschwere oder schwere Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, oder Orientierungsvermögen auswirken.
Die Diagnose einer mittelschweren oder schweren Demenz ist durch einen Facharzt für Neurologie auf der Basis zeitgemäßer Diagnoseverfahren und unter Verwendung standardisierter Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen.

- (15) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

- (16) Der Nachweis der Pflegebedürftigkeit wird in den Bedingungen der aufgrund dieser Option einschließbaren Pflegerente festgelegt.

§ 5 Was gilt bei Erhöhungen der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung aufgrund Dynamik oder Nachversicherungsgarantie?

Erhöhungen der Leistungen aus der zugehörigen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung aufgrund einer Beitrags- oder Summendynamik oder einer Nachversicherungsgarantie führen nicht zu einer Erhöhung der aufgrund dieser Option einschließbaren Pflegerente.

§ 6 Nachversicherungsgarantie

- (1) Die aufgrund dieser Option einschließbare Pflegerente kann während der Beitragszahlungsdauer der zugehörigen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung alle fünf Jahre zum Beginn des Versicherungsjahres¹⁾ ohne erneute Gesundheitsprüfung um 10 % der im Erhöhungszeitpunkt aktuellen jährlichen Pflegerente erhöht werden (Nachversicherungsgarantie). Insgesamt darf die vorgesehene jährliche Pflegerente auf maximal 42.000 EUR Jahresrente angehoben werden.
- (2) Die Erhöhung muss innerhalb von sechs Monaten nach Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres beantragt werden.
- (3) Das Recht auf Nachversicherung ist ausgeschlossen, wenn vor Ausübung des Nachversicherungsrechts eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person eingetreten ist und diese fortdauernd oder ein Anspruch auf Leistungen aus der Option Dread Disease besteht, sofern diese im Rahmen der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung mitversichert ist.
- (4) Das Recht auf Nachversicherung erlischt fünf Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer der zugehörigen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung.

¹⁾ Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der Versicherungsperiode – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.

§ 7 Wie ist das Verhältnis zur Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung und wann erlischt diese Option?

- (1) Die Option bildet mit der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist, eine Einheit. Sie kann ohne die jeweilige Versicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens mit Ende der Versicherungsdauer der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung, erlischt auch die Option.
- (2) Sie können diese Option für sich allein mit der Kündigungsfrist der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung kündigen. Ein Rückkaufswert wird bei Kündigung der Option nicht fällig.
- (3) Bei einem Teilrückkauf oder teilweiser Beitragsfreistellung der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung vermindert sich die Höhe dieser Option im gleichen Verhältnis wie die Leistung aus der jeweiligen Versicherung. Bei vollständiger Beitragsfreistellung erlischt diese Option jedoch vollständig. Ein Rückkaufswert wird bei Erlöschen der Option nicht fällig.
- (4) Diese Option enthält keine Überschussbeteiligung.
- (5) Wenn die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung für den Versicherungsfall eine Befreiung von der Pflicht zur Beitragszahlung vorsieht, so müssen Sie auch für diese Option keine Beiträge zahlen, solange die Beitragsbefreiung der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung andauert.
- (6) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung gilt Absatz 3 entsprechend.
- (7) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen
- (8) Bedingungen für die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung sinngemäß Anwendung.

Die Datenschutz-Grundsätze der Dialog Lebensversicherungs-AG

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein besonderes Anliegen. Wir achten als Ihr Versicherungsunternehmen stets auf einen sorgfältigen und dem Datenschutz entsprechenden Umgang mit Ihren Daten. Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln. Unsere EDV entspricht dem aktuellen Stand der Technik. Für die Wahrung unserer Datenschutz-Grundsätze sorgt unser Datenschutzbeauftragter.

1. Information zur Verwendung Ihrer Daten

Die Dialog Lebensversicherungs-AG wird den sog. „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct) zum 01.01.2014 beitreten. Weitere Informationen zu den Verhaltensregeln sowie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, finden Sie unter „**Liste der Dienstleister**“.

2. Liste der Dienstleister

Dienstleister, die im Wege der Auftragsdatenverarbeitung für uns tätig sind:

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Dialog Lebensversicherungs-AG	Generali Deutschland Informatik Services GmbH	IT-Dienstleistungen wie z.B. Bereitstellung Software, Erstellung IT-Sicherheitskonzept
Dialog Lebensversicherungs-AG	Generali Infrastructure Services S.c.a.r.l.	Hardware, Kommunikationsmittel, Infrastruktur
Dialog Lebensversicherungs-AG	Medicals Direct Deutschland GmbH	Aufnahme von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung
Dialog Lebensversicherungs-AG	Generali Deutschland Services GmbH	Abwicklung Zahlungsverkehr, Druck und Versand, Logistik einschließlich Scannen der Eingangspost
Dialog Lebensversicherungs-AG	Generali Deutschland AG	Konzernrevision, Konzerndatenschutz, Recht, Geldwäschegesetz, Compliance
Dialog Lebensversicherungs-AG	Europ Assistance Versicherungs-AG Europ Assistance Service GmbH	Erbringung von Assistance-Leistungen (Pflegeversicherung)

Dienstleister, die im Wege der Funktionsübertragung für uns tätig sind:

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Dialog Lebensversicherungs-AG	Generali Deutschland AG	Unterstützung bei der Antragsbearbeitung und antragsbezogenen Risikoprüfung, Leistungsbearbeitung im Leistungsfall
Dialog Lebensversicherungs-AG	Ärzte, Psychologen, Psychiater, Rückversicherer	Gutachter und Sachverständige
Dialog Lebensversicherungs-AG	Rechtsanwälte	Allgemeine Dienstleistung
Dialog Lebensversicherungs-AG	IT-Berater	IT-Dienstleistungen
Dialog Lebensversicherungs-AG	Letter-Shops	Serienbrief-Erstellung
Dialog Lebensversicherungs-AG	Cosmos Lebensversicherung AG	Leistungsbearbeitung im Leistungsfall
Dialog Lebensversicherungs-AG	Wirtschaftsauskunfteien	Einholung von Auskünften bei Antragstellung und der Leistungsbearbeitung
Dialog Lebensversicherungs-AG	Detekteien	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in begründeten Fällen

3. Hinweise zum Schutz Ihrer Daten

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Die Verhaltensregeln können Sie im Internet unter www.dialog-leben.de/datenschutz abrufen.

Ebenfalls im Internet unter www.dialog-leben.de/datenschutz abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus und übersenden sie per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an Dialog Lebensversicherungs-AG, 86130 Augsburg, 0821 319-0, Email: info@dialog-leben.de.

Weitere Informationen (gem. Art 5 IV Code of Conduct)

Soweit unser Unternehmen Einwilligungen einholt, ist verantwortliche Stelle die Dialog Lebensversicherungs-AG, 86130 Augsburg.

Ihre Rechte

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie geltend machen beim Datenschutzbeauftragten der Dialog Lebensversicherungs-AG, 86130 Augsburg, 0821 319-0, Email: datenschutzbeauftragter@dialog-leben.de.

Steuerregelungen für Lebensversicherungen nach deutschem Recht Stand 10.2016

1. Einkommenssteuer

1.1 Private Lebensversicherung

1.1.1 Risikolebensversicherungen

Risikolebensversicherungen sind steuerlich begünstigt.

Die Beiträge zu Risikolebensversicherungen, die nur für den Todesfall eine Leistung vorsehen, können grundsätzlich bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 4 EStG) unter Berücksichtigung der Günstigerprüfung (§ 10 Abs. 4a EStG) als Sonderausgaben abgezogen werden. Versicherungsleistungen sind für den Empfänger einkommensteuerfrei.

1.1.2 Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen

Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen sind steuerlich begünstigt.

Die Beiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 4 EStG) grundsätzlich als Sonderausgaben abgezogen werden. Eine Beitragsbefreiung ist nicht steuerbar. Renten aus Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil gemäß § 55 EStDV zu versteuern. Einmalige Kapitalzahlungen sind einkommensteuerfrei.

1.1.3 Pflegeversicherungen

Pflegeversicherungen sind steuerlich begünstigt.

Die Beiträge zu Pflegeversicherungen können grundsätzlich bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 4 EStG) unter Berücksichtigung der Günstigerprüfung (§ 10 Abs. 4a EStG) als Sonderausgaben abgezogen werden. Leistungen aus einer Pflegeversicherung sind grundsätzlich gemäß § 3 Nr. 1a EStG einkommensteuerfrei.

1.1.4 Kapitalversicherungen

Beiträge zu Kapital-Lebensversicherungen können gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 3a EStG bei der Veranlagung zur Einkommensteuer nicht als Sonderausgaben abgezogen werden. Der Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und den auf sie entrichteten Beiträgen unterliegt gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 1 EStG im Erlebensfall oder bei Rückkauf des Vertrages zu 100 v. H. der Einkommensteuer. Er unterliegt gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 EStG nur zur Hälfte der Einkommensteuer, wenn

- die Versicherungsleistung nach Ablauf des 62. Lebensjahres
- und nach Ablauf von 12 Jahren erfolgt

Vom Ertrag (voller Unterschiedsbetrag) wird bei Auszahlung Kapitalertragsteuer (25 %) zuzüglich Solidaritätszuschlag (5,5 % der Kapitalertragsteuer) und ggfs. Kirchensteuer einbehalten und an das zuständige Finanzamt abgeführt.

Liegt der Einkommenssteuersatz des Steuerpflichtigen unter dem pauschalen Einkommenssteuersatz von 25 %, so kann er dies im Rahmen der Einkommenssteuerveranlagung geltend machen und den Ertrag mit dem geringeren persönlichen Steuersatz versteuern. Auch in den Fällen, in denen nur der hälftige Unterschiedsbetrag der Einkommenssteuer unterliegt, kann im Rahmen der Einkommenssteuerveranlagung eine Korrektur der Besteuerung und damit eine Steuererstattung erwirkt werden.

Wir sind gesetzlich verpflichtet, Ihr Kirchensteuermerkmal vor Auszahlung von Kapitaleleistungen beim Bundeszentralamt für Steuern abzufragen. Wenn Sie hiernach kirchensteuerpflichtig sind, führen wir die auf den Ertrag der Kapitalzahlung entfallende Kirchensteuer im Rahmen des Steuerabzugs direkt an das Finanzamt ab. Der Sonderausgabenabzug der Kirchensteuer wird in diesen Fällen durch entsprechende Herabsetzung des Kapitalertragsteuersatzes automatisch berücksichtigt. Sofern Sie kirchensteuerpflichtig sind, wir Ihr Kirchensteuermerkmal aber nicht abfragen können, weil Sie der Übermittlung Ihres Kirchensteuermerkmals beim Bundeszentralamt für Steuern widersprochen haben, kann die Kirchensteuer nicht von uns an das Finanzamt abgeführt werden. In diesem Fall setzt das Finanzamt die Kirchensteuer im Veranlagungsverfahren fest.

1.1.5 Zusatzversicherungen / Dread-Disease-Absicherung

Beiträge, die auf Zusatzversicherungen zu Risikolebensversicherungen sowie Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen entfallen, können grundsätzlich bei gesondertem Beitragsausweis im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 4 EStG) unter Berücksichtigung der Günstigerprüfung (§ 10 Abs. 4a EStG) als Sonderausgaben abgezogen werden. Renten aus Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil aus § 55 EStDV zu versteuern. Einmalige Kapitalzahlungen aus den genannten Zusatzversicherungen sowie aus einer Dread-Disease-Absicherung sind einkommensteuerfrei.

1.2 Betrieblich veranlasste Lebensversicherungen (ohne Direktversicherungen)

Beiträge zu betrieblich veranlassten Risikoversicherungen und Kapitalversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall (z.B. Rückdeckungsversicherungen zu Pensionszusagen, Keyman-Versicherungen u.a.) sind als Betriebsausgaben steuerlich abzugsfähig. Wird der Gewinn durch Einnahmen/Überschussrechnung (§ 4 Abs. 3 EStG) ermittelt, können die Beiträge zu Kapitalversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall erst in dem Zeitpunkt als Betriebsausgaben abgesetzt werden, in dem die Versicherungsleistung vereinnahmt wird oder feststeht, dass eine Leistung aus der Versicherung nicht fällig wird. Dagegen sind Beiträge für Risikoversicherungen und Beiträge für Zusatzversicherungen sofort abziehbar. Die Ansprüche auf Leistungen aus Lebensversicherungen, die zu einem Betriebsvermögen gehören, sind bei Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich grundsätzlich mit dem Zeitwert der Versicherung (§ 169 VVG) zu aktivieren. Bei der Gewinnermittlung durch Einnahmen-/Überschussrechnung entfällt eine Aktivierung der Versicherungsansprüche. Fällige Leistungen aus Risikoversicherungen und Kapitalversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall oder Zusatzversicherungen sind als Betriebseinnahmen zu erfassen. Im Gegenzug ist der Aktivwert für die Versicherungsansprüche aufzulösen oder gegebenenfalls zu vermindern.

2. Erbschaftsteuer

Ansprüche und Leistungen aus Lebensversicherungen unterliegen der Erbschaftsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod (z.B. auf Grund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden und die Leistungen gewisse Freibeträge überschreiten. Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, so ist sie nicht erbschaftsteuerpflichtig.

3. Versicherungsteuer

Beiträge für Risikolebensversicherungen, Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen, Pflegeversicherungen und Kapitalversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall sind gemäß § 4 S. 1 Nr. 5 VersStG von der Versicherungsteuer befreit.

4. Sonstige Hinweise

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser allgemeinen Angaben über die Steuerregelungen können wir keine Gewähr übernehmen. Sie ersetzen nicht die im Einzelfall erforderliche steuerliche Beratung. Die Angaben beruhen auf den nach derzeitigem Stand (Oktober 2016) geltenden Rechtsvorschriften; künftige Änderungen sind möglich.