

Versicherungsbedingungen und Informationen

Stand: Januar 2019

Hinweis:

Sehr geehrte Kunden,

anbei erhalten Sie die Versicherungsbedingungen und Informationen für die Berufsunfähigkeitsversicherungen der Deutschen Ärzteversicherung. Welche Versicherungsbedingungen für Sie zutreffend sind, können Sie anhand der Tarifbezeichnung erkennen.

Ihre

Deutsche Ärzteversicherung

Inhaltsverzeichnis – Übersicht über Bestimmungen und Informationen

Teil 1: Versicherungsbedingungen und Bestimmungen für Berufsunfähigkeits-Tarife

Berufsunfähigkeitsversicherung

- a) Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung für Heilberufe Tarif DLVSBV S. 3
- b) Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung für Schüler Tarif DLVSBV S. 15

Berufsunfähigkeitszusatzversicherung

- a) Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für Heilberufe .. S. 25
- b) Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für Heilberufe in der Basisversorgung S. 34
- c) Berufsunfähigkeits- Zusatzversicherung für Schüler S. 41

Teil 2: Sonstige Bestimmungen für Berufsunfähigkeits-Tarife

- a) Vertragsinformationen gemäß der Informationspflichtenverordnung S. 47
- b) Vertragsinformationen gemäß Informationspflichtenverordnung in der Basisversorgung S. 50
- c) Mitteilung nach § 19 Absatz 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht S. 53
- d) Bedingungen für die Dynamik für Heilberufe in der Privatversorgung S. 54
- e) Bedingungen für die Dynamik für Heilberufe in der Basisversorgung S. 55
- f) Bedingungen für die Dynamik der Berufsunfähigkeitsversicherung für Heilberufe S. 56
- g) Bedingungen für die Ausübung von Optionen für Heilberufe in der Privatversorgung S. 57
- h) Bedingungen für die Ausübung von Optionen für Heilberufe in der Basisversorgung S. 59
- i) Hinweise für die steuerlichen Regelungen Kapitalbildende Lebens- und Rentenversicherungen, Risiko und Berufsunfähigkeitsversicherungen (Privatversorgung) S. 61
- j) Hinweise für die steuerlichen Regelungen Kapitalgedeckte Rentenversicherungen ggf. einschließlich einer ergänzenden Absicherung des Berufsunfähigkeits- oder Todesfallrisikos (Basisversorgung) S. 63

Versicherungsbedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung für Heilberufe

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
willkommen bei der Deutschen Ärzteversicherung!

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen. Sie haben sich für den Abschluss unserer Berufsunfähigkeitsversicherung entschieden. Sie sind als Versicherungsnehmer unser Vertragspartner. Die nachfolgenden Bedingungen informieren Sie ausführlich über Ihren Versicherungsschutz. Bitte heben Sie diese Unterlagen sorgfältig auf.

Unser Tipp: Im Bedingungstext haben wir wichtige Fachbegriffe abgedruckt. Erklärungen zu diesen Begriffen finden Sie im Glossar am Ende dieser Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

1	Leistungen.....	3
1.1	Welche Leistungen erbringen wir?.....	3
1.2	Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?	4
1.3	Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird und welche Mitwirkungspflichten bestehen?.....	5
1.4	Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflichten?.....	6
1.5	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	6
1.6	Müssen Sie bis zur Leistungsentscheidung Beiträge erbringen?	6
1.7	Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?.....	6
1.8	Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?	7
1.9	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	8
1.10	Wer erhält die Versicherungsleistungen?	8
1.11	Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?.....	8
1.12	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?.....	8
2	Beiträge.....	9
2.1	Wie verwenden wir Ihre Beiträge?.....	9
2.2	Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?.....	9
2.3	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?.....	9
3	Gestaltungsmöglichkeiten	9
3.1	Welche Möglichkeiten haben Sie bei vorübergehenden Beitragszahlungsschwierigkeiten?.....	9
3.2	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?.....	10
3.3	Was gilt bei einem Einstieg in das Berufsleben?.....	10
4	Allgemeine Bestimmungen	10
4.1	Welche Kosten und Gebühren fallen an und wie werden sie ausgeglichen?	10
4.2	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?.....	11
4.3	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?.....	11
4.4	Welches Recht findet Anwendung, was haben Sie bei Meinungsverschiedenheiten zu beachten und wo ist der Gerichtsstand?.....	11
4.5	Gibt es Möglichkeiten zur außergerichtlichen Streitbeilegung?	11
4.6	Unter welchen Voraussetzungen können wir die vereinbarten Beiträge neu festsetzen oder Bestimmungen für Ihre Versicherung ändern?.....	11
4.7	Wann verjähren Ihre Ansprüche?	11

Anhang

Änderungen der Bedingungen für versicherte Personen, die als letzte Tätigkeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit oder anderer leistungsbegründender Umstände keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben.

Ergänzende Bedingungen für die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Versicherungsmathematische Hinweise

Glossar

1 Leistungen

1.1 Welche Leistungen erbringen wir?

Rentenzahlung und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit

1.1.1 Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung berufsunfähig (siehe Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“), erbringen wir – längstens für die vereinbarte Leistungsdauer – folgende Versicherungsleistungen:

- Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus und
- volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.

1.1.2 Die Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung ist der Zeitraum, in dem der Versicherungsschutz besteht. Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, in dem wir die vereinbarten Leistungen erbringen, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig geworden ist.

Rentenzahlung und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

1.1.3 Wir erbringen auch dann die volle Leistung, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit wird. Die Voraussetzungen hierfür sind geregelt in Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“, unter dem Absatz „Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor?“.

Rentenzahlung und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz

1.1.4 Wir erbringen auch dann die volle Leistung, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung berufsunfähig infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz wird. Die Voraussetzungen hierfür sind geregelt in „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“, unter dem Absatz „Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz vor?“.

Beginn des Leistungsanspruches

1.1.5 Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eintritt. Abweichend kann für die Berufsunfähigkeitsrente ein aufgeschobener Leistungsbeginn individuell vereinbart sein. In diesem Fall beginnt die Leistung frühestens zu diesem Termin.

Ende des Leistungsanspruches

1.1.6 Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung erlischt, wenn Berufsunfähigkeit gemäß Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ nicht mehr vorliegt, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

Wiederaufleben der Leistung nach Ablauf der Versicherungsdauer

1.1.7 Ist die Leistungsdauer länger als die vereinbarte Versicherungsdauer und wurde die Leistung vor dem Ende der Leistungsdauer eingestellt, weil Berufsunfähigkeit gemäß des Abschnittes „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ nicht mehr vorliegt, lebt die Leistung innerhalb der Leistungsdauer wieder auf, sofern die versicherte Person wegen der ursprünglichen Ursache erneut mindestens sechs Monate ununterbrochen berufsunfähig wird. Die Bestimmungen des Abschnittes „Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?“ gelten entsprechend.

Weltweiter Versicherungsschutz

1.1.8 Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeitsversicherung besteht, sofern nichts anderes vertraglich vereinbart wurde, weltweit.

Sonstige Leistungen

1.1.9 Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe Abschnitt „Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?“).

Garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall

Ihrem Versicherungsschein können Sie entnehmen, ob eine garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall Bestandteil Ihrer Versicherung ist. Für diese gelten die nachfolgenden Regelungen:

1.1.10 Ist zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung vereinbart, dass nach Eintritt der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit eine planmäßige Steigerung der Rente erfolgt, wird diese ab dem Jahrestag des Versicherungsbeginns durchgeführt, der auf den Monat der Anerkennung der Berufsunfähigkeit folgt.

Einzelheiten zum Maßstab und Umfang der mitversicherten garantierten Steigerung der Rente im Leistungsfall können Sie Ihrem Versicherungsschein und den Bedingungen für die Dynamik entnehmen.

1.1.11 Eine mitversicherte garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall erfolgt jährlich, solange der Leistungsanspruch aus der Berufsunfähigkeitsversicherung besteht.

1.1.12 Während der Dauer des Leistungsanspruchs aus der Berufsunfähigkeitsversicherung sind Sie von der Beitragszahlungspflicht auch für die garantierten Steigerungen befreit.

1.1.13 Endet unsere Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeitsversicherung, gilt Ihre wieder auflebende Beitragszahlungspflicht nur für die Höhe der garantierten Berufsunfähigkeitsrente zu Beginn der Leistung. Diese gilt als neue Ausgangsbasis für die garantierte Steigerung der Rente. Wünschen Sie, dass auch die während des Leistungsbezuges erfolgten Rentenerhöhungen weiterhin Berücksichtigung finden, müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt unseres Schreibens zur Beendigung unserer Leistungspflicht in Textform beantragen, dass Ihre wieder auflebende Beitragszahlungspflicht auch hierfür gelten soll.

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

1.1.14 Wir beraten und unterstützen Sie während der Vertragslaufzeit. Gerne stehen wir Ihnen auch telefonisch zur Verfügung, wenn Sie Fragen z. B. zum Versicherungsumfang, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung haben. Ebenso erhalten Sie Auskünfte zu erforderlichen Unterlagen, Nachweisen oder zur Beschreibung der beruflichen Tätigkeit und entsprechende Formulare.

Medizinische und berufliche Rehabilitations- und Integrationsberatung

1.1.15 Wir bieten der versicherten Person bei Eintritt von Berufsunfähigkeit im Sinne der Absätze 1.2.1 ff. kostenlos eine Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch von uns beauftragte anerkannte Spezialisten an. Von uns als sinnvoll bestätigte Maßnahmen werden von unseren Spezialisten eingeleitet und begleitet. Maßnahmen sind sinnvoll, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass die Aufnahme einer Berufstätigkeit dadurch erfolgen kann.

Wir übernehmen während der Versicherungsdauer die Kosten für eine vollständig durchgeführte Maßnahme. Die Kosten übernehmen wir jedoch maximal bis zum sechsfachen der vereinbarten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente, höchstens 12.000,- Euro. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet diese Hilfe anzunehmen.

Leistung bei Einstellung von Krankentagegeld bzw. Krankengeld (Überbrückungshilfe)

1.1.16 Wir erbringen Leistungen in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente und gewähren Beitragsbefreiung als Überbrückungshilfe, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer einen Anspruch auf Zahlung von

- Krankentagegeld gegen einen privaten Krankenversicherer erworben hat und diese Zahlung eingestellt wird, weil aus medizinischen Gründen eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen für die Krankentagegeldversicherung vorliegt, oder
- Krankengeld gegen einen gesetzlichen Krankenversicherer erworben hat und diese Zahlung eingestellt wird, weil die versicherte Person eine Rente wegen voller Erwerbsminderung von der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht. Zudem muss die versicherte Person in gesunden Tagen mindestens sechs Stunden am Tag gearbeitet haben.

Die Überbrückungshilfe ist in Textform zu beantragen. Sie kann nur dann beantragt werden, wenn zeitgleich Leistungen infolge Berufsunfähigkeit beantragt werden. Als Nachweis für die Überbrückungshilfe genügt die Übermittlung der Mitteilung des Krankenversicherers über die Leistungseinstellung.

Die Überbrückungshilfe kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden.

Wenn Ausschlüsse zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes vertraglich vereinbart sind, dann gelten diese Ausschlüsse auch für Leistungen bei Überbrückungshilfe.

Der Anspruch auf Überbrückungshilfe entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Krankentagegeldzahlungen des privaten Krankenversicherers bzw. die Krankengeldzahlungen des gesetzlichen Versicherers entfallen. Geht uns diese Entscheidung erst nach der Leistungseinstellung zu, so entsteht der Anspruch auf Überbrückungshilfe erst mit Beginn des Monats des Zugangs, sofern zu diesem Zeitpunkt noch Versicherungsschutz besteht. Dies gilt nicht, wenn die verspätete Meldung ohne schuldhaftes Versäumnen der versicherten Person erfolgt ist.

Der Anspruch auf Überbrückungshilfe besteht bis zu dem Ablauf des Monats unserer Leistungsentscheidung, maximal jedoch für sechs Monate. Der Anspruch auf Überbrückungshilfe endet ferner, wenn die versicherte Person stirbt oder die Leistungsdauer der Versicherung endet. Ein Anspruch auf Überbrückungshilfe besteht nicht, wenn wir für den Zeitraum der Überbrückungshilfe Leistungen infolge Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erbringen oder erbracht haben.

Bei einer rückwirkenden Anerkennung von Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit rechnen wir erbrachte Überbrückungshilfe auf diese Leistungen an. Ergibt unsere Prüfung, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, müssen als Überbrückungshilfe erbrachte Leistungen nicht zurückgezahlt werden.

Die Zahlung einer Überbrückungshilfe ist nicht mit einer Leistungsanerkennung der Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit gleichzusetzen. Wenn wir eine Überbrückungshilfe zahlen, können wir auch bezogen auf die Überbrückungshilfe unsere Rechte aufgrund einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht geltend machen (siehe Abschnitt „Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?“).

1.2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?

Hinweis:

Unter dem Abschnitt „Änderung der Bedingungen für versicherte Personen, die als letzte Tätigkeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit oder anderer leistungsbegründender Umstände keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben“ finden Sie Abweichungen von den Absätzen 1.2.1 bis 1.2.6 und 1.2.11

1.2.1 Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch einfach oder altersentsprechend), was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, ihrer vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistungen.

1.2.2 Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1.2.1 liegt auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit wegen Infektionsgefahr ganz oder teilweise fortzuführen (Tätigkeitsverbot nach § 31 Infektionsschutzgesetz (IfSG)) und sich dieses Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt. Zum Nachweis des Vorliegens eines Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

Liegt ein solches Tätigkeitsverbot nicht vor, wird die Ansteckungsgefahr nach objektiven Kriterien und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft beurteilt. Im Zweifel wird dazu ein entsprechendes Gutachten eingeholt.

1.2.3 Übt die versicherte Person jedoch eine andere, ihrer Ausbildung oder Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut konkret aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.

Als entsprechend wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich abweichenden Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei in der Regel eine Einkommensminderung von 20% oder mehr gegenüber dem jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, wobei die individuellen Gegebenheiten sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung zu berücksichtigen sind. Im begründeten Einzelfall kann auch eine unter 20% liegende Einkommensminderung unzumutbar sein. Auf eine abstrakte Verweisung wird verzichtet.

1.2.4 Die Leistungspflicht des Versicherers bleibt allerdings auch erhalten, wenn die versicherte Person durch Erlangung von neuen Kenntnissen und Fähigkeiten eine andere berufliche Tätigkeit, die nicht einer Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut entspricht, ausübt. In diesem Fall liegt weiterhin Berufsunfähigkeit i.S. dieses Vertrages vor.

1.2.5 Hat die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit auf Weisung des Arbeitgebers eine andere Tätigkeit ausgeübt, so wird auf Wunsch der versicherten Person die vorherige Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit berücksichtigt. Auf eine abstrakte Verweisung wird verzichtet.

1.2.6 Bei einer als niedergelassener oder freiberuflicher Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut tätigen versicherten Person setzt Berufsunfähigkeit zusätzlich voraus, dass sie außerstande ist, durch zumutbare Umorganisation ihres Arbeitsplatzes oder ihres Tätigkeitsbereichs sowie durch Zuweisung betrieblich anfallender Arbeitsabläufe an Mitarbeiter, sich ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das mindestens 50%ige Berufsunfähigkeit ausschließt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann, nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert. Die Stellung als Praxis- oder Apothekeninhaber muss erhalten bleiben.

Wir verzichten bei Betrieben auf die Prüfung einer Umorganisation, wenn

- der Betrieb weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Als Mitarbeiter in diesem Sinne zählen ausschließlich Angehörige eines akademischen Heilberufes im Angestelltenverhältnis, oder
- die selbstständig oder freiberuflich tätige versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in ihrer täglichen Arbeitszeit zu mindestens 90% kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten in dem Betrieb ausübt.

1.2.7 War die versicherte Person zum Zeitpunkt der Leistungsbeeinträchtigung aus dem Beruf als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausgeschieden, so ist Maßstab für die Leistungsprüfung die zuletzt als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausgeübte Tätigkeit und ihre Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens. Abschnitt 1.2.5 gilt entsprechend. Ein Ausscheiden aus dem Berufsleben liegt nicht vor, wenn es sich nur um eine vorübergehende Unterbrechung der Berufsausübung von bis zu fünf Jahren handelt (z. B. wegen Mutterschutz, gesetzlicher Elternzeit, Arbeitslosigkeit). In diesen Fällen ist bei der Prüfung der Leistungsansprüche im Sinne der vorstehenden Absätze die vor der Unterbrechung ausgeübte berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut und die damit verbundene Lebensstellung maßgeblich.

Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor?

1.2.8 Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch einfach oder altersentsprechend), voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie zumindest bei einer der unten genannten Verrichtungen (Pflegepunkte) – auch bei Einsatz technischer oder medizinischer Hilfsmittel – täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen. Der Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn eine Prognose nicht möglich ist?“ gilt entsprechend.

1.2.9 Bewertungsmaßstab für die Feststellung der Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit sind Art und Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Für die Bewertung sind folgende Verrichtungen (Pflegepunkte) maßgebend:

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

Pflegebedürftigkeit liegt ferner 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.

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung.

Vorübergehende Verbesserungen führen nur dann zu einer veränderten Beurteilung, wenn sie länger als drei Monate andauern.

Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge mittelschweren oder schweren Demenz vor?

1.2.10 Berufsunfähigkeit infolge Demenz liegt vor, bei mittelschweren oder schweren Hirnleistungsstörungen (Definition siehe unten), die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden, wenn als deren Folge die versicherte Person voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich selbst oder andere sonst erheblich gefährden würde.

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

Die Diagnose einer mittelschweren oder schweren Demenz ist durch einen Facharzt (Neurologie) auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5, Global Deterioration Scale – GDS, Einteilung der Demenz in sieben Grade, Stand 08/2014) nach Reisberg vorliegen. Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden. Leichte oder mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere oder schwere Demenz im oben genannten Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

Wann liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn eine Prognose nicht möglich ist?

1.2.11 Kann nicht festgestellt werden, dass ein Zustand gemäß den vorstehenden Absätzen voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen andauern wird, gilt es als Berufsunfähigkeit von Beginn an, wenn der entsprechend beeinträchtigende Zustand tatsächlich länger als sechs Monate andauert hat.

Ergänzende Bestimmungen zum Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ für freiwillig Wehrdienst Leistende, Leistende des Bundesfreiwilligendienstes, Auszubildende und Studenten

1.2.12 Bei Personen, die den Freiwilligen Wehrdienst (FWD) oder den Bundesfreiwilligendienst (BFD) ableisten, liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch einfach oder

altersentsprechend), was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, seine vorherige Tätigkeit auszuüben und, wenn die versicherte Person noch keiner Tätigkeit nachgegangen ist, eine Berufsausbildung oder ein Studium aufzunehmen.

1.2.13 Bei Auszubildenden liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch einfach oder altersentsprechend), was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, die begonnene Berufsausbildung fortzusetzen. Beginnt die versicherte Person eine neue Berufsausbildung und erreicht mit dieser einen vergleichbaren Ausbildungsstand wie mit der vorhergehenden Berufsausbildung, liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor. Ergreift die versicherte Person ohne erneute Berufsausbildung einen Beruf und erreicht eine dem ursprünglich erzielten Ausbildungsstand vergleichbare Lebensstellung, liegt ebenfalls keine Berufsunfähigkeit mehr vor. Hat die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit mindestens die Hälfte der vorgesehenen Ausbildungszeit absolviert, wird auf die Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung abgestellt, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss einer solchen Berufsausbildung verbunden ist.

1.2.14 Bei Studenten liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch einfach oder altersentsprechend), was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, ihr Studium an einer Hochschule, Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung fortzusetzen.

Für Studenten der Medizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin oder der Pharmazie gilt ergänzend folgende Regelung: Ist mindestens die Hälfte der Regelstudienzeit nach Studienordnung absolviert und ist die Regelstudienzeit um nicht mehr als fünf Semester überschritten, liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch einfach oder altersentsprechend), was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, eine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt bzw. Apotheker auszuüben.

1.3 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird und welche Mitwirkungspflichten bestehen?

Nachweise und Pflichten im Leistungsfall

1.3.1 Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung und ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person verlangen.

1.3.2 Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Dabei sind uns von der Anspruch stellenden Person unverzüglich insbesondere folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, 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, bzw. der Pflegebedürftigkeit oder der Demenz;
- c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, ihre Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- d) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- e) bei Berufsunfähigkeit infolge Demenz eine Demenzeinstufung aufgrund der Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, ausgestellt durch eine Pflegeeinrichtung oder von einem Arzt, sowie ein Testat des behandelnden Arztes;
- f) bei Berufsunfähigkeit nach Absatz 1.2.2 zusätzlich die Verfügung der zuständigen Behörde im Original oder amtlich beglaubigt;
- g) eine Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder vergleichbarer Leistungsbegründender Umstände geltend machen könnte,
 - über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat die Anspruch stellende Person zu tragen.

1.3.3 Auf unsere Kosten können wir außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere auch zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen durch Angehörige von nichtärztlichen Heilberufen und über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person (z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen) sowie ihre jeweiligen Veränderungen.

Wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält, können wir verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die allgemein üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class sowie die Unterbringung in einem 4-Sterne Hotel. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen. Sofern sich die versicherte Person in Deutschland aufhält, übernehmen wir ebenfalls die angefallenen Untersuchungskosten sowie die allgemein üblichen Reise- und Aufenthaltskosten.

Die versicherte Person hat Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, bei denen sie in den letzten zehn Jahren vor Antragsstellung untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt hat, zu ermächtigen, uns auf Verlangen sachdienliche Auskunft zu erteilen. Alternativ hat die versicherte Person uns diese erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen.

Weiterhin hat die versicherte Person ihre bisherigen Arbeitgeber zu ermächtigen, uns auf Verlangen sachdienliche Auskunft über die finanziellen Gegebenheiten und über die Ausgestaltung der konkreten Tätigkeit zu erteilen. Alternativ hat die versicherte Person uns diese erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen.

Ist die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit selbstständig tätig, so sind uns auf Verlangen alle erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen, die für die Prüfung benötigt werden, ob der Betrieb der versicherten Person, in dem sie selbstständig tätig ist, so umorganisiert werden kann, dass die Fortdauer der selbstständigen Tätigkeit möglich ist.

1.3.4 Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende und behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Berufsunfähigkeit grundsätzlich nicht entgegen. Die versicherte Person ist jedoch im Rahmen der allgemeinen Schadenminderungspflichten angehalten, zumutbaren Anweisungen ihrer Ärzte zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten.

Zumutbar sind Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem sichere Aussicht auf Besserung des Gesamtzustandes bieten. Dabei handelt es sich um Maßnahmen wie die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

Pflichten bei laufender Rentenzahlung

1.3.5 Bei laufenden Rentenzahlungen haben wir das Recht, in einem den Umständen nach angemessenen Zeitabstand ein amtliches Zeugnis darüber zu verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

Pflichten im Todesfall

1.3.6 Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich mitzuteilen.

1.3.7 Für die Erbringung einer Leistung im Todesfall ist eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende, Sterbeurkunde vorzulegen.

Leistungszahlung in ein Land außerhalb der EU

1.3.8 Wenn Sie bei Abschluss des Versicherungsvertrages Ihren im Versicherungsvertrag genannten Wohnsitz innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes hatten und die Zahlung von Versicherungsleistungen in einen Staat außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes wünschen, erfolgt die Überweisung der Versicherungsleistung auf Kosten und Gefahr des Empfangsberechtigten.

Zu Unrecht empfangene Leistungen

1.3.9 Zu Unrecht empfangene Leistungen sind unverzüglich an uns zurückzuzahlen.

1.4 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflichten?

1.4.1 Bis zur Erfüllung der Mitwirkungspflichten der Abschnitte „Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?“ und „Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird und welche Mitwirkungspflichten bestehen?“ können wir Versicherungsleistungen zurückbehalten. Dies gilt auch, wenn wir aufgrund Widerrufs oder Einschränkung der erteilten Schweigepflichtenbindung und/oder Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung gehindert sind, unsere Leistungspflicht zu prüfen.

1.4.2 Nach Erfüllung der Mitwirkungspflichten sind wir grundsätzlich nur für die Zeiträume zur Leistung verpflichtet, für die uns das Vorliegen des Versicherungsfalles nachgewiesen ist.

1.4.3 Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten arglistig nicht erfüllt wurden, sind wir leistungsfrei.

1.4.4 Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten vorsätzlich nicht erfüllt wurden, sind wir leistungsfrei. Unsere Leistungspflicht bleibt aber insoweit bestehen, als die Verletzung für die Feststellung weder des Versicherungsfalles, noch des Umfangs der Leistungspflicht ursächlich war.

1.4.5 Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten grob fahrlässig nicht erfüllt wurden, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dass die Fahrlässigkeit nicht grob war, muss der Versicherungsnehmer nachweisen. Der zweite Satz des vorstehenden Absatzes gilt entsprechend.

1.4.6 Die teilweise oder vollständige Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

1.5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

1.5.1 Nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterlagen erklären wir innerhalb von höchstens einer Woche in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Solange entscheidungserhebliche Unterlagen fehlen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

1.5.2 Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus. Wir können aber in begründeten Einzelfällen, in denen einem endgültigen Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen, einmalig ein auf maximal zwölf Monate zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Anschließend wird die Berufsunfähigkeit erneut beurteilt.

1.6 Müssen Sie bis zur Leistungsentscheidung Beiträge erbringen?

1.6.1 Wenn Sie eine Leistung beantragt haben, müssen Sie bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

1.6.2 Sie können verlangen, dass wir die Beiträge für mögliche Zeiten unserer Leistungspflicht stunden und hierfür keine Stundungszinsen erheben. Die während der Leistungsprüfung gestundeten Beiträge sind unverzüglich nachzahlen, wenn die Leistungsablehnung ausgesprochen oder eine ggf. binnen drei Monaten eingeleitete gerichtliche Auseinandersetzung mit der Bestätigung der Leistungsablehnung beendet wird. Sie können verlangen, dass die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung oder durch Verrechnung mit den Gewinnanteilen der Hauptversicherung, soweit vorhanden, getilgt werden. Sollte die Tilgung auf diesem Wege nicht möglich sein, teilen wir Ihnen das unverzüglich mit. Außerdem können Sie die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 48 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen erheben wir in diesem Fall nicht.

1.7 Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?

Hinweis:

Unter der Überschrift „Änderung der Bedingungen für versicherte Personen, die als letzte Tätigkeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit oder anderer leistungsbegründender Umstände keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben“ finden Sie Abweichungen von den Absätzen 1.7.1 bis 1.7.3

Nachprüfung

1.7.1 Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen des Versicherungsfalles gemäß dem Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ sowie das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. 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.

Zu den sachdienlichen Auskünften zählen insbesondere Erklärungen zu:

- Beginn, Ursache, Art, Verlauf der Krankheit, Störungen des Heilungsprozesses,
- medizinischen Behandlungen und gesundheitsrelevanten Lebensumständen,
- der beruflichen Tätigkeit und den wirtschaftlichen und steuerlichen Verhältnissen der versicherten Person sowohl vor dem Eintritt des Versicherungsfalles als auch deren Veränderungen bis zur aktuellen Nachprüfung.

Die Bestimmungen des Abschnittes „Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird und welche Mitwirkungspflichten bestehen?“ gelten entsprechend.

1.7.2 Wir können erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit im Sinne von Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ konkret ausübt, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. durch Umschulung bzw. Fort- oder Weiterbildung) zu berücksichtigen sind.

Wiedereingliederungs- und Umorganisationshilfe

1.7.3 Im Einzelfall können Sie eine Wiedereingliederungs- bzw. eine Umorganisationshilfe beantragen,

- wenn durch Aneignung neuer Kenntnisse und Fähigkeiten eine neue berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut konkret ausgeübt werden kann und
- diese auch der Lebensstellung im Sinne von Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.

Eine Umorganisationshilfe für einen als niedergelassenen oder freiberuflichen tätigen Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut erbringen wir im Einzelfall:

- wenn die Umorganisation im Sinne des Abschnittes „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ betrieblich sinnvoll ist, d. h. sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann und
- wenn die Lebensstellung (Stellung als Praxis- oder Apothekeninhaber) der vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht, d. h. nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert.

Grundvoraussetzung für die Zahlung von Wiedereingliederungs- oder Umorganisationshilfe ist außerdem, dass eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert ist, aus der noch mindestens zwölf Monate Leistungen fließen.

Ein Anspruch auf Wiedereingliederungs- oder Umorganisationshilfe besteht jedoch nicht.

Mitteilungspflicht bei Änderungen

1.7.4 Sofern Sie Leistungen aus diesem Vertrag erhalten oder beantragt haben, müssen Sie uns die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit unverzüglich mitteilen.

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Pflegebedürftigkeit

1.7.5 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.

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Pflegebedürftigkeit

1.7.6 Ist die Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit weggefallen, gilt der vorstehende Absatz entsprechend.

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Demenz

1.7.7 Ist die Berufsunfähigkeit infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz weggefallen oder hat sich der Umfang der Demenz auf einen Schweregrad von weniger als fünf nach Reisberg (GDS 5) reduziert, gilt Abschnitt „Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?“, Absatz „Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Berufsunfähigkeit“ entsprechend.

1.8 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?

Überschüsse können sich aus unterschiedlichen Quellen ergeben; sie werden – wie nachfolgend beschrieben – ermittelt und verteilt.

Überschussquellen

1.8.1 Überschüsse können entstehen, wenn der Verlauf des versicherten Risikos günstiger ist (Risikoüberschuss) und/oder die Kosten niedriger ausfallen (Kostenüberschuss), als bei der Tarifkalkulation angenommen. An diesen Überschüssen beteiligen wir die Versicherungsnehmer angemessen in der jeweils aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Höhe.

Überschussermittlung

1.8.2 Überschüsse aus Kapitalanlageerträgen werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Ermittlung der Risiko- und Kostenüberschüsse erfolgt auf der Grundlage des Jahresabschlusses unter Vergleich des tatsächlichen mit dem erwarteten Risiko- und Kostenverlauf aller bei uns bestehenden Versicherungen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen. 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.

1.8.3 Die Höhe der sich zum Ende eines jeden Geschäftsjahres ergebenden Bewertungsreserven wird im Lagebericht unseres Geschäftsberichtes ausgewiesen.

Überschussverteilung

1.8.4 Die Erträge unserer Kapitalanlagen verwenden wir zunächst zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. An den Kosten- und Risikoüberschüssen beteiligen wir die Verträge der Versicherungsnehmer in der jeweils aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Höhe. Soweit die Überschüsse nicht unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben werden (Direktgutschrift), führen wir sie der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zu. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes sowie zur Verlustabdeckung und zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen

(§ 140 Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG). Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

1.8.5 Eine Beteiligung an Überschüssen kann in Form einer laufenden Beteiligung und/oder einer einmaligen Ausschüttung bei Fälligkeit der Versicherungsleistung erfolgen.

1.8.6 Eine Beteiligung der einzelnen Versicherungsnehmer an den Bewertungsreserven erfolgt gemäß § 153 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verursachungsorientiert.

Bei der Berechnung der dem einzelnen Vertrag zustehenden verteilungsfähigen Bewertungsreserve werden die Laufzeit und die Höhe des zins erzeugenden Kapitals berücksichtigt. Die Ihrem Vertrag zuzuordnenden vorhandenen Bewertungsreserven werden monatlich neu ermittelt und unterliegen Schwankungen. Bei Beendigung der Versicherung (durch Ablauf, Tod oder Kündigung) teilen wir den für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelten Betrag Ihrer Versicherung zur Hälfte zu.

Überschusshöhe

1.8.7 Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden und kann gegebenenfalls auch ganz entfallen. Sie hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind – allein schon wegen der langen Vertragslaufzeit – nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Bei der Ermittlung, Feststellung und Verteilung der Überschüsse auf die einzelnen Versicherungen steht uns im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ein Ermessensspielraum zu.

Bestandsgruppen

1.8.8 Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zur Bildung von Überschüssen bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bei deren Bildung berücksichtigen wir derzeit beispielsweise

- das versicherte Risiko (z. B. Tod, Langlebigkeit, Berufsunfähigkeit),
- die Art der Kapitalanlage (z. B. konventionell, fondsgebunden).

Die Verteilung der Überschüsse auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu ihrer Entstehung beigetragen haben. Des Weiteren berücksichtigen wir insbesondere

- die Grundlagen der Beitragskalkulation (z. B. Rechnungszins, Sterbetafel),
- die Art des Versicherungsvertrages (z. B. laufende Beitragszahlung, Einmalbeitrag),
- die Kapitalmarktverhältnisse.

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, der Ihr Vertrag zugeordnet ist. Das ist im Einzelgeschäft die Bestandsgruppe 114, im Kollektivgeschäft die Bestandsgruppe 125.

Überschussbeteiligung vor Eintritt des Versicherungsfalles

1.8.9 Die Überschussbeteiligung vor Eintritt des Versicherungsfalles kann sich zusammensetzen aus:

- dem jährlichen Zinsüberschussanteil in Prozent des Deckungskapitals,
- dem jährlichen Kostenüberschussanteil in Prozent des Bruttobeitrages, und
- dem jährlichen Risikoüberschussanteil in Prozent des Risikobeitrages.

1.8.10 Bis zur Zuteilung von Überschüssen bestehen bei den Überschussystemen Leistungsfallbonus und Beitragsverrechnung keine Wartezeiten.

Überschussbeteiligung nach Eintritt des Versicherungsfalles

1.8.11 Die Überschussbeteiligung nach Eintritt des Versicherungsfalles kann aus dem jährlichen Zinsüberschussanteil in Prozent des Deckungskapitals bestehen.

1.8.12 Überschüsse nach Eintritt des Versicherungsfalles können jährlich zugeteilt werden. Die Zuteilung erfolgt erstmals nach Ablauf eines Jahres seit Versicherungsbeginn. Dies gilt aber nur dann, wenn seit Leistungsanerkennung zu diesem Zeitpunkt sechs Monate vergangen sind. Ansonsten erfolgt die Zuteilung ein Jahr später.

Überschussssysteme

1.8.13 Folgende Überschussssysteme können – abhängig von dem mit Ihnen vereinbarten Tarif – gewählt werden:

Vor Eintritt des Versicherungsfalles:

- Leistungsfallbonus: Die im Leistungsfall fällige Rente wird um einen bestimmten Prozentsatz erhöht und zusammen mit dieser ausgezahlt. Solange der Leistungsfall noch nicht eingetreten ist, wird der für den Leistungsfallbonus maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) jährlich neu festgesetzt, er kann ggf. auch Null betragen. Bei Beginn der Rentenzahlung wird der aktuelle Prozentsatz verbindlich festgelegt, damit ist die Höhe der Rente aus dem Leistungsfallbonus für die weitere Dauer der Berufsunfähigkeit garantiert.

- Beitragsverrechnung: Die Überschussanteile werden mit dem Tarifbeitrag der Versicherung verrechnet, so dass sich ein geringerer zu zahlender Beitrag ergibt.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles:

- Dynamische Gewinnrente: Die Rente kann sich um einen jährlich neu festgelegten Prozentsatz erhöhen. Dies ist nicht garantiert und hängt von der Überschussentwicklung ab.

Welches Überschussystem Sie gewählt haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

1.8.14 Haben Sie das Überschussystem „Leistungsfallbonus“ gewählt und der Leistungsfall ist noch nicht eingetreten, gilt folgendes:

Sollte der für den Leistungsfall maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) künftig herabgesetzt werden, sind Sie berechtigt, innerhalb von drei Monaten, nachdem wir Sie über die Herabsetzung informiert haben, zum Herabsetzungstermin die versicherte Rente gegen einen zusätzlichen Beitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung so zu erhöhen, dass der bisherige Versicherungsschutz einschließlich der Rente aus dem Leistungsfallbonus wieder erreicht wird.

1.9 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

1.9.1 Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag geschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Der Versicherungsschutz entfällt bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (siehe Abschnitte „Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?“ und „Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?“).

1.9.2 Ist mit Ihnen ein vorläufiger Versicherungsschutz vereinbart, wird dieser durch die Regelungen im vorstehenden Absatz nicht berührt.

1.9.3 Der Versicherungsschutz beginnt stets um 12.00 Uhr mittags.

1.10 Wer erhält die Versicherungsleistungen?

An wen leisten wir?

1.10.1 Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, der die Leistungen zustehen sollen (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Der Widerruf ist wirksam, wenn er uns vor Eintritt des Versicherungsfalles zugegangen ist.

Unwiderrufliches Bezugsrecht

1.10.2 Sie können ausdrücklich bestimmen, dass die bezugsberechtigte Person die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. Sobald wir eine solche Erklärung von Ihnen erhalten haben, kann dieses unwiderrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung der Person aufgehoben oder eingeschränkt werden, der Sie es eingeräumt haben.

Abtretung/Verpfändung

1.10.3 Soweit dies unter Berücksichtigung der Pfändungsschutzvorschriften zulässig ist, können Sie Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag abtreten oder verpfänden. Unsere Bestätigung, dass wir die Abtretung oder Verpfändung berücksichtigen werden, ist gebührenpflichtig. Die gegenwärtige Höhe dieser Gebühr können Sie der Tabelle „Gebühren für besondere Leistungen“ entnehmen.

1.10.4 Alle in den vorstehenden Absätzen genannten Verfügungen sind wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. In den Fällen, in denen die Rechtswirksamkeit Ihrer Verfügung von der Einverständniserklärung oder von sonstigen Rechtshandlungen eines Dritten abhängt (beispielsweise, weil Sie vorher schon ein unwiderrufliches Bezugsrecht eingeräumt oder die Versicherung abgetreten haben), gilt das auch für die Erklärungen bzw. Rechtshandlungen des Dritten.

1.11 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1.11.1 Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Versicherungsfall gekommen ist.

1.11.2 Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:

a) Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Dagegen besteht Versicherungsschutz, wenn

– der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war (z. B. im Rahmen humanitärer Hilfeleistungen, wie bspw. Ärzte ohne Grenzen);

– die versicherte Person als Angehöriger der Deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich beauftragter Organisationen an deren rein humanitären Hilfeleistungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland teilnimmt und während oder infolge derartiger Einsätze der Versicherungsfall eintritt;

b) Durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat oder eines Vergehens durch die versicherte Person. Bei Verkehrsdelikten und fahrlässigen Verstößen leisten wir trotzdem;

c) Durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung; hingegen besteht Versicherungsschutz, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freien Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;

d) Durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich den Versicherungsfall bei der versicherten Person herbeigeführt haben;

e) Durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;

f) Unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen geeignet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Die Einschränkung unserer Leistungspflichten nach e) und f) besteht nur dann, wenn es sich um Großschadensereignisse handelt, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen gefährden. Die Gefährdung muss dabei zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führen, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies ist der Fall, wenn mehr als 1‰ des Versichertenbestandes davon betroffen ist. Das Vorliegen der Voraussetzungen muss von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt werden. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf der Prüfung fällig.

Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu erbringen.

1.11.3 Bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder bei arglistiger Täuschung kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen entfallen. Die Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zu den Rechtsfolgen von deren Verletzung finden Sie im Abschnitt „Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?“.

1.12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

1.12.1 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.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

1.12.2 Haben Sie oder die versicherte Person Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben (vgl. vorstehenden Absatz), nicht oder nicht richtig angegeben, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde. 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, geschlossen hätten.

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 – unabhängig vom Bestehen eines Ursachenzusammenhangs – zur Leistung nicht verpflichtet.

Wird der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben, erlischt der Vertrag ohne dass eine Leistung fällig wird. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

1.12.3 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

1.12.4 Kündigen wir die Versicherung, besteht kein Versicherungsschutz. Auch die Rückzahlung der geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Rückwirkende Vertragsanpassung

1.12.5 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden diese anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden diese anderen Bedingungen ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. 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 von Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung

1.12.6 Die in den vorstehenden Absätzen genannten Rechte stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen diese Rechte innerhalb eines Monats ausüben. 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.

Wir können uns auf diese Rechte allerdings nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bei Vertragsschluss kannten.

Diese Rechte können wir innerhalb von fünf Jahren und, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben, innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Fristen eingetreten sind, können wir unsere Rechte ohne diese zeitliche Beschränkung ausüben. Die Ausübung dieser Rechte erfolgt durch 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.

1.12.7 Haben Sie bzw. die versicherte Person die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht der Kündigung und zur Vertragsanpassung.

Anfechtung

1.12.8 Falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehatscheidung Einfluss genommen worden ist, können wir den Vertrag wegen arglistiger Täuschung auch anfechten. Handelt es sich um Angaben der (mit-)versicherten Person(-en), können wir die Anfechtung Ihnen gegenüber erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

Mit Zugang unserer Anfechtungserklärung ist der Versicherungsvertrag von Anfang an nichtig. Dies hat zur Folge, dass zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz bestand. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Ausübung der Anfechtung

1.12.9 Die Anfechtung müssen wir innerhalb eines Jahres ab Kenntnis der arglistigen Täuschung schriftlich ausüben. Die Anfechtung können wir nur innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss erklären.

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.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

1.12.10 Die vorvertragliche Anzeigepflicht und die aus der Verletzung dieser Pflicht resultierenden Rechte nach den vorstehenden Absätzen gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die in den vorstehenden Absätzen genannten Fristen gelten mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils.

2 Beiträge

2.1 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?

Ihre Beiträge dienen der Abdeckung des von uns versicherten Risikos (Risikobeitrag). Darüber hinaus decken sie Abschluss- und Verwaltungskosten.

Näheres zu den Kosten entnehmen Sie bitte dem Abschnitt „Welche Kosten und Gebühren fallen an und wie werden sie ausgeglichen?“.

2.2 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

2.2.1 Ihre Versicherungsbeiträge sind je nach Vereinbarung in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag) oder durch jährliche, halbjährliche, vierteljährliche oder monatliche Beitragszahlungen (laufende Beitragszahlung) zu entrichten.

Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Bei laufender Beitragszahlung ist ein Wechsel der Beitragszahlungsweise mit einer Frist von einem Monat zum Ende einer jeden Versicherungsperiode möglich. Die Höhe der Beiträge hängt von der gewählten Beitragszahlungsweise ab. Die tariflichen Leistungen bleiben von dem Wechsel der Beitragszahlungsweise unberührt.

2.2.2 Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist abweichend von der gesetzlichen Regelung (§ 152 Absatz 3 VVG) unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

2.2.3 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 Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, 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. Hierfür berechnen wir eine Gebühr. Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Gebühr können Sie der Tabelle „Gebühren für besondere Leistungen“ entnehmen. Die Gebühr für die fehlgeschlagene Lastschriftabbuchung entfällt oder verringert sich, wenn und insoweit Sie uns nachweisen, dass uns aus der fehlgeschlagenen Lastschriftabbuchung kein oder ein wesentlich niedrigerer Schaden erwächst.

2.2.4 Die Übermittlung der Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Kosten.

2.2.5 Etwaige Beitragsrückstände werden wir mit dem Überschussguthaben oder einer fälligen Versicherungsleistung verrechnen. Bis zur Verrechnung erheben wir die im Abschnitt „Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?“ genannten Verzugszinsen.

2.2.6 Die Beiträge sind längstens bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer zu entrichten. Bei Tod der versicherten Person sind sie bis zum Ende des Beitragszahlungsabschnittes zu entrichten, in dem der Tod eingetreten ist.

2.3 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsbeitrag

2.3.1 Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie haben die nicht rechtzeitige Zahlung nachweislich nicht zu vertreten. Wir können eine angemessene Geschäftsgebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages (Geschäftsgebühr nach § 39 Absatz 1 Satz 3 VVG) erheben. Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Gebühr können Sie der Tabelle „Gebühren für besondere Leistungen“ entnehmen.

Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nachweislich nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

2.3.2 Zahlen Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir in der Mahnung ausdrücklich hinweisen. Für jede Mahnung berechnen wir eine Gebühr. Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Gebühr können Sie der Tabelle „Gebühren für besondere Leistungen“ entnehmen. Diese Gebühr entfällt oder verringert sich, wenn und insoweit Sie uns nachweisen, dass uns durch die Mahnung kein oder ein wesentlich niedrigerer Schaden erwächst.

Verzugsfolgen

2.3.3 Für Beiträge, mit denen Sie in Verzug sind, berechnen wir Verzugszinsen in gesetzlicher Höhe (Bürgerliches Gesetzbuch), mindestens aber in Höhe des Zinssatzes, den wir für die Gewährung von Policendarlehen für konventionelle Rentenversicherungen in der Privatversorgung durchschnittlich erheben. Soweit die Zinsen nicht gesondert in Rechnung gestellt und ausgeglichen werden, werden wir sie mit dem Überschussguthaben oder einer fälligen Versicherungsleistung verrechnen. Die Verzugsfolgen treten nur ein, wenn Sie den Verzug zu verantworten haben.

Die Verzugsfolgen treten nur ein, wenn Sie den Verzug zu verantworten haben.

3 Gestaltungsmöglichkeiten

3.1 Welche Möglichkeiten haben Sie bei vorübergehenden Beitragszahlungsschwierigkeiten?

Haben Sie vorübergehend Schwierigkeiten, den vollen Beitrag zu zahlen (z.B. wegen Arbeitslosigkeit, Erziehungsurlaub o.ä.), möchten aber Ihren Versicherungsschutz nicht verlieren, stehen Ihnen folgende Möglichkeiten offen:

Änderung der Beitragszahlungsweise

3.1.1 Sie können bei laufender Beitragszahlung eine Änderung der Beitragszahlungsweise zum Ablauf der Versicherungsperiode mit einer Frist von einem Monat verlangen. Es gilt der Abschnitt „Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?“.

Stundung der Beiträge

3.1.2 Wenn es Ihnen vorübergehend nicht möglich ist Ihre Beiträge zu zahlen, können Sie mit uns vereinbaren, Ihre Beiträge bis zu 24 Monate ganz oder teilweise auszusetzen (Stundung), wenn die nach Ablauf der Stundung verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens zwei Jahre beträgt.

Voraussetzung für eine Stundung ist, dass Sie die Beiträge für die ersten zwölf Monate vollständig bezahlt haben, sich der Vertrag noch nicht im Mahnverfahren gemäß § 38 VVG befindet und nicht von Ihnen gekündigt bzw. beitragsfrei gestellt wurde. Sieht die Versicherung einen abgesenkten Anfangsbeitrag vor, kann während des Zeitraums mit abgesenktem Anfangsbeitrag keine Stundung durchgeführt werden. Die Stundung beginnt frühestens, wenn Ihr nächster Beitrag fällig ist. Wir berechnen für eine Stundung Zinsen. Die Höhe der Zinsen richtet sich nach den Zinssätzen, die zu Beginn der Stundung gültig sind. Die aktuellen Zinssätze teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

Während der Dauer der Stundung finden keine dynamischen Erhöhungen Ihres Vertrages statt.

In folgenden Fällen berechnen wir keine Zinsen:

- Sie befinden sich in der gesetzlichen Elternzeit,
- Sie nehmen ein Sabbatical (Sabbatjahr) oder
- Sie sind erwerbsgemindert oder pflegebedürftig.

Der Stundungszeitraum für ein Sabbatical ist für die gesamte Beitragszahlungsdauer auf zwölf Monate begrenzt.

Als Nachweis benötigen wir zum Beispiel einen Bescheid eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers oder Versorgungswerks oder einen Nachweis des Arbeitgebers. Wenn keiner der genannten Fälle mehr zutrifft, müssen Sie uns darüber informieren. Für die weitere Stundung berechnen wir dann Zinsen.

Wenn der vereinbarte Zeitraum für die Stundung endet, informieren wir Sie über die Höhe Ihres Stundungskontos. Sie können den offenen Betrag wie folgt ausgleichen:

- Vollständig in einem Betrag oder
- in gleichmäßigen Raten von höchstens 48 Monaten, jedoch niemals länger als die noch verbleibende Beitragszahlungsdauer nach Ablauf der Stundung.

Die Raten können Sie jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zahlen. Eine Rate muss mindestens 25,- EUR betragen.

Sie sollten innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Information beginnen, den offenen Betrag auszugleichen. Sofern Ihnen die Zahlung des gestundeten Betrages zuzüglich Stundungszinsen nicht möglich ist, werden wir etwaige Beitragsrückstände mit dem Überschussguthaben oder einer fälligen Versicherungsleistung verrechnen. Wenn das Guthaben nicht ausreicht, um den offenen Betrag auszugleichen, werden wir den offenen Betrag anmahnen; unter Umständen erlischt dann der Versicherungsschutz (s. Ziffern 2.3.2 ff.).

Eine neue Stundung ist erst möglich, wenn Sie den offenen Betrag vollständig ausgeglichen haben.

Beginn- und Ablaufverlegung

3.1.3 Sie können beantragen, dass der Beginn der Versicherung um die Anzahl der Monate nach hinten verlegt wird, für die keine Beiträge gezahlt wurden. Hierdurch kann sich, sofern sich der Versicherungsbeginn in ein neues Kalenderjahr verschiebt, aufgrund des höheren Eintrittsalters der versicherten Person ein anderer, auch höherer Beitrag ergeben.

Die Beginn- und Ablaufverlegung ist nur im ersten Versicherungsjahr, nur einmal und auch nur möglich, wenn seit Vertragsabschluss noch keine Vertragsänderung erfolgt ist. Sie darf ausschließlich zum Ausgleich bestehender Beitragsrückstände erfolgen und nur, wenn die Beitragszahlung sofort wieder aufgenommen wird.

Wir werden Ihrem Antrag stattgeben, wenn keine gewichtigen versicherungs-technischen Gründe, z. B. Überschreitung des zulässigen versicherbaren Endalters der versicherten Person oder Unterschreitung der Mindestrente, entgegenstehen.

Beitragsfreistellung

3.1.4 Eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung ist ausgeschlossen. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

3.2 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?

Sie können Ihre Versicherung ganz oder teilweise jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

Die Kündigung muss in Textform erfolgen.

Kündigung

3.2.1 Mit der Kündigung erlischt die Versicherung, ohne dass eine Leistung fällig wird, d. h. es besteht kein Rückkaufwert.

Teilkündigung

3.2.2 Eine Teilkündigung Ihrer Versicherung ist nur wirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige versicherte Rente monatlich 50,- Euro nicht unterschreitet und der verbleibende Beitrag 180,- Euro jährlich nicht unterschreitet. Ist die Kündigung wegen Unterschreitens dieser Mindestbeiträge unwirksam und wollen Sie Ihre Versicherung beenden, müssen Sie eine neue Kündigung aussprechen.

3.2.3 Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor der Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

3.3 Was gilt bei einem Einstieg in das Berufsleben?

3.3.1 Ist die versicherte Person bei Versicherungsbeginn Student, Referendar, Auszubildender oder Beamtenanwärter hat sie das Recht, eine Bessereinstufung der bei Antragsstellung zugrunde gelegten Berufsgruppe ohne erneute Gesundheitsüberprüfung zu verlangen. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- die versicherte Person hat ihre Ausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder ihr Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule oder ihr Referendariat erfolgreich abgeschlossen;
- die versicherte Person nimmt eine zeitlich unbefristete berufliche Tätigkeit auf;
- die entsprechende Beantragung der Bessereinstufung in Textform erfolgt bis spätestens sechs Monate nach Abschluss ihrer Ausbildung, ihres Studiums, ihres Referendariats bzw. Aufnahme der erstmaligen beruflichen Tätigkeit. Sofern eine Probezeit vereinbart ist, muss diese erfolgreich beendet sein und die Frist von sechs Monaten beginnt nach Ablauf der Probezeit;
- die Versicherung hat maximal vor fünf Jahren begonnen;
- die ausgeübte Tätigkeit lässt, nach den gültigen Grundlagen der Tarifierung, eine Bessereinstufung zu.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, erfolgt eine Berufsgruppeneinstufung nach der dann ausgeübten Tätigkeit. Die Bessereinstufung erfolgt jedoch 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. Bereits vereinbarte Leistungsausschlüsse und Zuschläge bleiben bestehen.

Sofern eine Verlängerung der Versicherungs- und Leistungsdauer gewünscht wird, erfolgt eine erneute Gesundheitsüberprüfung.

3.3.2 Eine Erhöhung der versicherten Rente ist im Rahmen einer anlassabhängigen Erhöhung (beruflicher Anlass) möglich:

- Erfolgreicher Abschluss der Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder des Studiums an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule und Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit.

Hierbei sind die in den „Bedingungen für die Ausübung von Optionen“ aufgeführten Regelungen zu beachten.

4 Allgemeine Bestimmungen

4.1 Welche Kosten und Gebühren fallen an und wie werden sie ausgeglichen?

Welche Kosten werden durch Ihre Beiträge gedeckt?

4.1.1 Ihre Beiträge dienen der Abdeckung des von uns versicherten Risikos (Risikobeitrag).

Darüber hinaus decken sie folgende Kosten:

- Abschlusskosten
Diese umfassen unmittelbar zurechenbare Aufwendungen, wie insbesondere Abschlussvergütungen an die Versicherungsvermittler (Vertriebskosten), Aufwendungen für die Aufnahme des Vertrages in den Versicherungsbestand und Aufwendungen für die Risikoprüfung im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages. Sie umfassen auch mittelbar zurechenbare Aufwendungen, wie insbesondere Produktentwicklungskosten, allgemeine Werbeaufwendungen und Aufwendungen im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung und Policierung.
- Verwaltungskosten
Diese umfassen insbesondere die Aufwendungen für den Beitragseinzug, die Bestandsverwaltung und für die Regulierung von Versicherungsfällen. Ein Teil dieser Verwaltungskosten wird in Abhängigkeit von der Höhe Ihres Beitrags kalkuliert, ein anderer Teil fällt als fester Betrag für Ihren Vertrag an (Stückkosten).

Wie werden die Kosten verrechnet?

4.1.2 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 Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV i.V.m. § 169 Absatz 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.

Sieht Ihr Vertrag eine laufende Beitragszahlung über weniger als fünf Jahre vor, werden die Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die in diesem Zeitraum gezahlten Beiträge verteilt.

Welche Gebühren werden nicht von den Beiträgen gedeckt?

4.1.3 Sollten Sie Leistungen oder Geschäftsvorfälle veranlassen, die über die gewöhnliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen, können wir Ihnen Gebühren in Rechnung stellen. Diese Leistungen und Geschäftsvorfälle sowie die Höhe der derzeit erhobenen Gebühren entnehmen Sie bitte der Tabelle

„Gebühren für besondere Leistungen“. Für Leistungen und Geschäftsvorfälle, die es zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch nicht gibt und die über die gewöhnliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen, können wir weitere Gebührentatbestände einführen und deren Höhe unter Berücksichtigung des tatsächlichen durchschnittlichen Verwaltungsaufwandes und nach billigem Ermessen festsetzen. Soweit die Gebühren nicht gesondert in Rechnung gestellt und ausgleichend werden, werden wir sie mit dem Überschussguthaben oder einer fälligen Versicherungsleistung verrechnen. Die Gebühren entfallen oder verringern sich, wenn und insoweit Sie uns nachweisen, dass die der pauschalen Berechnung zugrunde gelegten Aufwände nicht oder nicht in dem unserer Berechnung zugrundeliegenden Umfang anfallen.

4.2 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

4.2.1 Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen und Leistungen in Empfang zu nehmen.

4.2.2 Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

4.3 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

Änderung der Postanschrift und Namensänderung

4.3.1 Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls 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.

4.3.2 Bei Änderung Ihres Namens gilt vorstehender Absatz entsprechend.

Kosten für Recherche

4.3.3 Wird es aus von Ihnen zu vertretenden Gründen erforderlich, dass wir Ihre aktuelle Anschrift recherchieren müssen, erheben wir hierfür eine Gebühr. Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Gebühr können Sie der Tabelle „Gebühren für besondere Leistungen“ entnehmen. Diese Gebühr entfällt, wenn und insoweit Sie uns nachweisen, dass uns aus der fehlenden Mitteilung kein oder ein wesentlich niedrigerer Schaden erwächst.

Nennung eines Zustellungsbevollmächtigten bei Auslandsaufenthalten

4.3.4 Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns in Ihrem Interesse eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

4.3.5 Sie können jederzeit von uns Kopien der Erklärungen fordern, die Sie in Bezug auf Ihren Vertrag abgegeben haben.

4.4 Welches Recht findet Anwendung, was haben Sie bei Meinungsverschiedenheiten zu beachten und wo ist der Gerichtsstand?

4.4.1 Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

4.4.2 Bevor Sie einen Anspruch gegen uns gerichtlich geltend machen, können Sie, wenn Sie dies wünschen, den Beirat der Gesellschaft anrufen. Ihr Antrag muss dem Beirat bis zum Ablauf von drei Monaten seit dem Eingang unseres ablehnenden Bescheides zugegangen sein. Der Beirat ist berechtigt, uns innerhalb von sechs Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist, zu empfehlen, unseren ablehnenden Bescheid abzuändern. Sehen wir uns außerstande, der Empfehlung zu folgen, oder sind Sie auch mit unserem abgeänderten Bescheid nicht einverstanden, können Sie jederzeit den Anspruch auf die Leistung gerichtlich geltend machen.

4.4.3 Beschränken sich die Meinungsverschiedenheiten auf die Frage, ob, in welchem Grad oder von welchem Zeitpunkt an die Berufsunfähigkeit vorliegt, entscheidet anstelle des Gerichts ein Ärzteausschuss, wenn sich beide Seiten darauf einigen. Der Ansprucherhebende muss sich innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Leistungsentscheidung äußern, ob er das Verfahren vor dem Ärzteausschuss wünscht.

4.4.4 Lässt der Ansprucherhebende die Sechsmonatsfrist verstreichen, ohne dass er entweder Ansprüche gerichtlich geltend macht oder das Verfahren vor dem Ärzteausschuss verlangt, sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen.

4.4.5 Für die Zusammensetzung, das Verfahren und die Kosten des Ärzteausschusses gelten die folgenden Regeln:

a) Zusammensetzung

Der Ärzteausschuss setzt sich zusammen aus zwei Ärzten, von denen jede Partei einen benennt, und einem Obmann. Dieser wird von den beiden von den Parteien benannten Ärzten gewählt. Es soll ein in der Begutachtung der Berufsunfähigkeit erfahrener Arzt sein, der nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer der Parteien steht. Einigen sich die von den Parteien gewählten Ärzte nicht binnen eines Monats auf einen Obmann, wird dieser auf Antrag einer Partei vom Präsidenten der für den letzten inländischen Wohnsitz der versicherten Person zuständigen (Landes-) Ärztekammer benannt. Hat die versicherte Person keinen inländischen

Wohnsitz, ist die für den Sitz des Versicherers zuständige Ärztekammer maßgebend. Benennt eine Partei ihr Ausschussmitglied nicht binnen eines Monats, nachdem sie von der anderen Partei hierzu aufgefordert ist, wird dieses Ausschussmitglied gleichfalls durch den Präsidenten der (Landes-) Ärztekammer benannt.

b) Verfahren

Nach Bildung des Ausschusses bitten wir den Obmann, das Verfahren durchzuführen und übersenden ihm die erforderlichen Unterlagen. Der Obmann bestimmt im Benehmen mit den beiden Ausschussmitgliedern Ort und Zeit des Zusammentritts und benachrichtigt hiervon mindestens eine Woche vor dem Termin die Parteien. Er kann sich wegen weiterer Aufklärung des Sachverhalts an die Parteien wenden. In der Sitzung ist die versicherte Person, soweit möglich, zu hören und erforderlichenfalls zu untersuchen. Erscheint die versicherte Person unentschuldig nicht, kann der Ausschuss aufgrund der Unterlagen entscheiden. Die Entscheidung ist schriftlich zu begründen und vom Obmann zu unterzeichnen.

c) Kosten

Ist die Entscheidung des Ärzteausschusses für uns ungünstiger als unser bisheriges Leistungsangebot, übernehmen wir die Kosten des Ärzteausschusses in voller Höhe, anderenfalls hat der Ansprucherhebende diese Kosten selbst zu tragen. Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Kosten können Sie der Tabelle „Gebühren für besondere Leistungen“ entnehmen.

4.4.6 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem Sitz der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person und wohnen in Deutschland, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

4.4.7 Sind Sie eine natürliche Person und wohnen in Deutschland, 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. Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können wir Sie vor dem für unseren Sitz zuständigen Gerichtsstand verklagen. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

4.4.8 Andere nach deutschem Recht begründete Gerichtsstände werden durch diese Vereinbarung nicht ausgeschlossen.

4.5 Gibt es Möglichkeiten zur außergerichtlichen Streitbeilegung?

Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie als Verbraucher zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann anzurufen:

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632

10006 Berlin

Telefon: 0800/3696000

Fax: 0800/3699000

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Webseite: www.versicherungsombudsmann.de

Das geht aber nur, solange in der gleichen Angelegenheit kein Rechtsstreit anhängig ist. Das Schlichtungsverfahren ist bis zu einem Beschwerdewert von 100.000,- Euro möglich und für Sie kostenfrei.

Mit unserem Beitritt zum Versicherungsombudsmann e.V. haben wir uns zur Teilnahme an Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann verpflichtet.

4.6 Unter welchen Voraussetzungen können wir die vereinbarten Beiträge neu festsetzen oder Bestimmungen für Ihre Versicherung ändern?

4.6.1 Unter den Voraussetzungen von § 163 VVG sind wir berechtigt, den Beitrag neu festzusetzen oder die Versicherungsleistung herabzusetzen. Sollte eine Erhöhung der Beiträge erforderlich sein, können Sie stattdessen die Herabsetzung der Versicherungsleistung verlangen.

Eine Neufestsetzung des Beitrages oder Herabsetzung der Versicherungsleistung können wir nur vornehmen, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die weiteren Voraussetzungen nach § 163 Absatz 1 Nr. 1 und 2 VVG überprüft und bestätigt hat.

Änderungen nach § 163 VVG werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem wir Sie davon benachrichtigt haben.

4.6.2 Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir unter den Voraussetzungen des § 164 VVG diese durch eine neue Regelung ersetzen. Eine neue Regelung wird zwei Wochen nach Mitteilung wirksam.

4.7 Wann verjähren Ihre Ansprüche?

4.7.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Versicherungsleistung verlangt werden kann und die Anspruch stellende Person von den Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

4.7.2 Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung der Anspruch stellenden Person

in Textform zugeht. Der Zeitraum zwischen der Anmeldung und dem Zugang unserer Entscheidung bleibt damit bei der Berechnung der Frist unberücksichtigt.

Anhang

Änderungen der Bedingungen für versicherte Personen, die als letzte Tätigkeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit oder anderer Leistungsbegründender Umstände keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben.

Abweichend von Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ Absätze 1.2.1 bis 1.2.6 und 1.2.11 sowie von Abschnitt „Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?“ Absätze 1.7.1 bis 1.7.3 gelten die folgenden Bestimmungen (alle sonstigen Regelungen dieser Bedingungen gelten entsprechend):

1.2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?

1.2.1 Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch einfach oder altersentsprechend), was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihrer vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

1.2.2 Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1.2.1 liegt auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit wegen Infektionsgefahr ganz oder teilweise fortzuführen (Tätigkeitsverbot nach § 31 Infektionsschutzgesetz (IfSG)) und sich dieses Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt. Zum Nachweis des Vorliegens eines Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

Liegt ein solches Tätigkeitsverbot nicht vor, wird die Ansteckungsgefahr nach objektiven Kriterien und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft beurteilt. Im Zweifel wird dazu ein entsprechendes Gutachten eingeholt.

1.2.3 Übt die versicherte Person jedoch eine andere, ihrer Ausbildung oder Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit konkret aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Als entsprechend wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich abweichenden Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei in der Regel eine Einkommensminderung von 20% oder mehr gegenüber dem jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, wobei die individuellen Gegebenheiten sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung zu berücksichtigen sind. Im begründeten Einzelfall kann auch eine unter 20% liegende Einkommensminderung unzumutbar sein.

Auf eine abstrakte Verweisung wird verzichtet.

1.2.4 Bei einer selbstständig oder freiberuflich tätigen versicherten Person setzt Berufsunfähigkeit zusätzlich voraus, dass sie außerstande ist, durch zumutbare Umorganisation ihres Arbeitsplatzes oder ihres Tätigkeitsbereichs sowie durch Zuweisung betrieblich anfallender Arbeitsabläufe an Mitarbeiter, sich ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das mindestens 50%ige Berufsunfähigkeit ausschließt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann, nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert. Die Stellung als Betriebsinhaber muss erhalten bleiben.

Wir verzichten bei Betrieben auf die Prüfung einer Umorganisation, wenn

- der Betrieb weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Als Mitarbeiter in diesem Sinne zählen ausschließlich aus- oder angelernte Angestellte, Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt;
- die selbstständig oder freiberuflich tätige versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in ihrer täglichen Arbeitszeit zu mindestens 90% kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten in dem Betrieb ausübt.

1.2.5 Wird die versicherte Person nach Ausscheiden aus dem Berufsleben berufsunfähig und werden dann Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, kommt es bei der Anwendung der Absätze 1.2.1 bis 1.2.4 darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben entspricht. Ausscheiden aus dem Berufsleben liegt nicht vor, wenn es sich nur um eine vorübergehende Unterbrechung der Berufsausübung von bis zu fünf Jahren handelt (z. B. wegen Mutterschutz, gesetzlicher Elternzeit, Arbeitslosigkeit). In diesen Fällen ist bei der Prüfung der Leistungsansprüche im Sinne der Absätze 1.2.1 bis 1.2.4 der vor der Unterbrechung ausgeübte Beruf und die damit verbundene Lebensstellung maßgeblich.

Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit vor?

1.2.6 Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch einfach oder altersentsprechend) voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist,

dass sie für mindestens eine der unten genannten Verrichtungen (Pflegepunkte) – auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel – täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen. Absatz „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Prognose nicht möglich ist?“ gilt entsprechend.

Wann liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Prognose nicht möglich ist?

1.2.11 Kann nicht festgestellt werden, dass ein Zustand gemäß den vorstehenden Absätzen voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen andauern wird, gilt es als Berufsunfähigkeit von Beginn an, wenn der entsprechend beeinträchtigende Zustand tatsächlich länger als sechs Monate angedauert hat.

1.7 Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?

Nachprüfung

1.7.1 Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen des Versicherungsfalles sowie das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. 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. Zu den sachdienlichen Auskünften zählen insbesondere Erklärungen zu:

- Beginn, Ursache, Art, Verlauf der Krankheit, Störungen des Heilungsprozesses,
- medizinischen Behandlungen und gesundheitsrelevanten Lebensumständen,
- der beruflichen Tätigkeit und den wirtschaftlichen und steuerlichen Verhältnissen der versicherten Person sowohl vor dem Eintritt des Versicherungsfalles als auch deren Veränderungen bis zur aktuellen Nachprüfung.

Die Bestimmungen des Abschnittes „Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird und welche Mitwirkungspflichten bestehen?“ gelten entsprechend.

1.7.2 Wir können erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit im Sinne von Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ konkret ausübt, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. durch Umschulung, Fort- oder Weiterbildung) zu berücksichtigen sind.

Wiedereingliederungs- und Umorganisationshilfe

1.7.3 Im Einzelfall können Sie eine Wiedereingliederungs- bzw. eine Umorganisationshilfe beantragen,

- wenn durch Aneignung neuer Kenntnisse und Fähigkeiten eine neue berufliche Tätigkeit konkret ausgeübt werden kann und
- diese auch der Lebensstellung im Sinne von Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.

Eine Umorganisationshilfe für eine selbständige oder freiberuflich tätige, versicherte Person erbringen wir im Einzelfall:

- wenn die Umorganisation im Sinne von Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ betrieblich sinnvoll ist, d. h. sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann und
- wenn die Lebensstellung (Stellung als Betriebsinhaber) der vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht, d. h. nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert.

Grundvoraussetzung für die Zahlung von Wiedereingliederungs- oder Umorganisationshilfe ist außerdem, dass eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert ist, aus der noch mindestens zwölf Monate Leistungen fließen.

Ein Anspruch auf Wiedereingliederungs- oder Umorganisationshilfe besteht jedoch nicht.

Ergänzende Bedingungen für die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Haben Sie die Absicherung der Arbeitsunfähigkeit mitversichert, was Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen können, gelten ergänzend die nachfolgenden Regelungen:

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Arbeitsunfähigkeit?

(1) Leistungsumfang

Haben Sie „Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit“ vereinbart und wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung arbeitsunfähig im Sinne von § 2 dieser ergänzenden Bedingung, erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Zahlung einer Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente
- b) volle Befreiung von der Beitragspflicht

Die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit entsprechen der Höhe nach den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit setzt zudem voraus, dass auch Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt worden sind.

Der Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit bedingt nicht automatisch auch einen Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Beide Leistungen werden unabhängig voneinander geprüft und bewilligt.

(2) Leistungsdauer

Die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir, solange

- die versicherte Person ununterbrochen arbeitsunfähig ist und
- die vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für Leistungen bei Berufsunfähigkeit oder für eine Überbrückungshilfe nicht geendet hat und
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder keine Überbrückungshilfe erbringen und
- die versicherte Person lebt.

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden jeweils befristet für den Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit vorgelegt werden.

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir über die gesamte Vertragslaufzeit für maximal 24 Monate. Zeiträume, für die wir bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, werden auf den maximalen Leistungszeitraum von 24 Monaten angerechnet.

Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch V stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar. Bei Mitgliedern einer privaten Krankenkasse stellt eine Teilarbeitsunfähigkeit nur dann keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar, wenn die Arbeitsunfähigkeit mit mindestens 50% bescheinigt wird. Diese erkennen wir für höchstens sechs Wochen an.

Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, erbringen wir mit Beginn des nächsten Monatsersten nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit eingestellt.

§ 2 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn

- für die versicherte Person für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens vier Monaten Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen gemäß § 4 Absätze 1 bis 3 dieser ergänzenden Bedingung ausgestellt wurden und ein Facharzt das Fortdauern der Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende eines insgesamt sechs Monate ununterbrochenen Zeitraums bescheinigt oder
- für die versicherte Person für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Monaten Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen gemäß § 4 Absätze 1 bis 3 dieser ergänzenden Bedingung ausgestellt wurden.

(2) Wird die versicherte Person innerhalb von sechs Monaten nach Wegfall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung wieder ununterbrochen arbeitsunfähig geschrieben, beginnt die Frist von sechs Monaten im Sinne von Ziffer 1 nicht erneut zu laufen.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne diese Bedingungen liegt nicht vor, falls zur Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit von anderer Seite bereits die Vorlage einer amts- bzw. schulärztlichen Bescheinigung verlangt oder ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) erstellt wurde und das entsprechende Nachprüfungsverfahren das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt hat.

§ 3 Wann entsteht bzw. wann endet der Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit?

(1) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in den der Beginn der Arbeitsunfähigkeit fällt, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn der Berufsunfähigkeitsversicherung. Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit besteht zudem nur, wenn auch Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt worden sind.

(2) Der Anspruch endet mit Beginn des Monats, in dem Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Überbrückungshilfe erbracht werden oder mit Ablauf des Monats, in den die letzte Krankmeldung fällt.

(3) Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Überbrückungshilfe erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit oder Überbrückungshilfe ist ausgeschlossen.

(4) Wenn Berufsunfähigkeit vorliegt oder Überbrückungshilfe erbracht wird, werden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Überbrückungshilfe mit den in diesem Zeitraum bereits vorher erbrachten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verrechnet. Auf den maximal 24-monatigen Leistungszeitraum wegen Arbeitsunfähigkeit werden dann diese Zeiträume, für die ursprünglich Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, nicht angerechnet.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person, wenn Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit verlangt werden?

(1) Zur Beantragung von Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit sind uns unverzüglich auf Kosten des Ansprucherhebenden die folgenden Unterlagen einzureichen:

Für Personen, für die ein gesetzlicher Anspruch auf Entgeltfortzahlung, ein Anspruch auf Krankengeld oder eine Anzeigepflicht der Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Agentur für Arbeit besteht: Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen entsprechend der in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen.

Für andere Personen (z.B. Selbständige ohne gesetzlichen Krankengeldanspruch oder nicht erwerbstätige Personen) entsprechende privatärztliche Atteste, wie etwa Bescheinigungen zur Beantragung von Krankentagegeld, Dienstunfähigkeitsbescheinigungen oder Bescheinigungen zur Beurlaubung vom Unterricht aus gesundheitlichen Gründen.

Soweit vorliegend, amts- bzw. schulärztliche Bescheinigungen sowie Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

(2) Die Bescheinigungen müssen von einem in der EU oder Nordamerika zugelassenen und praktizierenden Arzt ausgestellt worden sein. Praktiziert der Arzt nicht in dem Land, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz oder ihren Arbeitsplatz hat, behalten wir uns vor, eine Bescheinigung durch einen zu benennenden unabhängigen, dort ansässigen Arzt zu verlangen.

(3) Die Bescheinigungen müssen die der Arbeitsunfähigkeit zugrundeliegenden Diagnosen entsprechend den aktuellen in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen (Diagnoseschlüssel entsprechend der jeweils geltenden internationalen Klassifikation – ICD) enthalten. Mindestens eine der Bescheinigungen muss von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein.

(4) Der Antrag auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit kann auch schon gestellt werden, wenn die Arbeitsunfähigkeit noch keine sechs Monate andauert, frühestens jedoch sechs Wochen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit. In diesem Fall müssen mit dem Leistungsantrag Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen nur für den Zeitraum ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zum Zeitpunkt der Antragstellung eingereicht werden, die übrigen Bescheinigungen sind nachzureichen, sobald ein Zeitraum von sechs Monaten erreicht ist.

§ 5 Was gilt für die Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit?

(1) Wenn wir Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person nachzuprüfen. Dazu können wir verlangen, dass uns Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen gemäß § 4 Absätzen 1 und 2 dieser ergänzenden Bedingung eingereicht werden, die belegen, dass nach wie vor eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person vorliegt.

(2) Wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit beziehen oder einen Antrag auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit gestellt haben, müssen Sie uns unverzüglich informieren, wenn keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.

§ 6 Sonstige Regelungen

(1) Sie können die Vereinbarung zur Arbeitsunfähigkeit jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform kündigen. Voraussetzung ist, dass keine Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden oder beantragt sind. Ein Rückkaufswert wird bei Kündigung nicht fällig.

(2) Soweit nichts anderes geregelt ist, gelten die Regelungen der Berufsunfähigkeits-Versicherung entsprechend. Dies gilt insbesondere für die Regelungen und Folgen bei vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung und für das Nachprüfungsverfahren.

(3) Soweit in Ihrem Versicherungsschein geregelt ist, dass bestimmte Ursachen und Umstände bei der Ermittlung der Berufsunfähigkeit nicht berücksichtigt werden, so gilt dies auch bei Arbeitsunfähigkeit.

Versicherungsmathematische Hinweise

Für die Ermittlung der Beiträge, die erforderlich sind, um die Versicherungsleistungen zu erbringen, haben wir als Rechnungszins 0,9 Prozent p.a. angesetzt und folgende unternehmenseigene geschlechtsunabhängige Wahrscheinlichkeitstafeln verwendet:

- Sterbetafel „DÄV 2019T_BU“
- Invalidisierungstafel „DÄV 2019I_BU“
- Invalidensterbetafel „DÄV 2019TI_BU“
- Reaktivierungstafel „DÄV 2019 RI_BU“

Bei Leistungserhöhungen (zum Beispiel durch dynamische Anpassung) berechnen wir die hinzukommenden Leistungen in der Regel mit den Rechnungsgrundlagen, die wir bei Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegt haben. Wir sind allerdings berechtigt, den Erhöhungen die Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde zu legen. Sofern wir die Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde legen, werden wir Sie hierüber informieren.

Glossar

Anzeigepflichtverletzung

Bei Antragstellung obliegen Ihnen Anzeigepflichten. Diese verletzen Sie, wenn Sie oder die versicherte Person unvollständige und/oder falsche Angaben machen. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn Sie unsere Gesundheitsfragen falsch beantworten. Anzeigepflichten obliegen Ihnen auch im Laufe des Vertrages, z.B. bei Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person bei anerkannter Berufsunfähigkeit. Die Verletzung dieser Anzeigepflichten kann mit erheblichen Nachteilen für Sie verbunden sein.

Arglist

Liegt vor, wenn bewusst falsche Angaben gemacht werden oder Informationen verschwiegen werden mit dem Vorsatz, uns in die Irre zu führen. Sie handeln arg-

listig, wenn Sie bei uns vorsätzlich einen Irrtum hervorrufen, um uns zur Abgabe einer Willenserklärung zu veranlassen. Diese Täuschung kann durch Vorspiegelung falscher Tatsachen, aber auch durch einfaches Verschweigen einer Tatsache hervorgerufen werden. Hierzu müssen Sie wissen, oder es zumindest in Erwägung ziehen, dass die vorgespiegelten Tatsachen falsch sind.

Ausbildung

Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder Laufbahnausbildung für Beamte.

Beitragszahlungsdauer

Zeitraum, in dem Sie vertraglich verpflichtet sind, die Beiträge für Ihren Vertrag zu zahlen.

Bezugsberechtigter

Im Vertrag bestimmte Person, welche im Versicherungsfall die Leistungen erhalten soll.

Deckungsrückstellung

Versicherer sind gesetzlich verpflichtet, für ihre Verpflichtungen gegenüber ihren Versicherungsnehmern Deckungsrückstellungen zu bilden. Sie entsprechen dem Betrag, der bereitgestellt werden muss, damit zusammen mit künftigen Versicherungsbeiträgen die garantierten Versicherungsleistungen finanziert werden können.

Erklärungen

Sind Mitteilungen, die mindestens in Textform erfolgen müssen und einen rechtlichen Charakter haben können. Beispiel: Mitteilung zu Änderung des Bezugsberechtigten, Beantragung einer Beitragsfreistellung oder Kündigung.

Geschäftsbericht

Der Geschäftsbericht enthält u. a. die deklarierten Überschüsse für das jeweilige Geschäftsjahr. Er kann über unsere Internetseite www.aerzteversicherung.de eingesehen werden.

grob fahrlässig

Sie handeln grob fahrlässig, wenn Sie die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maß nicht beachten. Dies ist auch der Fall, wenn Sie schon einfachste, ganz naheliegende Überlegungen nicht anstellen.

juristische Personen

Eine rechtlich selbständige Vereinigung von Personen oder eine Vermögensmasse, die Träger von Rechten und Pflichten sein und daher am Rechtsverkehr teilnehmen kann. Deshalb kann sie zum Beispiel Verträge abschließen. Eine GmbH ist ein Beispiel für eine juristische Person.

Kostenüberschüsse

Entstehen, wenn die Kosten niedriger sind, als wir bei der Kalkulation des Tarifes angenommen haben.

Laufende Überschüsse/Überschussbeteiligung

Sie werden regelmäßig, z. B. jährlich, neu festgelegt. Die laufenden Überschüsse fließen in Ihr Vertragsvermögen und erhöhen dieses.

Leistungsdauer

Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Mitwirkungspflichten

Bei der Feststellung von Leistung aus dieser Versicherung sind wir auf das Mitwirken von Ihnen, der versicherten Person und dem Anspruchsteller angewiesen. Sie haben z. B. die Pflicht, die von uns für die Leistungsprüfung benötigten Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Rechnungsgrundlagen

Als Rechnungsgrundlagen bezeichnet man die verwendeten Parameter, die den versicherungsmathematischen Berechnungen zugrunde liegen.

Rechnungszins

Der Rechnungszins ist der Zinssatz, der für die Finanzierung der garantierten Leistungen erforderlich ist.

Risikoprüfung

Die Risikoprüfung wird zur individuellen Risikoeinstufung durchgeführt. Sie besteht aus der Gesundheitsprüfung und weiteren Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person (z. B. Beruf, Tätigkeitsmerkmale, ausgeübte Sportarten, Hobbys und Rauchverhalten) sowie der finanziellen Angemessenheitsprüfung.

Risikoüberschüsse

Entstehen, wenn der Verlauf des versicherten Risikos günstiger ist als bei der Kalkulation des Tarifes angenommen.

RfB Rückstellung für Beitragsrückerstattung

Wir führen einen Teil der Überschüsse zunächst der Rückstellung für die Beitragsrückerstattung zu. Hieraus erfolgt ggf. zu einem späteren Zeitpunkt die einzelvertragliche Überschussbeteiligung Ihres Vertrages im Rahmen der laufenden Überschussbeteiligung und des Schlussüberschusses. Würden die Gewinne direkt den einzelnen Verträgen zugeordnet, könnte deren Gewinnbeteiligung von Jahr zu Jahr beträchtlich schwanken.

Studium

Gemeint ist ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule.

Stundung

Sie können unter bestimmten Voraussetzungen für eine begrenzte Zeit die Zahlung Ihrer Beiträge aussetzen. Der Versicherungsschutz bleibt während dieser Zeit bestehen. Die nicht gezahlten Beiträge müssen Sie später verzinst nachzahlen.

Textform

Ihre Mitteilungen an uns genügen der Textform, wenn sie als E-Mail oder Fax versandt werden. Ein unterschriebener Brief ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Überschüsse

Überschüsse ergeben sich aus Gewinnen, die aus unterschiedlichen Quellen stammen können. Diese sind: Kostenüberschüsse, Zinsüberschüsse und Risikoüberschüsse.

unverzüglich

Bedeutet ohne schuldhaftes Zögern, d. h. so schnell wie möglich.

versicherte Person

Die im Vertrag bezeichnete Person, für die wir Versicherungsschutz gewähren. In der Privatversorgung können Sie als Versicherungsnehmer oder auch eine dritte Person sein. Fallen Versicherungsnehmer und versicherte Person auseinander, bedarf es der Zustimmung der versicherten Person zum Vertrag.

Versicherungsdauer

Wenn innerhalb dieses Zeitraums der Versicherungsfall (Berufsunfähigkeit) eintritt, erbringen wir unsere Leistung.

Versicherungsfall

Ist der Auslöser dafür, dass wir eine vertraglich vereinbarte Leistung zahlen. Zum Beispiel: Die versicherte Person wird berufsunfähig.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem Beginndatum der Versicherung um 12:00 Uhr und beträgt einen Zeitraum von genau 12 Monaten. Das bedeutet, dass alle folgenden Versicherungsjahre zu diesem Zeitpunkt beginnen oder enden. Beginnt beispielsweise eine Versicherung zum 01.04., dann endet das Versicherungsjahr am 31.03. des folgenden Jahres. Ein Versicherungsjahr beginnt und endet immer um 12:00 Uhr des jeweiligen Tages.

Versicherungsnehmer

Sind Sie als unser Vertragspartner. Dieser ist im Versicherungsschein genannt und erhält diesen.

Versicherungsschein

Auch Police genannt – Urkunde über den Versicherungsvertrag. Sie gibt Auskunft über die wesentlichen Vertragsinhalte. Sie benötigen diese Urkunde, wenn Sie Ihre Ansprüche auf Leistungen aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

vorsätzlich

Sie handeln vorsätzlich, wenn sie den Eintritt eines Ereignisses für sicher oder zumindest für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen bzw. herbeiführen oder verhindern wollen.

Zinsüberschüsse

Entstehen, wenn die Erträge unserer Kapitalanlagen höher sind, als der Betrag, den wir zur Finanzierung unsere garantierten Leistungen benötigen.

Versicherungsbedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung für Schüler

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
willkommen bei der Deutschen Ärzteversicherung!

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen. Sie haben sich für den Abschluss unserer Berufsunfähigkeitsversicherung entschieden. Sie sind als Versicherungsnehmer unser Vertragspartner. Die nachfolgenden Bedingungen informieren Sie ausführlich über Ihren Versicherungsschutz. Bitte heben Sie diese Unterlagen sorgfältig auf.

Unser Tipp: Im Bedingungstext haben wir wichtige Fachbegriffe abgedruckt. Erklärungen zu diesen Begriffen finden Sie im Glossar am Ende dieser Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

1 Leistungen	15
1.1 Welche Leistungen erbringen wir?.....	15
1.2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?	15
1.3 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird und welche Mitwirkungspflichten bestehen?.....	16
1.4 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflichten?.....	17
1.5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	17
1.6 Müssen Sie bis zur Leistungsentscheidung Beiträge erbringen?	17
1.7 Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?.....	17
1.8 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?	17
1.9 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?.....	18
1.10 Wer erhält die Versicherungsleistungen?.....	18
1.11 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	19
1.12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?.....	19
1.13 Was ist bei Beendigung der Schulausbildung zu beachten?.....	20
2 Beiträge	20
2.1 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?.....	20
2.2 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?.....	20
2.3 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?.....	20
3 Gestaltungsmöglichkeiten	21
3.1 Welche Möglichkeiten haben Sie bei vorübergehenden Beitragszahlungsschwierigkeiten?.....	21
3.2 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?	21
4 Allgemeine Bestimmungen	21
4.1 Welche Kosten und Gebühren fallen an und wie werden sie ausgeglichen?.....	21
4.2 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?.....	22
4.3 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen	22
4.4 Welches Recht findet Anwendung, was haben Sie bei Meinungsverschiedenheiten zu beachten und wo ist der Gerichtsstand?	22
4.5 Gibt es Möglichkeiten zur außergerichtlichen Streitbeilegung?.....	22
4.6 Unter welchen Voraussetzungen können wir die vereinbarten Beiträge neu festsetzen oder Bestimmungen für Ihre Versicherung ändern?	22
4.7 Wann verjähren Ihre Ansprüche?	23

Anhang

Versicherungsmathematische Hinweise

Glossar

1 Leistungen

1.1 Welche Leistungen erbringen wir?

Rentenzahlung und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit

1.1.1 Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung berufsunfähig (siehe Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“), erbringen wir – längstens für die vereinbarte Leistungsdauer – folgende Versicherungsleistungen:

- Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus und
- volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.

1.1.2 Die Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung ist der Zeitraum, in dem der Versicherungsschutz besteht. Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, in dem wir die vereinbarten Leistungen erbringen, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig geworden ist.

Rentenzahlung und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

1.1.3 Wir erbringen auch dann die volle Leistung, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit wird. Die Voraussetzungen hierfür sind geregelt in Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“, unter dem Absatz „Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor?“.

Beginn des Leistungsanspruches

1.1.4 Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eintritt. Abweichend kann für die Berufsunfähigkeitsrente ein aufgeschobener Leistungsbeginn individuell vereinbart sein. In diesem Fall beginnt die Leistung frühestens zu diesem Termin.

Ende des Leistungsanspruches

1.1.5 Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung erlischt, wenn Berufsunfähigkeit gemäß Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ nicht mehr vorliegt, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

Wiederaufleben der Leistung nach Ablauf der Versicherungsdauer

1.1.6 Ist die Leistungsdauer länger als die vereinbarte Versicherungsdauer und wurde die Leistung vor dem Ende der Leistungsdauer eingestellt, weil Berufsunfähigkeit gemäß des Abschnittes „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ nicht mehr vorliegt, lebt die Leistung innerhalb der Leistungsdauer wieder auf, sofern die versicherte Person wegen der ursprünglichen Ursache erneut mindestens sechs Monate ununterbrochen berufsunfähig wird. Die Bestimmungen des Abschnittes „Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?“ gelten entsprechend.

Weltweiter Versicherungsschutz

1.1.7 Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeitsversicherung besteht, sofern nichts anderes vertraglich vereinbart wurde, weltweit.

Sonstige Leistungen

1.1.8 Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe Abschnitt „Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?“).

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

1.1.9 Wir beraten und unterstützen Sie während der Vertragslaufzeit. Gerne stehen wir Ihnen auch telefonisch zur Verfügung, wenn Sie Fragen z. B. zum Versicherungsumfang, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung haben. Ebenso erhalten Sie Auskünfte zu erforderlichen Unterlagen, Nachweisen oder zur Beschreibung der beruflichen Tätigkeit und entsprechende Formulare.

1.2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?

1.2.1 Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich dauernd, d. h. für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens drei Jahren, zu mindestens 50 % außerstande ist, ihren vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, oder einer anderen Tätigkeit nachzugehen, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Als entsprechend wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich abweichenden Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und die auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richtet sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten gemäß der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

1.2.2 Eine versicherte Person, die das 55. Lebensjahr vollendet hat, gilt bereits dann als berufsunfähig, wenn sie infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich dauernd, d. h. für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens drei Jahren, zu mindestens 50 % außerstande ist, ihren vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen, es sei denn, sie übt eine andere, ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit konkret aus. Als entsprechend wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich abweichenden Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richtet sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten gemäß der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

1.2.3 Bei einer selbstständig oder freiberuflich tätigen versicherten Person setzt Berufsunfähigkeit zusätzlich voraus, dass sie außerstande ist, durch zumut-

bare Umorganisation ihres Arbeitsplatzes oder ihres Tätigkeitsbereichs sowie durch Zuweisung betrieblich anfallender Arbeitsabläufe an Mitarbeiter, sich ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das mindestens 50%ige Berufsunfähigkeit ausschließt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann, nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert. Die Stellung als Betriebsinhaber muss erhalten bleiben.

1.2.4 Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen beantragt, liegt Berufsunfähigkeit dann vor, wenn sie voraussichtlich dauernd, d.h. für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens drei Jahren, zu mindestens 50% außerstande ist, den zuletzt ausgeübten Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit für die Dauer bis zu fünf Jahren nach dem Ausscheiden gilt die vorher konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung. Nach Ablauf von fünf Jahren gilt eine Berufstätigkeit als zumutbar, die anhand der dann noch verwertbaren Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt wird oder ausgeübt werden könnte. Die Lebensstellung wird durch die dann ausgeübte oder mögliche Berufstätigkeit geprägt.

Welche besonderen Regelungen für den Versicherungsschutz gelten für Schüler?

1.2.5 Bei Schülern liegt der Versicherungsfall vor, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person durch Krankheiten, Behinderungen oder Unfallfolgen dauerhaft so beeinträchtigt ist, dass sie eine Schulausbildung ohne spezielle Förderung nicht fortsetzen kann (Schulunfähigkeit).

Eine Leistungspflicht besteht nur, wenn die Krankheit, Behinderung oder Unfallfolge ärztlich festgestellt wurde.

Eine spezielle Förderung ist anzunehmen, wenn sie über das übliche Standardmaß erheblich hinausgeht. Dies ist bei Sonderschulen oder vergleichbaren sonderpädagogischen Maßnahmen oder bei Inklusion in Regelschulen (gemeinsames Lernen von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderungen) regelmäßig der Fall. Das Wiederholen eines Schuljahres sowie ein Schulwechsel können daher eine Leistungspflicht nur auslösen, wenn zusätzlich dazu diese spezielle Förderung notwendig wird und die weiteren oben genannten Voraussetzungen vorliegen.

Spätestens zwölf Monate nach dem regulären Ende der Sonderschulausbildung bzw. der vergleichbaren sonderpädagogischen Ausbildungsmaßnahme wird das Fortbestehen der Leistungsvoraussetzungen neu geprüft. Die Leistungen werden weiter gezahlt, wenn die medizinischen Voraussetzungen der Schulunfähigkeit weiterhin bestehen und infolgedessen eine Berufsausbildung, ein Studium oder eine berufliche Tätigkeit nicht aufgenommen werden kann.

Hat die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt bereits eine Berufsausbildung, ein Studium oder eine berufliche Tätigkeit aufgenommen, wird das Fortbestehen der Leistungsvoraussetzungen gemäß Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ neu geprüft.

1.2.6 Tritt der Versicherungsfall nach Absatz 1.2.5 ein, erbringen wir die Leistung, solange die Voraussetzungen für die Schulunfähigkeit fortbestehen, längstens bis zur Aufnahme einer Berufsausbildung, eines Studiums oder einer beruflichen Tätigkeit. Dann erbringen wir eine Leistung nach Vorliegen der Berufsunfähigkeit gemäß Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“.

Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor?

1.2.7 Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall voraussichtlich dauernd, d.h. für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens drei Jahren so hilflos ist, dass sie für mindestens eine der unten genannten Verrichtungen (Pflegepunkte) – auch bei Einsatz technischer oder medizinischer Hilfsmittel – täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen. Der Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn eine Prognose nicht möglich ist?“ gilt entsprechend.

1.2.8 Bewertungsmaßstab für die Feststellung der Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit sind Art und Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Für die Bewertung sind folgende Verrichtungen (Pflegepunkte) maßgebend:

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

- 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 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.

Pflegebedürftigkeit liegt ferner 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.

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Verbesserungen führen nur dann zu einer veränderten Beurteilung, wenn sie länger als drei Monate andauern.

Wann liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn eine Prognose nicht möglich ist?

1.2.9 Kann nicht festgestellt werden, dass ein Zustand gemäß den vorstehenden Absätzen voraussichtlich dauernd, d.h. für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens drei Jahren andauern wird, gilt Berufsunfähigkeit von Beginn des siebten Monats an, wenn der entsprechend beeinträchtigende Zustand tatsächlich länger als sechs Monate andauert hat.

1.3 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird und welche Mitwirkungspflichten bestehen?

Nachweise und Pflichten im Leistungsfall

1.3.1 Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung und ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person verlangen.

1.3.2 Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Dabei sind uns von der Anspruch stellenden Person unverzüglich insbesondere folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalls;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, 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 der Pflegebedürftigkeit;
- c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, ihre Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- d) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- e) eine Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte,
 - über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat die Anspruch stellende Person zu tragen.

1.3.3 Auf unsere Kosten können wir außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere auch zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen durch Angehörige von nichtärztlichen Heilberufen und über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person (z.B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen) sowie ihre jeweiligen Veränderungen.

Wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält, können wir verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die allgemein üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class sowie die Unterbringung in einem 4-Sterne Hotel. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen. Sofern sich die versicherte Person in Deutschland aufhält, übernehmen wir ebenfalls die angefallenen Untersuchungskosten sowie die allgemein üblichen Reise- und Aufenthaltskosten.

Die versicherte Person hat Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, bei denen sie in den letzten zehn Jahren vor Antragsstellung untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt hat, zu ermächtigen, uns auf Verlangen sachdienliche Auskunft zu erteilen. Alternativ hat die versicherte Person uns diese erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen.

Weiterhin hat die versicherte Person ihre bisherigen Arbeitgeber zu ermächtigen, uns auf Verlangen sachdienliche Auskunft über die finanziellen Gegebenheiten und über die Ausgestaltung der konkreten Tätigkeit zu erteilen. Alternativ hat die versicherte Person uns diese erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen.

Ist die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit selbstständig tätig, so sind uns auf Verlangen alle erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen, die für die Prüfung benötigt werden, ob der Betrieb der versicherten Person, in dem sie selbstständig tätig ist, so umorganisiert werden kann, dass die Fortdauer der selbstständigen Tätigkeit möglich ist.

1.3.4 Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende und behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Berufsunfähigkeit grundsätzlich nicht entgegen. Die versicherte Person ist jedoch im Rahmen der allgemeinen Schadenminderungspflichten angehalten, zumutbaren Anweisungen ihrer Ärzte zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten.

Zumutbar sind Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem sichere Aussicht auf Besserung des Gesamtzustandes bieten. Dabei handelt es sich um Maßnahmen wie die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

Pflichten bei laufender Rentenzahlung

1.3.5 Bei laufenden Rentenzahlungen haben wir das Recht, in einem den Umständen nach angemessenen Zeitabstand ein amtliches Zeugnis darüber zu verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

Pflichten im Todesfall

1.3.6 Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich mitzuteilen.

1.3.7 Für die Erbringung einer Leistung im Todesfall ist eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende, Sterbeurkunde vorzulegen.

Leistungszahlung in ein Land außerhalb der EU

1.3.8 Wenn Sie bei Abschluss des Versicherungsvertrages Ihren im Versicherungsvertrag genannten Wohnsitz innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes hatten und die Zahlung von Versicherungsleistungen in einen Staat außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes wünschen, erfolgt die Überweisung der Versicherungsleistung auf Kosten und Gefahr des Empfangsberechtigten.

Zu Unrecht empfangene Leistungen

1.3.9 Zu Unrecht empfangene Leistungen sind unverzüglich an uns zurückzuzahlen.

1.4 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflichten?

1.4.1 Bis zur Erfüllung der Mitwirkungspflichten der Abschnitte „Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?“ und „Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird und welche Mitwirkungspflichten bestehen?“ können wir Versicherungsleistungen zurückbehalten. Dies gilt auch, wenn wir aufgrund Widerrufs oder Einschränkung der erteilten Schweigepflichtentbindung und/oder Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung gehindert sind, unsere Leistungspflicht zu prüfen.

1.4.2 Nach Erfüllung der Mitwirkungspflichten sind wir grundsätzlich nur für die Zeiträume zur Leistung verpflichtet, für die uns das Vorliegen des Versicherungsfalles nachgewiesen ist.

1.4.3 Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten arglistig nicht erfüllt wurden, sind wir leistungsfrei.

1.4.4 Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten vorsätzlich nicht erfüllt wurden, sind wir leistungsfrei. Unsere Leistungspflicht bleibt aber insoweit bestehen, als die Verletzung für die Feststellung weder des Versicherungsfalles, noch des Umfangs der Leistungspflicht ursächlich war.

1.4.5 Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten grob fahrlässig nicht erfüllt wurden, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dass die Fahrlässigkeit nicht grob war, muss der Versicherungsnehmer nachweisen. Der zweite Satz des vorstehenden Absatzes gilt entsprechend.

1.4.6 Die teilweise oder vollständige Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

1.5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

1.5.1 Nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterlagen erklären wir innerhalb von höchstens zehn Tagen in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Solange entscheidungserhebliche Unterlagen fehlen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

1.5.2 Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus. Wir können aber in begründeten Einzelfällen, in denen einem endgültigen Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen, einmalig ein auf maximal 36 Monate zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Anschließend wird die Berufsunfähigkeit erneut beurteilt.

1.6 Müssen Sie bis zur Leistungsentscheidung Beiträge erbringen?

1.6.1 Wenn Sie eine Leistung beantragt haben, müssen Sie bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

1.6.2 Sie können verlangen, dass wir die Beiträge für mögliche Zeiten unserer Leistungspflicht stunden und hierfür keine Stundungszinsen erheben. Die während der Leistungsprüfung gestundeten Beiträge sind unverzüglich nachzuzahlen, wenn die Leistungsablehnung ausgesprochen oder eine ggf. binnen drei Monaten eingeleitete gerichtliche Auseinandersetzung mit der Bestätigung der Leistungsablehnung beendet wird. Sie können verlangen, dass die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung oder durch Verrechnung mit den Gewinnanteilen der Hauptversicherung, soweit vorhanden, getilgt werden. Sollte die Tilgung auf diesem Wege nicht möglich sein, teilen wir Ihnen das unverzüglich mit. Außerdem können Sie die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 48 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen erheben wir in diesem Fall nicht.

1.7 Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?

Nachprüfung

1.7.1 Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen des Versicherungsfalles gemäß dem Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ sowie das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. 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.

Zu den sachdienlichen Auskünften zählen insbesondere Erklärungen zu:

- Beginn, Ursache, Art, Verlauf der Krankheit, Störungen des Heilungsprozesses,
- medizinischen Behandlungen und gesundheitsrelevanten Lebensumständen,
- der beruflichen Tätigkeit und den wirtschaftlichen und steuerlichen Verhältnissen der versicherten Person sowohl vor dem Eintritt des Versicherungsfalles als auch deren Veränderungen bis zur aktuellen Nachprüfung.

Die Bestimmungen des Abschnittes „Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird und welche Mitwirkungspflichten bestehen?“ gelten entsprechend.

1.7.2 Wir können erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit im Sinne von Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ ausüben kann, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. durch Umschulung bzw. Fort- oder Weiterbildung) zu berücksichtigen sind.

Mitteilungspflicht bei Änderungen

1.7.3 Sofern Sie Leistungen aus diesem Vertrag erhalten oder beantragt haben, müssen Sie uns eine Minderung der Berufsunfähigkeit und/oder die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit unverzüglich mitteilen.

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Berufsunfähigkeit

1.7.4 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.

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Pflegebedürftigkeit

1.7.5 Ist die Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit weggefallen, gilt der vorstehende Absatz entsprechend.

1.8 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?

Überschüsse können sich aus unterschiedlichen Quellen ergeben; sie werden – wie nachfolgend beschrieben – ermittelt und verteilt.

Überschussquellen

1.8.1 Überschüsse können entstehen, wenn der Verlauf des versicherten Risikos günstiger ist (Risikouberschuss) und/oder die Kosten niedriger ausfallen (Kostenüberschuss), als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen

beteiligen wir die Versicherungsnehmer angemessen in der jeweils aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Höhe.

Überschussermittlung

1.8.2 Überschüsse aus Kapitalanlageerträgen werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Ermittlung der Risiko- und Kostenüberschüsse erfolgt auf der Grundlage des Jahresabschlusses unter Vergleich des tatsächlichen mit dem erwarteten Risiko- und Kostenverlauf aller bei uns bestehenden Versicherungen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen. 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.

1.8.3 Die Höhe der sich zum Ende eines jeden Geschäftsjahres ergebenden Bewertungsreserven wird im Lagebericht unseres Geschäftsberichtes ausgewiesen.

Überschussverteilung

1.8.4 Die Erträge unserer Kapitalanlagen verwenden wir zunächst zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. An den Kosten- und Risikoüberschüssen beteiligen wir die Verträge der Versicherungsnehmer in der jeweils aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Höhe. Soweit die Überschüsse nicht unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben werden (Direktgutschrift), führen wir sie der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zu. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes sowie zur Verlustabdeckung und zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen (§ 140 Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG). Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

1.8.5 Eine Beteiligung an Überschüssen kann in Form einer laufenden Beteiligung und/oder einer einmaligen Ausschüttung bei Fälligkeit der Versicherungsleistung erfolgen.

1.8.6 Eine Beteiligung der einzelnen Versicherungsnehmer an den Bewertungsreserven erfolgt gemäß § 153 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) versuchungsorientiert.

Bei der Berechnung der dem einzelnen Vertrag zustehenden verteilungsfähigen Bewertungsreserve werden die Laufzeit und die Höhe des zins erzeugenden Kapitals berücksichtigt. Die Ihrem Vertrag zuzuordnenden vorhandenen Bewertungsreserven werden monatlich neu ermittelt und unterliegen Schwankungen. Bei Beendigung der Versicherung (durch Ablauf, Tod oder Kündigung) teilen wir den für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelten Betrag Ihrer Versicherung zur Hälfte zu.

Überschusshöhe

1.8.7 Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden und kann gegebenenfalls auch ganz entfallen. Sie hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind – allein schon wegen der langen Vertragslaufzeit – nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Bei der Ermittlung, Feststellung und Verteilung der Überschüsse auf die einzelnen Versicherungen steht uns im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ein Ermessensspielraum zu.

Bestandsgruppen

1.8.8 Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zur Bildung von Überschüssen bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bei deren Bildung berücksichtigen wir derzeit beispielsweise

- das versicherte Risiko (z. B. Tod, Langlebigkeit, Berufsunfähigkeit),
- die Art der Kapitalanlage (z. B. konventionell, fondsgebunden).

Die Verteilung der Überschüsse auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu ihrer Entstehung beigetragen haben. Des Weiteren berücksichtigen wir insbesondere

- die Grundlagen der Beitragskalkulation (z. B. Rechnungszins, Sterbetafel),
- die Art des Versicherungsvertrages (z. B. laufende Beitragszahlung, Einmalbeitrag),
- die Kapitalmarktverhältnisse.

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, der Ihr Vertrag zugeordnet ist. Das ist im Einzelgeschäft die Bestandsgruppe 114, im Kollektivgeschäft die Bestandsgruppe 125.

Überschussbeteiligung vor Eintritt des Versicherungsfalles

1.8.9 Die Überschussbeteiligung vor Eintritt des Versicherungsfalles kann sich zusammensetzen aus:

- dem jährlichen Zinsüberschussanteil in Prozent des Deckungskapitals,
- dem jährlichen Kostenüberschussanteil in Prozent des Bruttobeitrages, und
- dem jährlichen Risikoüberschussanteil in Prozent des Risikobeitrages.

1.8.10 Bis zur Zuteilung von Überschüssen bestehen bei den Überschussystemen Leistungsfallbonus und Beitragsverrechnung keine Wartezeiten.

Überschussbeteiligung nach Eintritt des Versicherungsfalles

1.8.11 Die Überschussbeteiligung nach Eintritt des Versicherungsfalles kann aus dem jährlichen Zinsüberschussanteil in Prozent des Deckungskapitals bestehen.

1.8.12 Überschüsse nach Eintritt des Versicherungsfalles können jährlich zugeteilt werden. Die Zuteilung erfolgt erstmals nach Ablauf eines Jahres seit Versicherungsbeginn. Dies gilt aber nur dann, wenn seit Leistungsanerkennung zu diesem Zeitpunkt sechs Monate vergangen sind. Ansonsten erfolgt die Zuteilung ein Jahr später.

Überschussysteme

1.8.13 Folgende Überschussysteme können – abhängig von dem mit Ihnen vereinbarten Tarif – gewählt werden:

Vor Eintritt des Versicherungsfalles:

- Leistungsfallbonus: Die im Leistungsfall fällige Rente wird um einen bestimmten Prozentsatz erhöht und zusammen mit dieser ausgezahlt. Solange der Leistungsfall noch nicht eingetreten ist, wird der für den Leistungsfallbonus maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) jährlich neu festgesetzt, er kann ggf. auch Null betragen. Bei Beginn der Rentenzahlung wird der aktuelle Prozentsatz verbindlich festgelegt, damit ist die Höhe der Rente aus dem Leistungsfallbonus für die weitere Dauer der Berufsunfähigkeit garantiert.
- Beitragsverrechnung: Die Überschussanteile werden mit dem Tarifbeitrag der Versicherung verrechnet, so dass sich ein geringerer zu zahlender Beitrag ergibt.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles:

- Dynamische Gewinnrente: Die Rente kann sich um einen jährlich neu festgelegten Prozentsatz erhöhen. Dies ist nicht garantiert und hängt von der Überschussentwicklung ab.

Welches Überschussystem Sie gewählt haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

1.8.14 Haben Sie das Überschussystem „Leistungsfallbonus“ gewählt und der Leistungsfall ist noch nicht eingetreten, gilt folgendes: Sollte der für den Leistungsfall maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) künftig herabgesetzt werden, sind Sie berechtigt, innerhalb von drei Monaten, nachdem wir Sie über die Herabsetzung informiert haben, zum Herabsetzungstermin die versicherte Berufsunfähigkeitsrente gegen einen zusätzlichen Beitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung so zu erhöhen, dass der bisherige Berufsunfähigkeitsschutz einschließlich der Rente aus dem Leistungsfallbonus wieder erreicht wird.

1.9 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

1.9.1 Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag geschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Der Versicherungsschutz entfällt bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (siehe Abschnitte „Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?“ und „Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?“).

1.9.2 Ist mit Ihnen ein vorläufiger Versicherungsschutz vereinbart, wird dieser durch die Regelungen im vorstehenden Absatz nicht berührt.

1.9.3 Der Versicherungsschutz beginnt stets um 12.00 Uhr mittags.

1.10 Wer erhält die Versicherungsleistungen?

An wen leisten wir?

1.10.1 Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, der die Leistungen zustehen sollen (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Der Widerruf ist wirksam, wenn er uns vor Eintritt des Versicherungsfalles zugegangen ist.

Unwiderrufliches Bezugsrecht

1.10.2 Sie können ausdrücklich bestimmen, dass die bezugsberechtigte Person die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. Sobald wir eine solche Erklärung von Ihnen erhalten haben, kann dieses unwiderrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung der Person aufgehoben oder eingeschränkt werden, der Sie es eingeräumt haben.

Abtretung/Verpfändung

1.10.3 Soweit dies unter Berücksichtigung der Pfändungsschutzvorschriften zulässig ist, können Sie Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag abtreten oder verpfänden. Unsere Bestätigung, dass wir die Abtretung oder Verpfändung berücksichtigen werden, ist gebührenpflichtig. Die gegenwärtige Höhe dieser Gebühr können Sie der Tabelle „Gebühren für besondere Leistungen“ entnehmen.

1.10.4 Alle in den vorstehenden Absätzen genannten Verfügungen sind wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. In den Fällen, in denen die Rechtswirksamkeit Ihrer Verfügung von der Einverständniserklärung oder von sonstigen Rechtshandlungen eines Dritten abhängt (beispielsweise, weil Sie vorher schon ein unwiderrufliches Bezugsrecht eingeräumt oder die Versicherung abgetreten haben), gilt das auch für die Erklärungen bzw. Rechtshandlungen des Dritten.

1.11 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1.11.1 Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Versicherungsfall gekommen ist.

1.11.2 Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:

a) Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Dagegen besteht Versicherungsschutz, wenn

– der Versicherungsfall in unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

– die versicherte Person als Angehöriger der Deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich beauftragter Organisationen an deren rein humanitären Hilfeleistungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland teilnimmt und während oder infolge derartiger Einsätze der Versicherungsfall eintritt;

b) Durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat oder eines Vergehens durch die versicherte Person. Bei Verkehrsdelikten und fahrlässigen Verstößen leisten wir trotzdem;

c) Durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung; hingegen besteht Versicherungsschutz, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freien Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;

d) Durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich den Versicherungsfall der versicherten Person herbeigeführt haben;

e) Durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;

f) Unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen geeignet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Die Einschränkung unserer Leistungspflichten (nach e) und f) besteht nur dann, wenn es sich um Großschadensereignisse handelt, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen gefährden. Die Gefährdung muss dabei zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führen, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies ist der Fall, wenn mehr als 1‰ des Versichertenbestandes davon betroffen ist. Das Vorliegen der Voraussetzungen muss von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt werden. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf der Prüfung fällig.

Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu erbringen.

1.11.3 Bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder bei arglistiger Täuschung kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen entfallen. Die Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zu den Rechtsfolgen von deren Verletzung finden Sie im Abschnitt „Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?“.

1.12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

1.12.1 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.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

1.12.2 Haben Sie oder die versicherte Person Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben (vgl. vorstehenden Absatz), nicht oder nicht richtig angegeben, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde. 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, geschlossen hätten.

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 – unabhängig vom Bestehen eines Ursachenzusammenhangs – zur Leistung nicht verpflichtet.

Wird der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben, erlischt der Vertrag ohne dass eine Leistung fällig wird. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

1.12.3 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

1.12.4 Kündigen wir die Versicherung, besteht kein Versicherungsschutz. Auch die Rückzahlung der geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Rückwirkende Vertragsanpassung

1.12.5 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden diese anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden diese anderen Bedingungen ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. 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 von Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung

1.12.6 Die in den vorstehenden Absätzen genannten Rechte stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen diese Rechte innerhalb eines Monats ausüben. 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.

Wir können uns auf diese Rechte allerdings nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bei Vertragsschluss kannten.

Diese Rechte können wir innerhalb von fünf Jahren und, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben, innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Fristen eingetreten sind, können wir unsere Rechte ohne diese zeitliche Beschränkung ausüben. Die Ausübung dieser Rechte erfolgt durch 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.

1.12.7 Haben Sie bzw. die versicherte Person die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht der Kündigung und zur Vertragsanpassung.

Anfechtung

1.12.8 Falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehemmenscheidung Einfluss genommen worden ist, können wir den Vertrag wegen arglistiger Täuschung auch anfechten. Handelt es sich um Angaben der (mit-)versicherten Person(-en), können wir die Anfechtung Ihnen gegenüber erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

Mit Zugang unserer Anfechtungserklärung ist der Versicherungsvertrag von Anfang an nichtig. Dies hat zur Folge, dass zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz bestand. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Ausübung der Anfechtung

1.12.9 Die Anfechtung müssen wir innerhalb eines Jahres ab Kenntnis der arglistigen Täuschung schriftlich ausüben. Die Anfechtung können wir nur innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss erklären.

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.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

1.12.10 Die vorvertragliche Anzeigepflicht und die aus der Verletzung dieser Pflicht resultierenden Rechte nach den vorstehenden Absätzen gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die in den vorstehenden Absätzen genannten Fristen gelten mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils.

1.13 Was ist bei Beendigung der Schulausbildung zu beachten?

Aufnahme einer Berufsausbildung, eines Studiums oder einer beruflichen Tätigkeit

1.13.1 Die Aufnahme einer regelmäßigen, auf Dauer gerichteten beruflichen Tätigkeit, einer Berufsausbildung oder eines Studiums der versicherten Person ist uns in Textform anzuzeigen. Entsprechende Nachweise über Aufnahme und Bestehen der beruflichen Tätigkeit, Berufsausbildung oder Studium sind vorzulegen.

Wir werden zum Beantragungszeitpunkt prüfen, ob die Berufsausbildung, das Studium oder die ausgeübte berufliche Tätigkeit nach unseren dann gültigen Annahmerichtlinien gegen Berufsunfähigkeit versicherbar ist.

Hierbei gelten besondere Regelungen:

Grundsätzlich sind Berufe und Tätigkeiten, die

- eine künstlerische und/oder kreative Komponente enthalten wie z. B. Berufsmusiker, Tänzer, Akrobaten etc.,
- dauerhaft und überdurchschnittlich mit einer hohen körperlichen Belastung verbunden sind, wie z. B. Berufssportler, Rennfahrer, Steinbrucharbeiter, Kiesgräber, etc.,
- besonders gefährlich sind wie z. B.
 - Sprengbeauftragte, Asbestarbeiter, Bodyguard, etc. oder
 - Soldaten, Polizisten und Zollbeamte mit mandatierten Auslandseinsätzen,

nur zu individuellen Konditionen versicherbar.

Gleiches gilt auch für andere Berufe und Tätigkeiten, die keiner auf Dauer ausgerichteten regelmäßigen beruflichen Tätigkeit gegen regelmäßiges Einkommen entsprechen. Hierzu zählen unter anderem Saisontätigkeiten, Tätigkeiten mit befristeten Arbeitsverträgen oder Aushilftätigkeiten oder Beschäftigungsverhältnisse als 1-Euro-Jobber (sozialversicherungsfree Beschäftigung).

Bis zur Meldung des Berufs wird die Leistungspflicht nach Absatz 1.2.5 des Abschnittes „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ geprüft.

Falls Sie zum Zeitpunkt der Umstellung Ihres Vertrages einen Beruf bzw. eine Tätigkeit ausüben, die nur zu individuellen Konditionen versicherbar ist, werden wir Ihnen auf Basis der von Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen, ein individuelles Angebot zur Vertragsumstellung und Weiterführung unterbreiten. Gleiches gilt, falls Ihr zum Zeitpunkt der Umstellung ausgeübter Beruf bzw. Ihre Tätigkeit nach den zu diesem Zeitpunkt gültigen Annahmerichtlinien nicht bis zum vereinbarten Endalter versicherbar wäre. Hierbei kann das Recht auf dynamische Anpassung entfallen.

Erfolgt die Anzeige innerhalb von sechs Monaten nach Erhalt eines Erinnerungsschreibens oder nach Aufnahme einer regelmäßigen, auf Dauer gerichteten beruflichen Tätigkeit, einer Berufsausbildung oder eines Studiums, ist keine erneute Gesundheitsüberprüfung der versicherten Person erforderlich. Geht die Anzeige zu einem späteren Zeitpunkt bei uns ein, werden wir den Gesundheitszustand der versicherten Person überprüfen.

Nach Vorliegen aller erforderlichen Unterlagen – ggf. einschließlich einer Gesundheitsüberprüfung – werden wir den Beitrag und – soweit erforderlich – Zuschläge und Klauseln für die Berufsunfähigkeitsversicherung unter Zugrundelegung der bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen neu festsetzen und dokumentieren (Umstellung des Vertrages).

1.13.2 Werden von der versicherten Person zum Beantragungszeitpunkt (Anzeige Berufsausbildung, Studium oder berufliche Tätigkeit) bereits Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung bezogen oder sind diese für die versicherte Person beantragt oder sind solche objektiv eingetreten, wird der Vertrag nicht umgestellt und ggf. eine Leistungspflicht gemäß Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ geprüft.

Haben wir nach Umstellung des Vertrages Kenntnis davon erlangt, dass die versicherte Person bereits Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung bezieht oder sind diese für die versicherte Person beantragt worden oder sind solche objektiv eingetreten, wird der Vertragszustand vor der Umstellung wieder hergestellt und ggf. eine Leistungspflicht gemäß Abschnitt „Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?“ geprüft. Haben wir von diesem Antrag / Bezug von Leistungen nach der Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person erfahren, endet die Versicherung mit einer Frist von einem Monat zum nächsten Monatsersten. Sie erhalten dann eine schriftliche Bestätigung.

Regelungen bei Nichtanzeige der Aufnahme einer Berufsausbildung, eines Studiums oder einer beruflichen Tätigkeit

1.13.3 Die Aufnahme einer regelmäßigen, auf Dauer gerichteten beruflichen Tätigkeit, einer Berufsausbildung oder eines Studiums der versicherten Person ist uns spätestens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person in Textform anzuzeigen (vgl. Absatz 1.13.1). Wir werden Sie rechtzeitig vor Ablauf der Frist schriftlich informieren.

Erfolgt keine rechtzeitige Anzeige, endet die Versicherung – unabhängig von der beantragten Leistungs- und Versicherungsdauer – zum Ersten des Versicherungsbeginnmonats, der auf die Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person folgt. Über die Beendigung der Versicherung erhalten Sie eine schriftliche Bestätigung.

1.13.4 Innerhalb von sechs Monaten nach Aufnahme einer Berufsausbildung, eines Studiums oder einer beruflichen Tätigkeit bieten wir Ihnen an, die Versi-

cherungs- und Leistungsdauer Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung bis maximal zum 67. Lebensjahr ohne eine erneute Gesundheitsprüfung gegen Mehrbeitrag zu verlängern. Hierzu müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Es ist weder eine Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung objektiv eingetreten noch haben Sie darauf gerichtete Leistungen bezogen oder beantragt.
- Der Versicherungsschutz wurde ursprünglich zu normalen Bedingungen und Beitragssätzen angenommen.
- Das aktuelle Endalter der Versicherungs- und Leistungsdauer Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung beträgt mindestens 65 Jahre.
- Sie haben keine Teil- oder Vollstundung beantragt.
- Der Vertrag darf nicht beitragsfrei gestellt sein.
- Die neu aufgenommene berufliche Tätigkeit wird zum Zeitpunkt der Aufnahme nach unseren dann gültigen Tarifen, Versicherungsbedingungen und Annahmerichtlinien in eine Berufsgruppe eingestuft, die den zur Zeit des Vertragschlusses bestehenden Berufsgruppen 1* bis 3- entspricht.
- Es besteht für die neu aufgenommene berufliche Tätigkeit die Versicherbarkeit bis maximal zum 67. Lebensjahr.

Die Verlängerung erfolgt in Form einer Vertragsänderung innerhalb Ihrer bestehenden Berufsunfähigkeitsversicherung.

2 Beiträge

2.1 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?

Ihre Beiträge dienen der Abdeckung des von uns versicherten Risikos (Risikobeitrag). Darüber hinaus decken sie Abschluss- und Verwaltungskosten.

Näheres zu den Kosten entnehmen Sie bitte dem Abschnitt „Welche Kosten und Gebühren fallen an und wie werden sie ausgeglichen?“.

2.2 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

2.2.1 Ihre Versicherungsbeiträge sind je nach Vereinbarung in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag) oder durch jährliche, halbjährliche, vierteljährliche oder monatliche Beitragszahlungen (laufende Beitragszahlung) zu entrichten.

Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Bei laufender Beitragszahlung ist ein Wechsel der Beitragszahlungsweise mit einer Frist von einem Monat zum Ende einer jeden Versicherungsperiode möglich. Die Höhe der Beiträge hängt von der gewählten Beitragszahlungsweise ab. Die tariflichen Leistungen bleiben von dem Wechsel der Beitragszahlungsweise unberührt.

2.2.2 Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist abweichend von der gesetzlichen Regelung (§ 152 Absatz 3 VVG) unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

2.2.3 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 Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, 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. Hierfür berechnen wir eine Gebühr. Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Gebühr können Sie der Tabelle „Gebühren für besondere Leistungen“ entnehmen. Die Gebühr für die fehlgeschlagene Lastschriftabbuchung entfällt oder verringert sich, wenn und insoweit Sie uns nachweisen, dass uns aus der fehlgeschlagenen Lastschriftabbuchung kein oder ein wesentlich niedrigerer Schaden erwächst.

2.2.4 Die Übermittlung der Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Kosten.

2.2.5 Etwaige Beitragsrückstände werden wir mit dem Überschussguthaben oder einer fälligen Versicherungsleistung verrechnen. Bis zur Verrechnung erheben wir die im Abschnitt „Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?“ genannten Verzugszinsen.

2.2.6 Die Beiträge sind längstens bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer zu entrichten. Bei Tod der versicherten Person sind sie bis zum Ende des Beitragszahlungsabschnittes zu entrichten, in dem der Tod eingetreten ist.

2.3 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsbeitrag

2.3.1 Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie haben die nicht rechtzeitige Zahlung nachweislich nicht zu vertreten. Wir

können eine angemessene Geschäftsgebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages (Geschäftsgebühr nach § 39 Absatz 1 Satz 3 VVG) erheben. Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Gebühr können Sie der Tabelle „Gebühren für besondere Leistungen“ entnehmen.

Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nachweislich nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

2.3.2 Zahlen Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir in der Mahnung ausdrücklich hinweisen. Für jede Mahnung berechnen wir eine Gebühr. Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Gebühr können Sie der Tabelle „Gebühren für besondere Leistungen“ entnehmen. Diese Gebühr entfällt oder verringert sich, wenn und insoweit Sie uns nachweisen, dass uns durch die Mahnung kein oder ein wesentlich niedrigerer Schaden erwächst.

Verzugsfolgen

2.3.3 Für Beiträge, mit denen Sie in Verzug sind, berechnen wir Verzugszinsen in gesetzlicher Höhe (Bürgerliches Gesetzbuch), mindestens aber in Höhe des Zinssatzes, den wir für die Gewährung von Policendarlehen für konventionelle Rentenversicherungen in der Privatversorgung durchschnittlich erheben. Soweit die Zinsen nicht gesondert in Rechnung gestellt und ausgeglichen werden, werden wir sie mit dem Überschussguthaben oder einer fälligen Versicherungsleistung verrechnen.

Die Verzugsfolgen treten nur ein, wenn Sie den Verzug zu verantworten haben.

3 Gestaltungsmöglichkeiten

3.1 Welche Möglichkeiten haben Sie bei vorübergehenden Beitragszahlungsschwierigkeiten?

Haben Sie vorübergehend Schwierigkeiten, den vollen Beitrag zu zahlen (z. B. wegen Arbeitslosigkeit, Erziehungsurlaub o. ä.), möchten aber Ihren Versicherungsschutz nicht verlieren, stehen Ihnen folgende Möglichkeiten offen:

Änderung der Beitragszahlungsweise

3.1.1 Sie können bei laufender Beitragszahlung eine Änderung der Beitragszahlungsweise zum Ablauf der Versicherungsperiode mit einer Frist von einem Monat verlangen. Es gilt der Abschnitt „Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?“.

Stundung der Beiträge

3.1.2 Wenn es Ihnen vorübergehend nicht möglich ist Ihre Beiträge zu zahlen, können Sie mit uns vereinbaren, Ihre Beiträge bis zu 24 Monate ganz oder teilweise auszusetzen (Stundung), wenn die nach Ablauf der Stundung verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens zwei Jahre beträgt.

Voraussetzung für eine Stundung ist, dass Sie die Beiträge für die ersten zwölf Monate vollständig bezahlt haben, sich der Vertrag noch nicht im Mahnverfahren gemäß § 38 VVG befindet und nicht von Ihnen gekündigt bzw. beitragsfrei gestellt wurde. Sieht die Versicherung einen abgesenkten Anfangsbeitrag vor, kann während des Zeitraums mit abgesenktem Anfangsbeitrag keine Stundung durchgeführt werden. Die Stundung beginnt frühestens, wenn Ihr nächster Beitrag fällig ist. Wir berechnen für eine Stundung Zinsen. Die Höhe der Zinsen richtet sich nach den Zinssätzen, die zu Beginn der Stundung gültig sind. Die aktuellen Zinssätze teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

Während der Dauer der Stundung finden keine dynamischen Erhöhungen Ihres Vertrages statt.

In folgenden Fällen berechnen wir keine Zinsen:

- Sie befinden sich in der gesetzlichen Elternzeit,
- Sie nehmen ein Sabbatical (Sabbatjahr) oder
- Sie sind erwerbsgemindert oder pflegebedürftig.

Der Stundungszeitraum für ein Sabbatical ist für die gesamte Beitragszahlungsdauer auf zwölf Monate begrenzt.

Als Nachweis benötigen wir zum Beispiel einen Bescheid eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers oder Versorgungswerks oder einen Nachweis des Arbeitgebers. Wenn keiner der genannten Fälle mehr zutrifft, müssen Sie uns darüber informieren. Für die weitere Stundung berechnen wir dann Zinsen.

Wenn der vereinbarte Zeitraum für die Stundung endet, informieren wir Sie über die Höhe Ihres Stundungskontos. Sie können den offenen Betrag wie folgt ausgleichen:

- Vollständig in einem Betrag oder
- in gleichmäßigen Raten von höchstens 48 Monaten, jedoch niemals länger als die noch verbleibende Beitragszahlungsdauer nach Ablauf der Stundung.

Die Raten können Sie jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zahlen. Eine Rate muss mindestens 25,- EUR betragen.

Sie sollten innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Information beginnen, den offenen Betrag auszugleichen. Sofern Ihnen die Zahlung des gestundeten Betrages zuzüglich Stundungszinsen nicht möglich ist, werden wir etwaige Beitragsrückstände mit dem Überschussguthaben oder einer fälligen Versicherungsleistung verrechnen. Wenn das Guthaben nicht ausreicht, um den offenen Betrag auszugleichen, werden wir den offenen Betrag anmahnen; unter Umständen erlischt dann der Versicherungsschutz (s. Ziffern 2.3.2 ff.). Eine neue Stundung ist erst möglich, wenn Sie den offenen Betrag vollständig ausgeglichen haben.

Beginn- und Ablaufverlegung

3.1.3 Sie können beantragen, dass der Beginn der Versicherung um die Anzahl der Monate nach hinten verlegt wird, für die keine Beiträge gezahlt wurden. Hierdurch kann sich, sofern sich der Versicherungsbeginn in ein neues Kalenderjahr verschiebt, aufgrund des höheren Eintrittsalters der versicherten Person ein anderer, auch höherer Beitrag ergeben.

Die Beginn- und Ablaufverlegung ist nur im ersten Versicherungsjahr, nur einmal und auch nur möglich, wenn seit Vertragsabschluss noch keine Vertragsänderung erfolgt ist. Sie darf ausschließlich zum Ausgleich bestehender Beitragsrückstände erfolgen und nur, wenn die Beitragszahlung sofort wieder aufgenommen wird.

Wir werden Ihrem Antrag stattgeben, wenn keine gewichtigen versicherungstechnischen Gründe, z. B. Überschreitung des zulässigen versicherbaren Endalters der versicherten Person oder Unterschreitung der Mindestrente, entgegenstehen.

Beitragsfreistellung

3.1.4 Eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung ist ausgeschlossen. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

3.2 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?

Sie können Ihre Versicherung ganz oder teilweise jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

Die Kündigung muss in Textform erfolgen.

Kündigung

3.2.1 Mit der Kündigung erlischt die Versicherung, ohne dass eine Leistung fällig wird, d. h. es besteht kein Rückkaufwert.

Teilkündigung

3.2.2 Eine Teilkündigung Ihrer Versicherung ist nur wirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige versicherte Rente monatlich 50,- Euro nicht unterschreitet und der verbleibende Beitrag 180,- Euro jährlich nicht unterschreitet. Ist die Kündigung wegen Unterschreitens dieser Mindestbeiträge unwirksam und wollen Sie Ihre Versicherung beenden, müssen Sie eine neue Kündigung aussprechen.

3.2.3 Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor der Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

4 Allgemeine Bestimmungen

4.1 Welche Kosten und Gebühren fallen an und wie werden sie ausgeglichen?

Welche Kosten werden durch Ihre Beiträge gedeckt?

4.1.1 Ihre Beiträge dienen der Abdeckung des von uns versicherten Risikos (Risikobeitrag).

Darüber hinaus decken sie folgende Kosten:

– Abschlusskosten

Diese umfassen unmittelbar zurechenbare Aufwendungen, wie insbesondere Abschlussvergütungen an die Versicherungsvermittler (Vertriebskosten), Aufwendungen für die Aufnahme des Vertrages in den Versicherungsbestand und Aufwendungen für die Risikoprüfung im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages. Sie umfassen auch mittelbar zurechenbare Aufwendungen, wie insbesondere Produktentwicklungskosten, allgemeine Werbeaufwendungen und Aufwendungen im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung und Policierung.

– Verwaltungskosten

Diese umfassen insbesondere die Aufwendungen für den Beitragseinzug, die Bestandsverwaltung und für die Regulierung von Versicherungsfällen. Ein Teil dieser Verwaltungskosten wird in Abhängigkeit von der Höhe Ihres Beitrags kalkuliert, ein anderer Teil fällt als fester Betrag für Ihren Vertrag an (Stückkosten).

Wie werden die Kosten verrechnet?

4.1.2 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 Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV i.V.m. § 169 Absatz 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.

Sieht Ihr Vertrag eine laufende Beitragszahlung über weniger als fünf Jahre vor, werden die Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die in diesem Zeitraum gezahlten Beiträge verteilt.

Welche Gebühren werden nicht von den Beiträgen gedeckt?

4.1.3 Sollten Sie Leistungen oder Geschäftsvorfälle veranlassen, die über die gewöhnliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen, können wir Ihnen Gebühren in Rechnung stellen. Diese Leistungen und Geschäftsvorfälle sowie die Höhe der derzeit erhobenen Gebühren entnehmen Sie bitte der Tabelle „Gebühren für besondere Leistungen“. Für Leistungen und Geschäftsvorfälle, die es zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch nicht gibt und die über die gewöhnliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen, können wir weitere Gebührentatbestände einführen und deren Höhe unter Berücksichtigung des tatsächlichen durchschnittlichen Verwaltungsaufwandes und nach billigem Ermessen festsetzen. Soweit die Gebühren nicht gesondert in Rechnung gestellt und ausgeglichen werden, werden wir sie mit dem Überschussguthaben oder einer fälligen Versicherungsleistung verrechnen. Die Gebühren entfallen oder verringern sich, wenn und insoweit Sie uns nachweisen, dass die der pauschalen Berechnung zugrunde gelegten Aufwände nicht oder nicht in dem unserer Berechnung zugrundeliegenden Umfang anfallen.

4.2 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

4.2.1 Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen und Leistungen in Empfang zu nehmen.

4.2.2 Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

4.3 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

Änderung der Postanschrift und Namensänderung

4.3.1 Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls 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.

4.3.2 Bei Änderung Ihres Namens gilt vorstehender Absatz entsprechend.

Kosten für Recherche

4.3.3 Wird es aus von Ihnen zu vertretenden Gründen erforderlich, dass wir Ihre aktuelle Anschrift recherchieren müssen, erheben wir hierfür eine Gebühr. Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Gebühr können Sie der Tabelle „Gebühren für besondere Leistungen“ entnehmen. Diese Gebühr entfällt, wenn und insoweit Sie uns nachweisen, dass uns aus der fehlenden Mitteilung kein oder ein wesentlich niedrigerer Schaden erwächst.

Nennung eines Zustellungsbevollmächtigten bei Auslandsaufenthalten

4.3.4 Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns in Ihrem Interesse eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

4.3.5 Sie können jederzeit von uns Kopien der Erklärungen fordern, die Sie in Bezug auf Ihren Vertrag abgegeben haben.

4.4 Welches Recht findet Anwendung, was haben Sie bei Meinungsverschiedenheiten zu beachten und wo ist der Gerichtsstand?

4.4.1 Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

4.4.2 Bevor Sie einen Anspruch gegen uns gerichtlich geltend machen, können Sie, wenn Sie dies wünschen, den Beirat der Gesellschaft anrufen. Ihr Antrag muss dem Beirat bis zum Ablauf von drei Monaten seit dem Eingang unseres ablehnenden Bescheides zugegangen sein. Der Beirat ist berechtigt, uns innerhalb von sechs Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist, zu empfehlen, unseren ablehnenden Bescheid abzuändern. Sehen wir uns außerstande, der Empfehlung zu folgen, oder sind Sie auch mit unserem abgeänderten Bescheid nicht einverstanden, können Sie jederzeit den Anspruch auf die Leistung gerichtlich geltend machen.

4.4.3 Beschränken sich die Meinungsverschiedenheiten auf die Frage, ob, in welchem Grad oder von welchem Zeitpunkt an die Berufsunfähigkeit vorliegt, entscheidet anstelle des Gerichts ein Ärzteausschuss, wenn sich beide Seiten darauf einigen. Der Ansprucherhebende muss sich innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Leistungsentscheidung äußern, ob er das Verfahren vor dem Ärzteausschuss wünscht.

4.4.4 Lässt der Ansprucherhebende die Sechsenmonatsfrist verstreichen, ohne dass er entweder Ansprüche gerichtlich geltend macht oder das Verfahren vor dem Ärzteausschuss verlangt, sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen.

4.4.5 Für die Zusammensetzung, das Verfahren und die Kosten des Ärzteausschusses gelten die folgenden Regeln:

a) Zusammensetzung

Der Ärzteausschuss setzt sich zusammen aus zwei Ärzten, von denen jede Partei einen benennt, und einem Obmann. Dieser wird von den beiden von den Parteien benannten Ärzten gewählt. Es soll ein in der Begutachtung der Berufsunfähigkeit erfahrener Arzt sein, der nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer der Parteien steht. Einigen sich die von den Parteien gewählten Ärzte nicht binnen eines Monats auf einen Obmann, wird dieser auf Antrag einer Partei vom Präsidenten der für den letzten inländischen Wohnsitz der versicherten Person zuständigen (Landes-) Ärztekammer benannt. Hat die versicherte Person keinen inländischen Wohnsitz, ist die für den Sitz des Versicherten zuständige Ärztekammer maßgebend. Benennt eine Partei ihr Ausschussmitglied nicht binnen eines Monats, nachdem sie von der anderen Partei hierzu aufgefordert ist, wird dieses Ausschussmitglied gleichfalls durch den Präsidenten der (Landes-) Ärztekammer benannt.

b) Verfahren

Nach Bildung des Ausschusses bitten wir den Obmann, das Verfahren durchzuführen und übersenden ihm die erforderlichen Unterlagen. Der Obmann bestimmt im Benehmen mit den beiden Ausschussmitgliedern Ort und Zeit des Zusammentritts und benachrichtigt hiervon mindestens eine Woche vor dem Termin die Parteien. Er kann sich wegen weiterer Aufklärung des Sachverhalts an die Parteien wenden. In der Sitzung ist die versicherte Person, soweit möglich, zu hören und erforderlichenfalls zu untersuchen. Erscheint die versicherte Person unentschuldig nicht, kann der Ausschuss aufgrund der Unterlagen entscheiden. Die Entscheidung ist schriftlich zu begründen und vom Obmann zu unterzeichnen.

c) Kosten

Ist die Entscheidung des Ärzteausschusses für uns ungünstiger als unser bisheriges Leistungsangebot, übernehmen wir die Kosten des Ärzteausschusses in voller Höhe, anderenfalls hat der Ansprucherhebende diese Kosten selbst zu tragen. Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Kosten können Sie der Tabelle „Gebühren für besondere Leistungen“ entnehmen.

4.4.6 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem Sitz der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person und wohnen in Deutschland, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

4.4.7 Sind Sie eine natürliche Person und wohnen in Deutschland, 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. Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können wir Sie vor dem für unseren Sitz zuständigen Gerichtsstand verklagen. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

4.4.8 Andere nach deutschem Recht begründete Gerichtsstände werden durch diese Vereinbarung nicht ausgeschlossen.

4.5 Gibt es Möglichkeiten zur außergerichtlichen Streitbeilegung?

Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie als Verbraucher zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann anzurufen:

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632

10006 Berlin

Telefon: 0800/3696000

Fax: 0800/3699000

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Webseite: www.versicherungsombudsmann.de

Das geht aber nur, solange in der gleichen Angelegenheit kein Rechtsstreit anhängig ist. Das Schlichtungsverfahren ist bis zu einem Beschwerdewert von 100.000,- Euro möglich und für Sie kostenfrei.

Mit unserem Beitritt zum Versicherungsombudsmann e.V. haben wir uns zur Teilnahme an Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann verpflichtet.

4.6 Unter welchen Voraussetzungen können wir die vereinbarten Beiträge neu festsetzen oder Bestimmungen für Ihre Versicherung ändern?

4.6.1 Unter den Voraussetzungen von § 163 VVG sind wir berechtigt, den Beitrag neu festzusetzen oder die Versicherungsleistung herabzusetzen. Sollte eine Erhöhung der Beiträge erforderlich sein, können Sie stattdessen die Herabsetzung der Versicherungsleistung verlangen.

Eine Neufestsetzung des Beitrages oder Herabsetzung der Versicherungsleistung können wir nur vornehmen, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die weiteren Voraussetzungen nach § 163 Absatz 1 Nr. 1 und 2 VVG überprüft und bestätigt hat.

Änderungen nach § 163 VVG werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem wir Sie davon benachrichtigt haben.

4.6.2 Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir unter den Voraussetzungen des § 164 VVG diese durch eine neue Regelung ersetzen. Eine neue Regelung wird zwei Wochen nach Mitteilung wirksam.

4.7 Wann verjähren Ihre Ansprüche?

4.7.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Versicherungsleistung verlangt werden kann und die Anspruch stellende Person von den Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

4.7.2 Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung der Anspruch stellenden Person in Textform zugeht. Der Zeitraum zwischen der Anmeldung und dem Zugang unserer Entscheidung bleibt damit bei der Berechnung der Frist unberücksichtigt.

Anhang

Versicherungsmathematische Hinweise

Für die Ermittlung der Beiträge, die erforderlich sind, um die Versicherungsleistungen zu erbringen, haben wir als Rechnungszins 0,9 Prozent p. a. angesetzt und folgende unternehmenseigene geschlechtsunabhängige Wahrscheinlichkeits- tafeln verwendet:

- Sterbetafel „DÄV 2019T_BU“
- Invalidisierungstafel „DÄV 2019I_BU“
- Invalidensterbetafel „DÄV 2019TI_BU“
- Reaktivierungstafel „DÄV 2019 RI_BU“

Bei Leistungserhöhungen (zum Beispiel durch dynamische Anpassung) berechnen wir die hinzukommenden Leistungen in der Regel mit den Rechnungsgrundlagen, die wir bei Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegt haben. Wir sind allerdings berechtigt, den Erhöhungen die Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde zu legen. Sofern wir die Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde legen, werden wir Sie hierüber informieren.

Glossar

Anzeigepflichtverletzung

Bei Antragstellung obliegen Ihnen Anzeigepflichten. Diese verletzen Sie, wenn Sie oder die versicherte Person unvollständige und/oder falsche Angaben machen. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn Sie unsere Gesundheitsfragen falsch beantworten. Anzeigepflichten obliegen Ihnen auch im Laufe des Vertrages, z. B. bei Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person bei anerkannter Berufsunfähigkeit. Die Verletzung dieser Anzeigepflichten kann mit erheblichen Nachteilen für Sie verbunden sein.

Arglist

Liegt vor, wenn bewusst falsche Angaben gemacht werden oder Informationen verschwiegen werden mit dem Vorsatz, uns in die Irre zu führen. Sie handeln arglistig, wenn Sie bei uns vorsätzlich einen Irrtum hervorrufen, um uns zur Abgabe einer Willenserklärung zu veranlassen. Diese Täuschung kann durch Vorspiegelung falscher Tatsachen, aber auch durch einfaches Verschweigen einer Tatsache hervorgerufen werden. Hierzu müssen Sie wissen, oder es zumindest in Erwägung ziehen, dass die vorgespiegelten Tatsachen falsch sind.

Ausbildung

Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder Laufbahnausbildung für Beamte.

Beitragszahlungsdauer

Zeitraum, in dem Sie vertraglich verpflichtet sind, die Beiträge für Ihren Vertrag zu zahlen.

Bezugsberechtigter

Im Vertrag bestimmte Person, welche im Versicherungsfall die Leistungen erhalten soll.

Deckungsrückstellung

Versicherer sind gesetzlich verpflichtet, für ihre Verpflichtungen gegenüber ihren Versicherungsnehmern Deckungsrückstellungen zu bilden. Sie entsprechen dem Betrag, der bereitgestellt werden muss, damit zusammen mit künftigen Versicherungsbeiträgen die garantierten Versicherungsleistungen finanziert werden können.

Erklärungen

Sind Mitteilungen, die mindestens in Textform erfolgen müssen und einen rechtlichen Charakter haben können. Beispiel: Mitteilung zu Änderung des Bezugsberechtigten, Beantragung einer Beitragsfreistellung oder Kündigung.

Geschäftsbericht

Der Geschäftsbericht enthält u. a. die deklarierten Überschüsse für das jeweilige Geschäftsjahr. Er kann über unsere Internetseite www.aerzteversicherung.de eingesehen werden.

grob fahrlässig

Sie handeln grob fahrlässig, wenn Sie die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maß nicht beachten. Dies ist auch der Fall, wenn Sie schon einfachste, ganz naheliegende Überlegungen nicht anstellen.

juristische Personen

Eine rechtlich selbständige Vereinigung von Personen oder eine Vermögensmasse, die Träger von Rechten und Pflichten sein und daher am Rechtsverkehr teilnehmen kann. Deshalb kann sie zum Beispiel Verträge abschließen. Eine GmbH ist ein Beispiel für eine juristische Person.

Kostenüberschüsse

Entstehen, wenn die Kosten niedriger sind, als wir bei der Kalkulation des Tarifes angenommen haben.

Laufende Überschüsse/Überschussbeteiligung

Sie werden regelmäßig, z. B. jährlich, neu festgelegt. Die laufenden Überschüsse fließen in Ihr Vertragsvermögen und erhöhen dieses.

Leistungsdauer

Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Mitwirkungspflichten

Bei der Feststellung von Leistung aus dieser Versicherung sind wir auf das Mitwirken von Ihnen, der versicherten Person und dem Anspruchsteller angewiesen. Sie haben z. B. die Pflicht, die von uns für die Leistungsprüfung benötigten Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Rechnungsgrundlagen

Als Rechnungsgrundlagen bezeichnet man die verwendeten Parameter, die den versicherungsmathematischen Berechnungen zugrunde liegen.

Rechnungszins

Der Rechnungszins ist der Zinssatz, der für die Finanzierung der garantierten Leistungen erforderlich ist.

Risikoprüfung

Die Risikoprüfung wird zur individuellen Risikoeinstufung durchgeführt. Sie besteht aus der Gesundheitsprüfung und weiteren Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person (z. B. Beruf, Tätigkeitsmerkmale, ausgeübte Sportarten, Hobbys und Rauchverhalten) sowie der finanziellen Angemessenheitsprüfung.

Risikoüberschüsse

Entstehen, wenn der Verlauf des versicherten Risikos günstiger ist als bei der Kalkulation des Tarifes angenommen.

RFB Rückstellung für Beitragsrückerstattung

Wir führen einen Teil der Überschüsse zunächst der Rückstellung für die Beitragsrückerstattung zu. Hieraus erfolgt ggf. zu einem späteren Zeitpunkt die einzelvertragliche Überschussbeteiligung Ihres Vertrages im Rahmen der laufenden Überschussbeteiligung und des Schlussüberschusses. Würden die Gewinne direkt den einzelnen Verträgen zugeordnet, könnte deren Gewinnbeteiligung von Jahr zu Jahr beträchtlich schwanken.

Studium

Gemeint ist ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule.

Stundung

Sie können unter bestimmten Voraussetzungen für eine begrenzte Zeit die Zahlung Ihrer Beiträge aussetzen. Der Versicherungsschutz bleibt während dieser Zeit bestehen. Die nicht gezahlten Beiträge müssen Sie später verzinst nachzahlen.

Textform

Ihre Mitteilungen an uns genügen der Textform, wenn sie als E-Mail oder Fax versandt werden. Ein unterschriebener Brief ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Überschüsse

Überschüsse ergeben sich aus Gewinnen, die aus unterschiedlichen Quellen stammen können. Diese sind: Kostenüberschüsse, Zinsüberschüsse und Risikoüberschüsse.

unverzüglich

Bedeutet ohne schuldhaftes Zögern, d. h. so schnell wie möglich.

versicherte Person

Die im Vertrag bezeichnete Person, für die wir Versicherungsschutz gewähren. In der Privatversorgung können Sie als Versicherungsnehmer oder auch eine dritte Person sein. Fallen Versicherungsnehmer und versicherte Person auseinander, bedarf es der Zustimmung der versicherten Person zum Vertrag.

Versicherungsdauer

Wenn innerhalb dieses Zeitraums der Versicherungsfall (Berufsunfähigkeit) eintritt, erbringen wir unsere Leistung.

Versicherungsfall

Ist der Auslöser dafür, dass wir eine vertraglich vereinbarte Leistung zahlen. Zum Beispiel: Die versicherte Person wird berufsunfähig.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem Beginndatum der Versicherung um 12:00 Uhr und beträgt einen Zeitraum von genau 12 Monaten. Das bedeutet, dass alle folgenden Versicherungsjahre zu diesem Zeitpunkt beginnen oder enden. Beginnt beispielsweise eine Versicherung zum 01.04., dann endet das Versicherungsjahr am 31.03. des folgenden Jahres. Ein Versicherungsjahr beginnt und endet immer um 12:00 Uhr des jeweiligen Tages.

Versicherungsnehmer

Sind Sie als unser Vertragspartner. Dieser ist im Versicherungsschein genannt und erhält diesen.

Versicherungsschein

Auch Police genannt – Urkunde über den Versicherungsvertrag. Sie gibt Auskunft über die wesentlichen Vertragsinhalte. Sie benötigen diese Urkunde, wenn Sie Ihre Ansprüche auf Leistungen aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

vorsätzlich

Sie handeln vorsätzlich, wenn sie den Eintritt eines Ereignisses für sicher oder zumindest für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen bzw. herbeiführen oder verhindern wollen.

Zinsüberschüsse

Entstehen, wenn die Erträge unserer Kapitalanlagen höher sind, als der Betrag, den wir zur Finanzierung unsere garantierten Leistungen benötigen.

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für Heilberufe

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?
- § 3 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 4 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 5 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?
- § 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 7 Welches Recht findet Anwendung, was ist bei Meinungsverschiedenheiten zu beachten und wo ist der Gerichtsstand?
- § 8 Welche Regelungen gelten für eine garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall?
- § 9 Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?
- § 10 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?
- § 11 Was gilt bei einem Einstieg in das Berufsleben?
- § 12 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?
- § 13 Wie werden die Kosten verrechnet?
- § 14 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
- § 15 Unter welchen Voraussetzungen können wir die vereinbarten Beiträge neu festsetzen oder Bestimmungen für Ihre Versicherung ändern?

Anhang:

Änderungen der Bedingungen für versicherte Personen, die als letzte Tätigkeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit oder anderer leistungsbegründender Umstände keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben

Ergänzende Bedingungen für die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Ergänzende Bedingung für Auszubildende, freiwillig Wehrdienst Leistende, Leistende des Bundesfreiwilligendienstes und Studenten

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung berufsunfähig (§ 2), erbringen wir – längstens für die vereinbarte Leistungsdauer – folgende Versicherungsleistungen:

- a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen;
- b) bei Zusatztarif BUZD werden während der Berufsunfähigkeit zusätzlich die planmäßigen Beitragserhöhungen für die Hauptversicherung mit dem für die BUZD vereinbarten Erhöhungsprozentsatz jährlich beitragsfrei durchgeführt;
- c) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

(2) Die Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist der Zeitraum, in dem der Versicherungsschutz besteht. Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, in dem wir die vereinbarten Leistungen erbringen, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig geworden ist.

(3) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Zusatzversicherung berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Absatz 7), erbringen wir die volle Leistung, auch wenn Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 1 bis 6 bzw. Absatz 10 nicht vorliegt.

(4) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Zusatzversicherung berufsunfähig infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz (vgl. § 2 Absatz 9), erbringen wir die volle Leistung, auch wenn Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 1 bis 7 bzw. Absatz 10 nicht vorliegt.

(5) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe § 12).

Beginn des Leistungsanspruches

(6) Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eintritt. Abweichend kann für die Berufsunfähigkeitsrente ein aufgeschobener Leistungsbeginn individuell vereinbart sein. In diesem Fall beginnt die Leistung frühestens zu diesem Termin.

Ende des Leistungsanspruches

(7) Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung erlischt, wenn Berufsunfähigkeit nach § 2 nicht mehr vorliegt, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf

der vertraglichen Leistungsdauer oder mit Erreichen der für den Bezug der Altersrente erforderlichen Altersgrenze der Hauptversicherung.

Wiederaufleben der Leistung nach Ablauf der Versicherungsdauer

(8) Ist die Leistungsdauer länger als die vereinbarte Versicherungsdauer und wurde die Leistung vor dem Ende der Leistungsdauer eingestellt, weil Berufsunfähigkeit nach § 2 nicht mehr vorliegt, lebt die Leistung innerhalb der Leistungsdauer wieder auf, sofern die versicherte Person wegen der ursprünglichen Ursache erneut mindestens sechs Monate ununterbrochen berufsunfähig wird. Die Bestimmungen des § 9 gelten entsprechend.

Weltweiter Versicherungsschutz

(9) Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung besteht, sofern nichts anderes vertraglich vereinbart wurde, weltweit.

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

(10) Wir beraten und unterstützen Sie während der Vertragslaufzeit. Gerne stehen wir Ihnen auch telefonisch zur Verfügung, wenn Sie Fragen z. B. zum Versicherungsumfang, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung haben. Ebenso erhalten Sie Auskünfte zu erforderlichen Unterlagen, Nachweisen oder zur Beschreibung der beruflichen Tätigkeit und entsprechende Formulare.

Medizinische und berufliche Rehabilitations- und Integrationsberatung

(11) Wir bieten der versicherten Person bei Eintritt von Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 kostenlos eine Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch von uns beauftragte anerkannte Spezialisten an. Von uns als sinnvoll bestätigte Maßnahmen werden von unseren Spezialisten eingeleitet und begleitet. Maßnahmen sind sinnvoll, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass die Aufnahme einer Berufstätigkeit dadurch erfolgen kann.

Wir übernehmen während der Versicherungsdauer die Kosten für eine vollständig durchgeführte Maßnahme. Die Kosten übernehmen wir jedoch maximal bis zum sechsfachen der vereinbarten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente, höchstens 12.000,- Euro. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet diese Hilfe anzunehmen.

Leistung bei Einstellung von Krankentagegeld bzw. Krankengeld (Überbrückungshilfe)

(12) Wir erbringen Leistungen in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente und gewähren Beitragsbefreiung als Überbrückungshilfe, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer einen Anspruch auf Zahlung von

– Krankentagegeld gegen einen privaten Krankenversicherer erworben hat und diese Zahlung eingestellt wird, weil aus medizinischen Gründen eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen für die Krankentagegeldversicherung vorliegt, oder

– Krankengeld gegen einen gesetzlichen Krankenversicherer erworben hat und diese Zahlung eingestellt wird, weil die versicherte Person eine Rente wegen voller Erwerbsminderung von der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht. Zudem muss die versicherte Person in gesunden Tagen mindestens sechs Stunden am Tag gearbeitet haben.

Die Überbrückungshilfe ist in Textform zu beantragen. Sie kann nur dann beantragt werden, wenn zeitgleich Leistungen infolge Berufsunfähigkeit beantragt werden. Als Nachweis für die Überbrückungshilfe genügt die Übermittlung der Mitteilung des Krankenversicherers über die Leistungseinstellung.

Die Überbrückungshilfe kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden.

Wenn Ausschlüsse zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes vertraglich vereinbart sind, dann gelten diese Ausschlüsse auch für Leistungen bei Überbrückungshilfe.

Der Anspruch auf Überbrückungshilfe entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Krankentagegeldzahlungen des privaten Krankenversicherers bzw. die Krankengeldzahlungen des gesetzlichen Versicherers entfallen. Geht uns diese Entscheidung erst nach der Leistungseinstellung zu, so entsteht der Anspruch auf Überbrückungshilfe erst mit Beginn des Monats des Zugangs, sofern zu diesem Zeitpunkt noch Versicherungsschutz besteht. Dies gilt nicht, wenn die verspätete Meldung ohne schuldhaftes Versäumnis der versicherten Person erfolgt ist.

Der Anspruch auf Überbrückungshilfe besteht bis zu dem Ablauf des Monats unserer Leistungsentscheidung, maximal jedoch für sechs Monate. Der Anspruch auf Überbrückungshilfe endet ferner, wenn die versicherte Person stirbt oder die Leistungsdauer der Versicherung endet. Ein Anspruch auf Überbrückungshilfe besteht nicht, wenn wir für den Zeitraum der Überbrückungshilfe Leistungen infolge Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erbringen oder erbracht haben.

Bei einer rückwirkenden Anerkennung von Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit rechnen wir erbrachte Überbrückungshilfe auf diese Leistungen an. Ergibt unsere Prüfung, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, müssen als Überbrückungshilfe erbrachte Leistungen nicht zurückgezahlt werden.

Die Zahlung einer Überbrückungshilfe ist nicht mit einer Leistungsanerkennung der Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit gleichzusetzen. Wenn wir eine Überbrückungshilfe zahlen, können wir auch bezogen auf die Überbrückungshilfe unsere Rechte aufgrund einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht geltend machen (siehe § 4)

Beitragszahlung bis zur Leistungsentscheidung

(13) Wenn Sie eine Leistung beantragt haben, müssen Sie bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

Sie können verlangen, dass wir die Beiträge für mögliche Zeiten unserer Leistungspflicht stunden und hierfür keine Stundungszinsen erheben. Die während der Leistungsprüfung gestundeten Beiträge sind unverzüglich nachzuzahlen, wenn die Leistungsablehnung ausgesprochen oder eine ggf. binnen drei Monaten eingeleitete gerichtliche Auseinandersetzung mit der Bestätigung der Leistungsablehnung beendet wird. Sie können verlangen, dass die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung oder durch Verrechnung mit den Gewinnanteilen der Hauptversicherung, soweit vorhanden, getilgt werden. Sollte die Tilgung auf diesem Wege nicht möglich sein, teilen wir Ihnen das unverzüglich mit. Außerdem können Sie die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 48 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen erheben wir in diesem Fall nicht.

§ 2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?

Hinweis:

Unter dem Abschnitt „Änderung der Bedingungen für versicherte Personen, die als letzte Tätigkeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit oder anderer leistungsbegründender Umstände keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben“ finden Sie Abweichungen von § 2 Absätze 1, 3 und 5 bis 7 und 10.

(1) Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 Absatz 1 liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch einfach oder altersentsprechend), was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihrer vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

(2) Wenn nichts anderes vereinbart ist, liegt Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 Absatz 1 auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit wegen einer Infektionsgefahr ganz oder teilweise fortzuführen (Tätigkeitsverbot nach § 31 Infektionsschutzgesetz (IfSG)), und sich dieses Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt. Zum Nachweis des Vorliegens eines Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

Liegt ein solches Tätigkeitsverbot nicht vor, wird die Ansteckungsgefahr nach objektiven Kriterien und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft beurteilt. Im Zweifel wird dazu ein entsprechendes Gutachten eingeholt.

(3) Übt die versicherte Person jedoch eine andere, ihrer Ausbildung oder Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut konkret aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Als entsprechend wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich abweichenden Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei in der Regel eine Einkommensminderung von 20 % oder mehr gegenüber dem jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, wobei die individuellen Gegebenheiten sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung zu berücksichtigen sind. Im begründeten Einzelfall kann auch eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar sein.

Die Leistungspflicht des Versicherers bleibt allerdings auch erhalten, wenn die versicherte Person durch Erlangung von neuen Kenntnissen und Fähigkeiten eine andere berufliche Tätigkeit, die nicht einer Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut entspricht, ausübt. In diesem Fall liegt weiterhin Berufsunfähigkeit i.S. dieses Vertrages vor.

Was gilt bei Ausübung einer anderen Tätigkeit auf Weisung des Arbeitgebers?

(4) Hat die versicherte Person innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit auf Weisung des Arbeitgebers eine andere Tätigkeit ausgeübt, so wird auf Wunsch der versicherten Person die vorherige Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit berücksichtigt.

Auf eine abstrakte Verweisung wird verzichtet.

(5) Bei einer als niedergelassener oder freiberuflicher Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut tätigen versicherten Person setzt Berufsunfähigkeit zusätzlich voraus, dass sie außerstande ist, durch zumutbare Umorganisation ihres Arbeitsplatzes oder ihres Tätigkeitsbereichs sowie durch Zuweisung betrieblich anfallender Arbeitsabläufe an Mitarbeiter, sich ein

Tätigkeitsfeld zu schaffen, das mindestens 50 %ige Berufsunfähigkeit ausschließt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann, nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert. Die Stellung als Betriebsinhaber muss erhalten bleiben.

Wir verzichten bei Betrieben auf die Prüfung einer Umorganisation, wenn

- der Betrieb weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Als Mitarbeiter in diesem Sinne zählen ausschließlich Angehörige eines akademischen Heilberufes im Angestelltenverhältnis, oder
- die selbstständig oder freiberuflich tätige versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in ihrer täglichen Arbeitszeit zu mindestens 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten in dem Betrieb ausübt.

(6) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Leistungsbeeinträchtigung aus dem Beruf als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausgeschieden, so ist Maßstab für die Leistungsprüfung die zuletzt als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausgeübte Tätigkeit und ihre Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens. § 2 Absatz 5 gilt entsprechend. Ein Ausscheiden aus dem Berufsleben liegt nicht vor, wenn es sich nur um eine vorübergehende Unterbrechung der Berufsausübung von bis zu fünf Jahren handelt (z. B. wegen Mutterschutz, gesetzlicher Elternzeit, Arbeitslosigkeit). In diesen Fällen ist bei der Prüfung der Leistungsansprüche im Sinne der Absätze 1 und 5 die vor der Unterbrechung ausgeübte berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut und die damit verbundene Lebensstellung maßgeblich.

Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit vor?

(7) Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch einfach oder altersentsprechend) voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens eine der in Absatz 8 genannten Verrichtungen (Pflegepunkte) – auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel – täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen. Absatz 10 gilt entsprechend.

(8) Bewertungsmaßstab für die Feststellung der Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit sind Art und Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Für die Bewertung sind folgende Verrichtungen (Pflegepunkte) maßgebend:

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 für die Fortbewegung benötigt.
- 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 essen oder trinken kann.
- 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 weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

Pflegebedürftigkeit liegt ferner 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.

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Verbesserungen führen nur dann zu einer veränderten Beurteilung, wenn sie länger als drei Monate andauern.

Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge mittelschweren oder schweren Demenz vor?

(9) Berufsunfähigkeit infolge Demenz liegt vor, bei mittelschweren oder schweren Hirnleistungsstörungen (Definition siehe unten), die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden, wenn als deren Folge die versicherte Person voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich selbst oder andere sonst erheblich gefährden würde.

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

Die Diagnose einer mittelschweren oder schweren Demenz ist durch einen Facharzt (Neurologie) auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5, Global Deterioration Scale – GDS, Einteilung der Demenz in sieben Grade, Stand 08/2014) nach Reisberg vorliegen. Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden. Leichte oder mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere oder schwere Demenz im oben genannten Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

Wann liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Prognose nicht möglich ist?

(10) Kann nicht festgestellt werden, dass ein Zustand gemäß den Absätzen 1 bis 7 bzw. Absatz 9 voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen andauern wird, gilt es als Berufsunfähigkeit von Beginn an, wenn der entsprechend beeinträchtigende Zustand tatsächlich länger als sechs Monate andauert hat.

§ 3 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Versicherungsfall gekommen ist.

Ausschlusstatbestände

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:

- a) Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
Dagegen besteht Versicherungsschutz, wenn
 - der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war (z. B. im Rahmen humanitärer Hilfeleistungen, wie bspw. Ärzte ohne Grenzen);
 - die versicherte Person als Angehöriger der Deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich beauftragter Organisationen an deren rein humanitären Hilfeleistungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland teilnimmt und während oder infolge derartiger Einsätze der Versicherungsfall eintritt;
- b) Durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat oder eines Vergehens durch die versicherte Person. Bei Verkehrsdelikten und fahrlässigen Verstößen leisten wir trotzdem;
- c) Durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchter Selbsttötung; hingegen besteht Versicherungsschutz, wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;
- d) Durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich den Versicherungsfall bei der versicherten Person herbeigeführt haben;
- e) Durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;
- f) Unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen geeignet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Die Einschränkung unserer Leistungspflichten nach e) und f) besteht nur dann, wenn es sich um Großschadensereignisse handelt, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen gefährden. Die Gefährdung muss dabei zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führen, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies ist der Fall, wenn mehr als 1‰ des Versichertenbestandes davon betroffen ist. Das Vorliegen der Voraussetzungen muss von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt werden. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf der Prüfung fällig.

Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu erbringen.

(3) Bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder bei arglistiger Täuschung kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen entfallen. Die Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zu den Rechtsfolgen von deren Verletzung finden Sie in § 4.

§ 4 Was bedeutet die 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.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

(2) Haben Sie oder die versicherte Person Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben (vgl. vorstehenden Absatz), nicht oder nicht richtig angegeben, können wir von der Zusatzversicherung zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir die Zusatzversicherung auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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 – unabhängig vom Bestehen eines Ursachenzusammenhangs – zur Leistung nicht verpflichtet.

Wird die Zusatzversicherung durch Rücktritt aufgehoben, erlischt dieser Vertragsteil ohne dass eine Leistung fällig wird. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(3) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir die Zusatzversicherung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir die Zusatzversicherung auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(4) Kündigen wir die Zusatzversicherung besteht kein Versicherungsschutz. Auch die Rückzahlung der geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Rückwirkende Vertragsanpassung

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

Ausübung von Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung

(6) Die in den vorstehenden Absätzen genannten Rechte stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen diese Rechte innerhalb eines Monats ausüben. 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.

Wir können uns auf diese Rechte allerdings nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bei Vertragsschluss kannten.

Diese Rechte können wir innerhalb von fünf Jahren und, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben, innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Fristen eingetreten sind, können wir unsere Rechte ohne diese zeitliche Beschränkung ausüben. Die Ausübung dieser Rechte erfolgt durch 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.

(7) Haben Sie bzw. die versicherte Person die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht der Kündigung und zur Vertragsanpassung.

Anfechtung

(8) Falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehemmung Einfluss genommen worden ist, können wir die Zusatzversicherung wegen arglistiger Täuschung auch anfechten. Handelt es sich um Angaben der (mit-)versicherten Person(-en), können wir die Anfechtung Ihnen gegenüber erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

Mit Zugang unserer Anfechtungserklärung ist die Zusatzversicherung von Anfang an nichtig. Dies hat zur Folge, dass zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung bestand. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Ausübung der Anfechtung

(9) Die Anfechtung müssen wir innerhalb eines Jahres ab Kenntnis der arglistigen Täuschung schriftlich ausüben. Die Anfechtung können wir nur innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss erklären.

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.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(10) Die vorvertragliche Anzeigepflicht und die aus der Verletzung dieser Pflicht resultierenden Rechte nach den vorstehenden Absätzen gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Zusatzversicherung entsprechend. Die in den vorstehenden Absätzen genannten Fristen gelten mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils.

§ 5 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?

(1) Ergänzend zu den Anforderungen aus den Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung unter der Überschrift „Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?“ sind uns von der Anspruch stellenden Person, wenn Leistungen geltend gemacht werden, unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles;
- ausführliche Berichte der Ärzte, 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, bzw. der Pflegebedürftigkeit oder der Demenz;
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, ihre Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- bei Berufsunfähigkeit infolge Demenz eine Demenzeinstufung aufgrund der Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, ausgestellt durch eine Pflegeeinrichtung oder von einem Arzt, sowie ein Testat des behandelnden Arztes;
- bei Berufsunfähigkeit nach § 2 Absatz 2 zusätzlich die Verfügung der zuständigen Behörde im Original oder amtlich beglaubigt;
- eine Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder sofern bekannt sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder vergleichbarer leistungsbegründender Umstände geltend machen könnte,
 - über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat die Anspruch stellende Person zu tragen.

(2) Auf unsere Kosten können wir außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere auch zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen durch Angehörige von nichtärztlichen Heilberufen und über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person (z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen) sowie ihre jeweiligen Veränderungen.

Wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält, können wir verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die allgemein üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class sowie die Unterbringung in einem 4-Sterne Hotel.

Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen. Sofern sich die versicherte Person in Deutschland aufhält, übernehmen wir ebenfalls die angefallenen Untersuchungskosten sowie die allgemein üblichen Reise- und Aufenthaltskosten.

Die versicherte Person hat Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, bei denen sie in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt hat, zu ermächtigen, uns auf Verlangen sachdienliche Auskunft zu erteilen. Alternativ hat die versicherte Person uns diese erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen.

Weiterhin hat die versicherte Person ihre bisherigen Arbeitgeber zu ermächtigen, uns auf Verlangen sachdienliche Auskunft über die finanziellen Gegebenheiten und über die Ausgestaltung der konkreten Tätigkeit zu erteilen. Alternativ hat die versicherte Person uns diese erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen.

Ist die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit selbstständig tätig, so sind uns auf Verlangen alle erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen, die für die Prüfung benötigt werden, ob der Betrieb der versicherten Person, in dem sie selbstständig tätig ist, so umorganisiert werden kann, dass die Fortdauer der selbstständigen Tätigkeit möglich ist.

(3) Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende und behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Berufsunfähigkeit grundsätzlich nicht entgegen. Die versicherte Person ist jedoch im Rahmen der allgemeinen Schadenminderungspflichten angehalten, zumutbaren Anweisungen ihrer Ärzte zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten.

Zumutbar sind Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem sichere Aussicht auf Besserung des Gesamtzustandes bieten. Dabei handelt es sich um Maßnahmen wie die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

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

(1) Nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterlagen erklären wir innerhalb von höchstens einer Woche in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Solange entscheidungserhebliche Unterlagen fehlen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

(2) Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus. Wir können aber in begründeten Einzelfällen, in denen einem endgültigen Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen, einmalig ein auf maximal zwölf Monate zeitlich begrenztes Anerkenntnis in Textform aussprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Anschließend wird die Berufsunfähigkeit erneut beurteilt.

§ 7 Welches Recht findet Anwendung, was ist bei Meinungsverschiedenheiten zu beachten und wo ist der Gerichtsstand?

Die Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung unter der Überschrift „Welches Recht findet Anwendung, was haben Sie bei Meinungsverschiedenheiten zu beachten und wo ist der Gerichtsstand?“ gelten entsprechend. Im Übrigen weisen wir Sie auf folgende Besonderheiten hin:

(1) Bevor Sie einen Anspruch gegen uns gerichtlich geltend machen, können Sie, wenn Sie dies wünschen, den Beirat der Gesellschaft anrufen. Ihr Antrag muss dem Beirat bis zum Ablauf von drei Monaten seit dem Eingang unseres ablehnenden Bescheides zugegangen sein. Der Beirat ist berechtigt, uns innerhalb von sechs Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist, zu empfehlen, unseren ablehnenden Bescheid abzuändern. Sehen wir uns außerstande, der Empfehlung zu folgen, oder sind Sie auch mit unserem abgeänderten Bescheid nicht einverstanden, können Sie jederzeit den Anspruch auf die Leistung gerichtlich geltend machen.

(2) Beschränken sich die Meinungsverschiedenheiten auf die Frage, ob, in welchem Grad oder von welchem Zeitpunkt an die Berufsunfähigkeit vorliegt, entscheidet anstelle des Gerichts ein Ärzteausschuss, wenn sich beide Seiten darauf einigen. Der den Anspruch Erhebende muss sich innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Leistungsentscheidung äußern, ob er das Verfahren vor dem Ärzteausschuss wünscht.

(3) Lässt der den Anspruch Erhebende die Sechsmontatsfrist verstreichen, ohne dass er entweder Ansprüche gerichtlich geltend macht oder das Verfahren vor dem Ärzteausschuss verlangt, sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen.

(4) Für die Zusammensetzung, das Verfahren und die Kosten des Ärzteausschusses gelten die folgenden Regeln:

- Zusammensetzung
 - Der Ärzteausschuss setzt sich zusammen aus zwei Ärzten, von denen jede Partei

einen benennt, und einem Obmann. Dieser wird von den beiden von den Parteien benannten Ärzten gewählt. Es soll ein in der Begutachtung der Berufsunfähigkeit erfahrener Arzt sein, der nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer der Parteien steht. Einigen sich die von den Parteien gewählten Ärzte nicht binnen eines Monats auf einen Obmann, wird dieser auf Antrag einer Partei vom Präsidenten der für den letzten inländischen Wohnsitz der versicherten Person zuständigen (Landes-) Ärztekammer benannt. Hat die versicherte Person keinen inländischen Wohnsitz, ist die für den Sitz des Versicherers zuständige Ärztekammer maßgebend. Benennt eine Partei ihr Ausschussmitglied nicht binnen eines Monats, nachdem sie von der anderen Partei hierzu aufgefordert ist, wird dieses Ausschussmitglied gleichfalls durch den Präsidenten der (Landes-) Ärztekammer benannt.

b) Verfahren

Nach Bildung des Ausschusses bitten wir den Obmann, das Verfahren durchzuführen und übersenden ihm die erforderlichen Unterlagen. Der Obmann bestimmt im Benehmen mit den beiden Ausschussmitgliedern Ort und Zeit des Zusammentritts und benachrichtigt hiervon mindestens eine Woche vor dem Termin die Parteien. Er kann sich wegen weiterer Aufklärung des Sachverhalts an die Parteien wenden. In der Sitzung ist die versicherte Person, soweit möglich, zu hören und erforderlichenfalls zu untersuchen. Erscheint die versicherte Person unentschuldig nicht, kann der Ausschuss aufgrund der Unterlagen entscheiden. Die Entscheidung ist schriftlich zu begründen und vom Obmann zu unterzeichnen.

c) Kosten

Ist die Entscheidung des Ärzteausschusses für uns ungünstiger als unser bisheriges Leistungsangebot, übernehmen wir die Kosten des Ärzteausschusses in voller Höhe, anderenfalls hat der den Anspruch Erhebende diese Kosten selbst zu tragen. Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Kosten können Sie der Tabelle „Gebühren für besondere Leistungen“ entnehmen.

§ 8 Welche Regelungen gelten für eine garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall?

Ihrem Versicherungsschein können Sie entnehmen, ob eine garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall Bestandteil Ihrer Versicherung ist. Für diese gelten die nachfolgenden Regelungen:

(1) Ist zu Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung vereinbart, dass nach Eintritt der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit eine planmäßige Steigerung der Rente erfolgt, wird diese ab dem Jahrestag des Versicherungsbeginns durchgeführt, der auf den Monat der Anerkennung der Berufsunfähigkeit folgt.

Einzelheiten zum Maßstab und Umfang der mitversicherten garantierten Steigerung der Rente im Leistungsfall können Sie Ihrem Versicherungsschein und den Bedingungen für die Dynamik entnehmen.

(2) Eine mitversicherte garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall erfolgt jährlich, solange der Leistungsanspruch aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung besteht.

(3) Während der Dauer des Leistungsanspruchs aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung sind Sie von der Beitragszahlungspflicht auch für die Erhöhungen befreit.

(4) Endet unsere Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, gilt Ihre wieder auflebende Beitragszahlungspflicht nur für die Höhe der garantierten Berufsunfähigkeitsrente zu Beginn der Leistung. Diese gilt als neue Ausgangsbasis für die garantierte Steigerung der Rente. Wünschen Sie, dass auch die während des Leistungsbezuges erfolgten Rentenerhöhungen weiterhin Berücksichtigung finden, müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt unseres Schreibens zur Beendigung unserer Leistungspflicht in Textform beantragen, dass Ihre wieder auflebende Beitragszahlungspflicht auch hierfür gelten soll.

§ 9 Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?

Hinweis:

Unter dem Abschnitt „Änderung der Bedingungen für versicherte Personen, die als letzte Tätigkeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit oder anderer leistungsbegründender Umstände keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben“ finden Sie Abweichungen von § 9 Absätze 1 bis 3

Nachprüfung

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen des Versicherungsfalles gemäß § 2 sowie das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. 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.

Zu den sachdienlichen Auskünften zählen insbesondere Erklärungen zu:

- Beginn, Ursache, Art, Verlauf der Krankheit, Störungen des Heilungsprozesses,
- medizinischen Behandlungen und gesundheitsrelevanten Lebensumständen,
- der beruflichen Tätigkeit und den wirtschaftlichen und steuerlichen Verhältnissen der versicherten Person sowohl vor dem Eintritt des Versicherungsfalles als auch deren Veränderungen bis zur aktuellen Nachprüfung.

Die Bestimmungen des § 5 gelten entsprechend.

(2) Wir können erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit im Sinne von § 2 konkret ausübt, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. durch Umschulung, Fortoder Weiterbildung) zu berücksichtigen sind.

Wiedereingliederungs- und Umorganisationshilfe

(3) Im Einzelfall können Sie eine Wiedereingliederungs- bzw. eine Umorganisationshilfe beantragen,

– wenn durch Aneignung neuer Kenntnisse und Fähigkeiten eine neue berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut konkret ausgeübt werden kann und

– diese auch der Lebensstellung im Sinne von § 2 Absatz 3 vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.

Eine Umorganisationshilfe für einen als niedergelassenen oder freiberuflich tätigen Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeuten, erbringen wir im Einzelfall:

– wenn die Umorganisation im Sinne von § 2 Absatz 5 betrieblich sinnvoll ist, d. h. sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann und

– wenn die Lebensstellung (Stellung als Praxis- oder Apothekeninhaber) der vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht, d. h. nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert.

Grundvoraussetzung für die Zahlung von Wiedereingliederungs- oder Umorganisationshilfe ist außerdem, dass eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert ist, aus der noch mindestens zwölf Monate Leistungen fließen.

Ein Anspruch auf Wiedereingliederungs- oder Umorganisationshilfe besteht jedoch nicht.

Mitteilungspflicht bei Änderungen

(4) Sofern Sie Leistungen aus diesem Vertrag erhalten oder beantragt haben, müssen Sie uns die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit unverzüglich mitteilen.

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Berufsunfähigkeit

(5) 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.

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Pflegebedürftigkeit

(6) Ist die Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit weggefallen, gilt Absatz 5 entsprechend.

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Demenz

(7) Ist die Berufsunfähigkeit infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz weggefallen oder hat sich der Umfang der Demenz auf einen Schweregrad von weniger als fünf nach Reisberg (GDS 5) reduziert, gilt Absatz 5 entsprechend.

§ 10 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

(1) Bis zur Erfüllung der Mitwirkungspflichten nach § 5 oder § 9 können wir Versicherungsleistungen zurückbehalten. Dies gilt auch, wenn wir aufgrund Widerrufs oder Einschränkung der erteilten Schweigepflichtentbindung und/oder Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung gehindert sind, unsere Leistungspflicht zu prüfen.

(2) Nach Erfüllung der Mitwirkungspflichten sind wir grundsätzlich nur für die Zeiträume zur Leistung verpflichtet, für die uns das Vorliegen des Versicherungsfalles nachgewiesen ist.

(3) Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten arglistig nicht erfüllt wurden, sind wir leistungsfrei.

(4) Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten vorsätzlich nicht erfüllt wurden, sind wir leistungsfrei. Unsere Leistungspflicht bleibt aber insoweit bestehen, als die Verletzung für die Feststellung weder des Versicherungsfalles, noch des Umfangs der Leistungspflicht ursächlich war.

(5) Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten grob fahrlässig nicht erfüllt wurden, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dass die Fahrlässigkeit nicht grob war, muss der Versicherungsnehmer nachweisen. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) Die teilweise oder vollständige Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 11 Was gilt bei einem Einstieg in das Berufsleben?

(1) Ist die versicherte Person bei Versicherungsbeginn Student, Referendar, Auszubildender oder Beamtenanwärter hat sie das Recht, eine Bessereinstufung der bei

Antragsstellung zugrunde gelegten Berufsgruppe ohne erneute Gesundheitsüberprüfung zu verlangen. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- die versicherte Person hat ihre Ausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder ihr Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule oder ihr Referendariat erfolgreich abgeschlossen;
- die versicherte Person nimmt eine zeitlich unbefristete berufliche Tätigkeit auf;
- die entsprechende Beantragung der Bessereinstufung in Textform erfolgt bis spätestens sechs Monate nach Abschluss ihrer Ausbildung, ihres Studiums, ihres Referendariats bzw. Aufnahme der erstmaligen beruflichen Tätigkeit. Sofern eine Probezeit vereinbart ist, muss diese erfolgreich beendet sein und die Frist von sechs Monaten beginnt nach Ablauf der Probezeit;
- die Versicherung hat maximal vor fünf Jahren begonnen;
- die ausgeübte Tätigkeit lässt, nach den gültigen Grundlagen der Tarifierung, 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. Bereits vereinbarte Leistungsausschlüsse und Zuschläge bleiben bestehen.

Sofern eine Verlängerung der Versicherungs- und Leistungsdauer gewünscht wird, muss folgendes beachtet werden:

- eine erneute Gesundheitsüberprüfung der versicherten Person ist notwendig;
- die Verlängerung der Dauern muss
 - bei einer Rentenversicherung innerhalb der ursprünglichen Aufschubzeit liegen;
 - bei einer Risiko-Lebensversicherung innerhalb der ursprünglichen Versicherungsdauer liegen.

(2) Eine Erhöhung der versicherten Rente ist im Rahmen einer anlassabhängigen Erhöhung (beruflicher Anlass) möglich:

- Erfolgreicher Abschluss der Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder des Studiums an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule und Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit.

Hierbei sind die in den „Bedingungen für die Ausübung von Optionen“ aufgeführten Regelungen zu beachten.

§ 12 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?

Überschüsse können sich aus unterschiedlichen Quellen ergeben; sie werden – wie in den Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung unter der Überschrift „Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?“ beschrieben – ermittelt und verteilt.

Überschusshöhe

(1) Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden und kann gegebenenfalls auch ganz entfallen. Sie hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind – allein schon wegen der langen Vertragslaufzeit – nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar.

Bei der Ermittlung, Feststellung und Verteilung der Überschüsse auf die einzelnen Versicherungen steht uns im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ein Ermessensspielraum zu.

Bestandsgruppen

(2) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zur Bildung von Überschüssen bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bei deren Bildung berücksichtigen wir derzeit beispielsweise

- das versicherte Risiko (z. B. Tod, Langlebigkeit, Berufsunfähigkeit),
- die Art der Kapitalanlage (z. B. konventionell, fondsgebunden).

Die Verteilung der Überschüsse auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu ihrer Entstehung beigetragen haben. Des Weiteren berücksichtigen wir insbesondere

- die Grundlagen der Beitragskalkulation (z. B. Rechnungszins, Sterbetafel),
- die Art des Versicherungsvertrages (z. B. laufende Beitragszahlung, Einmalbeitrag),
- die Kapitalmarktverhältnisse.

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, der Ihr Vertrag zugeordnet ist. Während der Anwartschaftszeit ist dies die Bestandsgruppe der Hauptversicherung. Nach Rentenbeginn ist das Einzelgeschäft der Bestandsgruppe 113, das Kollektivgeschäft der Bestandsgruppe 125 zugeordnet.

Überschussbeteiligung vor Eintritt des Versicherungsfalles

(3) Bis zur Zuteilung von Überschüssen bestehen keine Wartezeiten.

(4) Folgende Überschussysteme können – abhängig von dem mit Ihnen vereinbarten Tarif – gewählt werden:

– **Leistungsfallbonus:** Die im Leistungsfall fällige Rente wird um einen bestimmten Prozentsatz erhöht und zusammen mit dieser ausbezahlt. Solange der Leistungsfall noch nicht eingetreten ist, wird der für den Leistungsfallbonus maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) jährlich neu festgesetzt, er kann ggf. auch Null betragen. Bei Beginn der Rentenzahlung wird der aktuelle Bonussatz verbindlich festgelegt, damit ist die Höhe der Rente aus dem Leistungsfallbonus für die weitere Dauer der Berufsunfähigkeit garantiert. Wenn ausschließlich eine Beitragsbefreiung im Sinne von § 1 Absatz 1 a) versichert ist, sagen wir für den Versicherungsfall ebenfalls einen Leistungsfallbonus zu. Dieser Leistungsfallbonus wird zusammen mit den weiteren Überschussanteilen, die sich nach dem Deckungskapital der Zusatzversicherung bemessen, verzinslich angesammelt. Dieser Überschuss wird bei Fälligkeit einer Leistung aus der Hauptversicherung zur Erhöhung dieser Leistung verwendet.

– **Beitragsverrechnung:** Die Überschussanteile werden mit dem Tarifbeitrag der Zusatzversicherung verrechnet, so dass sich ein geringerer zu zahlender Beitrag ergibt.

Welches Überschussystem Sie gewählt haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

(5) Haben Sie das Überschussystem „Leistungsfallbonus“ gewählt und ist eine Rente im Sinne von § 1 Absatz 1 c) versichert und der Leistungsfall ist noch nicht eingetreten, gilt folgendes:

Sollte der für den Leistungsfall maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) künftig herabgesetzt werden, sind Sie berechtigt, innerhalb von drei Monaten, nachdem wir Sie über die Herabsetzung informiert haben, zum Herabsetzungstermin die versicherte Rente gegen einen zusätzlichen Beitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung so zu erhöhen, dass der bisherige Versicherungsschutz einschließlich der Rente aus dem Leistungsfallbonus wieder erreicht wird.

Überschussbeteiligung nach Eintritt des Versicherungsfalles

(6) Überschüsse nach Eintritt des Versicherungsfalles können jährlich zugeteilt werden. Die Zuteilung erfolgt erstmals nach Ablauf eines Jahres seit Versicherungsbeginn. Dies gilt aber nur dann, wenn seit Leistungsanerkennung zu diesem Zeitpunkt sechs Monate vergangen sind. Ansonsten erfolgt die Zuteilung ein Jahr später.

Folgende Überschussysteme bestehen:

– **Verzinsliche Ansammlung:** Wenn ausschließlich eine Beitragsbefreiung im Sinne von § 1 Absatz 1 a) versichert ist, wird die Überschussbeteiligung zusammen mit den weiteren Überschussanteilen, die sich nach dem Deckungskapital der Zusatzversicherung bemessen, verzinslich angesammelt. Dieses Überschussgut haben wir bei Fälligkeit einer Leistung aus der Hauptversicherung zur Erhöhung dieser Leistung verwendet.

– **Dynamische Gewinnrente:** Die Rente kann sich um einen jährlich neu festgelegten Prozentsatz erhöhen. Dies ist nicht garantiert und hängt von der Überschussentwicklung ab.

§ 13 Wie werden die Kosten verrechnet?

(1) 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 Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV i.V.m. § 169 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (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.

(2) Dies gilt nicht, wenn Ihr Vertrag die Zahlung eines Einmalbeitrages vorsieht. In diesem Fall werden alle Abschluss- und Vertriebskosten mit diesem verrechnet.

Sieht Ihr Vertrag eine laufende Beitragszahlung über weniger als fünf Jahre vor, werden die Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die in diesem Zeitraum gezahlten Beiträge verteilt.

§ 14 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

Einheit mit der 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, bei Rentenversicherungen zum vorgesehenen Rentenbeginn, erlischt der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung.

(2) Die Zusatzversicherung kann bei einer Wiederinkraftsetzung der Hauptversicherung nicht wieder aufleben, wenn Sie bei Beitragsfreistellung bzw. Herabsetzung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente für den entfallenden Versicherungsschutz eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsüberprüfung abgeschlossen haben. Die Regelung zur Mindesthöhe der Berufsunfähigkeitsrente im u.a. Abschnitt „Herabsetzung der Versicherungsleistung“ dieses Paragraphen bleibt unberührt.

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

Kündigung

(4) Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen. In den letzten zehn Versicherungsjahren kann die Zusatzversicherung jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden. Bei einer Kündigung in den letzten zehn Versicherungsjahren nehmen wir bei der Berechnung des Rückkaufwertes der Hauptversicherung eine Saldierung des eventuell negativen Deckungskapitals der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit dem positiven Deckungskapital der Hauptversicherung vor. Bei Rentenversicherungen mit Indexpartizipation und fondsgebundenen Rentenversicherungen erfolgt die Saldierung mit dem Sondervermögen. Ist kein Sondervermögen vorhanden, erfolgt eine Saldierung mit dem Sicherungsvermögen.

Wenn Sie die Zusatzversicherung kündigen, entsteht Ihnen daraus kein Anspruch auf einen Rückkaufwert.

(5) Eine Zusatzversicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind (beitragsfreie Zusatzversicherung, Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag), können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Bei einer Kündigung in den letzten zehn Versicherungsjahren nehmen wir bei der Berechnung des Rückkaufwertes der Hauptversicherung eine Saldierung des eventuell negativen Deckungskapitals der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit dem positiven Deckungskapital der Hauptversicherung vor. Bei Rentenversicherungen mit Indexpartizipation und fondsgebundenen Rentenversicherungen erfolgt die Saldierung mit dem Sondervermögen. Ist kein Sondervermögen vorhanden, erfolgt eine Saldierung mit dem Sicherungsvermögen.

Wenn Sie die Zusatzversicherung kündigen, entsteht Ihnen daraus kein Anspruch auf einen Rückkaufwert.

Beitragsfreistellung

(6) Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln, und nur dann, wenn die beitragsfreie Mindestrente von monatlich 25,- Euro erreicht wird.

Bei einer Beitragsfreistellung in den letzten zehn Versicherungsjahren nehmen wir bei der Berechnung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente eine Saldierung des eventuell negativen Deckungskapitals der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit dem positiven Deckungskapital der Hauptversicherung vor. Bei Rentenversicherungen mit Indexpartizipation und fondsgebundenen Rentenversicherungen erfolgt die Saldierung mit dem Sondervermögen. Ist kein Sondervermögen vorhanden, erfolgt eine Saldierung mit dem Sicherungsvermögen.

Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeitsrente und der Leistung aus der Hauptversicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung bei konventionellen Rentenversicherungen und bei Risikolebensversicherungen in der Privatversorgung nicht verändert. Das vorgenannte Verhältnis wird hingegen bei Rentenversicherungen mit Indexpartizipation und fondsgebundenen Rentenversicherungen nicht aufrechterhalten.

Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode. Der aus der Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehende Betrag vermindert sich um rückständige Beiträge.

Wird die Mindestrente nicht erreicht, endet die Zusatzversicherung und Ihnen erwächst kein Anspruch auf einen Rückkaufwert.

Fortführung des Berufsunfähigkeitsschutzes bei Beitragsfreistellung oder Reduzierung der Rentenversicherung als Hauptversicherung

(7) Wird die in Form einer Rentenversicherung bestehende Hauptversicherung beitragsfrei gestellt, können Sie innerhalb eines Monats nach dem Beitragsfreistellungstermin beantragen, dass die durch die Beitragsfreistellung entfallende versicherte garantierte Rente für den Fall der Berufsunfähigkeit ohne Gesundheitsprüfung in eine neue selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung übernommen wird. Dieser Antrag kann auch gestellt werden, falls eine bestehende Berufsunfähigkeitsrente auf Grund einer Reduzierung der Hauptversicherung reduziert werden musste. Diesen Antrag werden wir annehmen, wenn wir zu diesem Zeitpunkt ein entsprechendes Produkt bzw. einen entsprechenden Tarif anbieten. Der Beitragsfreistellungstermin ist dann gleichzeitig der Beginn dieser Versicherung. Hierbei erlischt dann die Zusatzversicherung zum Beitragsfreistellungstermin. Sie kann bei einer Wiederinkraftsetzung der Hauptversicherung nicht wieder aufleben.

Diese Möglichkeit haben Sie nur, wenn weder Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung bezogen oder beantragt wurden noch sind solche objektiv eingetreten.

Die Beiträge für die neu abzuschließende selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung errechnen sich nach dem zum Übertragungstermin erreichten Lebensalter der versicherten Person, der Laufzeit des hinzukommenden Versicherungsschutzes und der aktuellen Berufstarifierung. Es gelten die dann gültigen Mindestbeiträge für die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung. Weiterhin liegen dem Neuvertrag der dann gültige Tarif sowie die aktuellen Annahmerichtlinien zugrunde.

Die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ist ein rechtlich selbstständiger Versicherungsvertrag mit gesonderten Beiträgen und Versicherungsleistungen. Bei Abschluss fallen erneut Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten an. Die Fristen für eventuelle steuerliche Vergünstigungen beginnen erneut zu laufen.

Herabsetzung der Versicherungsleistung

(8) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung wird die reduzierte Berufsunfähigkeitsrente nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnet. Eine Berufsunfähigkeitsrente von monatlich 50,- Euro darf nicht unterschritten werden.

FamilyPlus

(9) Sie können verlangen bei vollem Versicherungsschutz von der Beitragszahlungspflicht zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung befreit zu werden.

Hierfür gelten folgende Voraussetzungen:

- Die Beitragsfreiheit gilt nur, sofern die versicherte Person gesetzliches Elterngeld bezieht. Dieses muss uns in Textform nachgewiesen werden.
- Diese Möglichkeit besteht nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres und muss uns mit einer Frist von einem Monat angezeigt werden.
- Die Befreiung kann mehrmals während der Versicherungsdauer für insgesamt maximal sechs Monate pro Kind in Anspruch genommen werden, falls für diesen Zeitraum Elterngeld bezogen wurde.

Die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beginnt ab dem Folgemonat nachdem uns Ihre Meldung zugegangen ist. Nach Ablauf der Beitragsfreiheit lebt die Pflicht zur Beitragszahlung automatisch wieder auf. Die Beitragsfreiheit kann nicht zeitgleich mit einer Beitragsstundung vorgesehen werden. Während einer Beitragsfreiheit erfolgt keine dynamische Erhöhung des Versicherungsschutzes.

Bei Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung

(10) Erbringen wir Leistungen aus der Zusatzversicherung, berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (Rückkaufwert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weiter gezahlt hätten.

(11) 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.

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

§ 15 Unter welchen Voraussetzungen können wir die vereinbarten Beiträge neu festsetzen oder Bestimmungen für Ihre Versicherung ändern?

(1) Unter den Voraussetzungen von § 163 VVG sind wir berechtigt, den Beitrag neu festzusetzen oder die Versicherungsleistung herabzusetzen. Sollte eine Erhöhung der Beiträge erforderlich sein, können Sie stattdessen die Herabsetzung der Versicherungsleistung verlangen.

Eine Neufestsetzung des Beitrages oder Herabsetzung der Versicherungsleistung können wir nur vornehmen, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die weiteren Voraussetzungen nach § 163 Absatz 1 Nr. 1 und 2 VVG überprüft und bestätigt hat.

Änderungen nach § 163 VVG werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem wir Sie davon benachrichtigt haben.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir unter den Voraussetzungen des § 164 VVG diese durch eine neue Regelung ersetzen. Eine neue Regelung wird zwei Wochen nach Mitteilung wirksam.

Änderungen der Bedingungen für versicherte Personen, die als letzte Tätigkeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit oder anderer Leistungsbegründender Umstände keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben.

Abweichend von § 2 Absätze 1, 3 und 5 bis 7 und 10 sowie § 9 Absätze 1 bis 3 gelten die folgenden Bestimmungen (alle sonstigen Regelungen dieser Bedingungen gelten entsprechend):

§ 2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?

(1) Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 Absatz 1 liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch einfach oder altersentsprechend), was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, ihrer vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

(3) Übt die versicherte Person jedoch eine andere, ihrer Ausbildung oder Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit konkret aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Als entsprechend wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich abweichenden Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei in der

Regel eine Einkommensminderung von 20% oder mehr gegenüber dem jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, wobei die individuellen Gegebenheiten sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung zu berücksichtigen sind. Im begründeten Einzelfall kann auch eine unter 20% liegende Einkommensminderung unzumutbar sein.

Auf eine abstrakte Verweisung wird verzichtet.

(5) Bei einer selbstständig oder freiberuflich tätigen versicherten Person setzt Berufsunfähigkeit zusätzlich voraus, dass sie außerstande ist, durch zumutbare Umorganisation ihres Arbeitsplatzes oder ihres Tätigkeitsbereichs sowie durch Zuweisung betrieblich anfallender Arbeitsabläufe an Mitarbeiter, sich ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das mindestens 50%ige Berufsunfähigkeit ausschließt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann, nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert. Die Stellung als Betriebsinhaber muss erhalten bleiben.

Wir verzichten bei Betrieben auf die Prüfung einer Umorganisation, wenn

- der Betrieb weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Als Mitarbeiter in diesem Sinne zählen ausschließlich aus- oder angelernte Angestellte, Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt, oder
- die selbstständig oder freiberuflich tätige versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in ihrer täglichen Arbeitszeit zu mindestens 90% kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten in dem Betrieb ausübt.

(6) Wird die versicherte Person nach Ausscheiden aus dem Berufsleben berufsunfähig und werden dann Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, kommt es bei der Anwendung der Absätze 1 bis 3 darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben entspricht. Ausscheiden aus dem Berufsleben liegt nicht vor, wenn es sich nur um eine vorübergehende Unterbrechung der Berufsausübung von bis zu fünf Jahren handelt (z. B. wegen Mutterschutz, gesetzlicher Elternzeit, Arbeitslosigkeit). In diesen Fällen ist bei der Prüfung der Leistungsansprüche im Sinne der Absätze 1 und 3 der vor der Unterbrechung ausgeübte Beruf und die damit verbundene Lebensstellung maßgeblich.

Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit vor?

(7) Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch einfach oder altersentsprechend) voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens eine der in Absatz 8 genannten Verrichtungen (Pflegepunkte) – auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel – täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen. Absatz 10 gilt entsprechend.

Wann liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Prognose nicht möglich ist?

(10) Kann nicht festgestellt werden, dass ein Zustand gemäß den Absätzen 1 bis 7 bzw. Absatz 9 voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen andauern wird, gilt es als Berufsunfähigkeit von Beginn an, wenn der entsprechend beeinträchtigende Zustand tatsächlich länger als sechs Monate andauert hat.

§ 9 Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person? Nachprüfung

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen des Versicherungsfalles gemäß § 2 sowie das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. 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.

Zu den sachdienlichen Auskünften zählen insbesondere Erklärungen zu:

- Beginn, Ursache, Art, Verlauf der Krankheit, Störungen des Heilungsprozesses,
- medizinischen Behandlungen und gesundheitsrelevanten Lebensumständen,
- der beruflichen Tätigkeit und den wirtschaftlichen und steuerlichen Verhältnissen der versicherten Person sowohl vor dem Eintritt des Versicherungsfalles als auch deren Veränderungen bis zur aktuellen Nachprüfung.

Die Bestimmungen des § 5 gelten entsprechend.

(2) Wir können erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit im Sinne von § 2 konkret ausübt, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. durch Umschulung, Fortoder Weiterbildung) zu berücksichtigen sind.

Wiedereingliederungs- und Umorganisationshilfe

(3) Im Einzelfall können Sie eine Wiedereingliederungs- bzw. eine Umorganisationshilfe beantragen,

- wenn durch Aneignung neuer Kenntnisse und Fähigkeiten eine neue berufliche Tätigkeit konkret ausgeübt werden kann und

– diese auch der Lebensstellung im Sinne von § 2 Absatz 3 vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.

Eine Umorganisationshilfe für eine selbständige oder freiberuflich tätige, versicherte Person erbringen wir im Einzelfall:

- wenn die Umorganisation im Sinne von § 2 Absatz 5 betrieblich sinnvoll ist, d. h. sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann und
- wenn die Lebensstellung (Stellung als Betriebsinhaber) der vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht, d. h. nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert.

Grundvoraussetzung für die Zahlung von Wiedereingliederungs- oder Umorganisationshilfe ist außerdem, dass eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert ist, aus der noch mindestens zwölf Monate Leistungen fließen.

Ein Anspruch auf Wiedereingliederungs- oder Umorganisationshilfe besteht jedoch nicht.

Ergänzende Bedingungen für die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Haben Sie in der Privatversorgung die Absicherung der Arbeitsunfähigkeit mitversichert, was Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen können, gelten ergänzend die nachfolgenden Regelungen:

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Arbeitsunfähigkeit?

(1) Leistungsumfang

Haben Sie „Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit“ vereinbart und wird die versicherte Person während der Dauer dieser Zusatzversicherung arbeitsunfähig im Sinne von § 2 dieser ergänzenden Bedingung, erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Zahlung einer Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente
- b) volle Befreiung von der Beitragspflicht

Die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit entsprechen der Höhe nach den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit setzt zudem voraus, dass auch Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt worden sind.

Der Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit bedingt nicht automatisch auch einen Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Beide Leistungen werden unabhängig voneinander geprüft und bewilligt.

(2) Leistungsdauer

Die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir, solange

- die versicherte Person ununterbrochen arbeitsunfähig ist und
- die vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für Leistungen bei Berufsunfähigkeit oder für eine Überbrückungshilfe nicht geendet hat und
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder keine Überbrückungshilfe erbringen und
- die versicherte Person lebt.

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden jeweils befristet für den Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit vorgelegt werden.

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir über die gesamte Vertragslaufzeit für maximal 24 Monate. Zeiträume, für die wir bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, werden auf den maximalen Leistungszeitraum von 24 Monaten angerechnet.

Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch V stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar. Bei Mitgliedern einer privaten Krankenkasse stellt eine Teilarbeitsunfähigkeit nur dann keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar, wenn die Arbeitsunfähigkeit mit mindestens 50% bescheinigt wird. Diese erkennen wir für höchstens sechs Wochen an.

Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, erbringen wir mit Beginn des nächsten Monatsersten nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit eingestellt.

§ 2 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn

- für die versicherte Person für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens vier Monaten Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen gemäß § 4 Absätze 1 bis 3 dieser ergänzenden Bedingung ausgestellt wurden und ein Facharzt das Fortdauern der Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende eines insgesamt sechs Monate ununterbrochenen Zeitraums bescheinigt oder
- für die versicherte Person für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Monaten Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen gemäß § 4 Absätze 1 bis 3 dieser ergänzenden Bedingung ausgestellt wurden.

(2) Wird die versicherte Person innerhalb von sechs Monaten nach Wegfall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung wieder ununterbrochen arbeitsunfähig geschrieben, beginnt die Frist von sechs Monaten im Sinne von Ziffer 1 nicht erneut zu laufen.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne diese Bedingungen liegt nicht vor, falls zur Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit von anderer Seite bereits die Vorlage einer amts- bzw. schulärztlichen Bescheinigung verlangt oder ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) erstellt wurde und das entsprechende Nachprüfungsverfahren das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt hat.

§ 3 Wann entsteht bzw. wann endet der Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit?

(1) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in den der Beginn der Arbeitsunfähigkeit fällt, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn der Berufsunfähigkeitsversicherung. Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit besteht zudem nur, wenn auch Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt worden sind.

(2) Der Anspruch endet mit Beginn des Monats, in dem Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Überbrückungshilfe erbracht werden oder mit Ablauf des Monats, in den die letzte Krankmeldung fällt.

(3) Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Überbrückungshilfe erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit oder Überbrückungshilfe ist ausgeschlossen.

(4) Wenn Berufsunfähigkeit vorliegt oder Überbrückungshilfe erbracht wird, werden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Überbrückungshilfe mit den in diesem Zeitraum bereits vorher erbrachten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verrechnet. Auf den maximal 24-monatigen Leistungszeitraum wegen Arbeitsunfähigkeit werden dann diese Zeiträume, für die ursprünglich Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, nicht angerechnet.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person, wenn Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit verlangt werden?

(1) Zur Beantragung von Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit sind uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchshebenden die folgenden Unterlagen einzureichen:

Für Personen, für die ein gesetzlicher Anspruch auf Entgeltfortzahlung, ein Anspruch auf Krankengeld oder eine Anzeigepflicht der Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Agentur für Arbeit besteht: Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen entsprechend der in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen.

Für andere Personen (z. B. Selbständige ohne gesetzlichen Krankengeldanspruch oder nicht erwerbstätige Personen) entsprechende privatärztliche Atteste, wie etwa Bescheinigungen zur Beantragung von Krankentagegeld, Dienstunfähigkeitsbescheinigungen oder Bescheinigungen zur Beurlaubung vom Unterricht aus gesundheitlichen Gründen.

Soweit vorliegend, amts- bzw. schulärztliche Bescheinigungen sowie Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

(2) Die Bescheinigungen müssen von einem in der EU oder Nordamerika zugelassenen und praktizierenden Arzt ausgestellt worden sein. Praktiziert der Arzt nicht in dem Land, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz oder ihren Arbeitsplatz hat, behalten wir uns vor, eine Bescheinigung durch einen zu benennenden unabhängigen, dort ansässigen Arzt zu verlangen.

(3) Die Bescheinigungen müssen die der Arbeitsunfähigkeit zugrundeliegenden Diagnosen entsprechend den aktuellen in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen (Diagnoseschlüssel entsprechend der jeweils geltenden internationalen Klassifikation – ICD) enthalten. Mindestens eine der Bescheinigungen muss von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein.

(4) Der Antrag auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit kann auch schon gestellt werden, wenn die Arbeitsunfähigkeit noch keine sechs Monate andauert, frühestens jedoch sechs Wochen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit. In diesem Fall müssen mit dem Leistungsantrag Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen nur für den Zeitraum ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zum Zeitpunkt der Antragstellung eingereicht werden, die übrigen Bescheinigungen sind nachzureichen, sobald ein Zeitraum von sechs Monaten erreicht ist.

§ 5 Was gilt für die Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit?

(1) Wenn wir Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person nachzuprüfen. Dazu können wir verlangen, dass uns Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen gemäß § 4 Absätzen 1 und 2 dieser ergänzenden Bedingung eingereicht werden, die belegen, dass nach wie vor eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person vorliegt.

(2) Wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit beziehen oder einen Antrag auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit gestellt haben, müssen Sie uns unverzüglich informieren, wenn keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.

§ 6 Sonstige Regelungen

(1) Sie können die Vereinbarung zur Arbeitsunfähigkeit jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform kündigen. Voraussetzung ist, dass keine Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden oder beantragt sind. Ein Rückkaufswert wird bei Kündigung nicht fällig.

(2) Soweit nichts anderes geregelt ist, gelten die Regelungen der Berufsunfähigkeits-Versicherung entsprechend. Dies gilt insbesondere für die Regelungen und Folgen bei vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung und für das Nachprüfungsverfahren.

(3) Soweit in Ihrem Versicherungsschein geregelt ist, dass bestimmte Ursachen und Umstände bei der Ermittlung der Berufsunfähigkeit nicht berücksichtigt werden, so gilt dies auch bei Arbeitsunfähigkeit.

Ergänzende Bedingung für Auszubildende, freiwillig Wehrdienst Leistende, Leistende des Bundesfreiwilligendienstes und Studenten

Die Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden wie folgt ergänzt:

§ 1 Wann liegt Berufsunfähigkeit für freiwillig Wehrdienst Leistende, Leistende des Bundesfreiwilligendienstes, Studenten und Auszubildende vor?

(1) Bei Personen, die den Freiwilligen Wehrdienst (FWD) oder den Bundesfreiwilligendienst (BFD) ableisten, liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch einfach oder altersentsprechend), was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, seine vorherige Tätigkeit auszuüben und, wenn die versicherte Person noch keiner Tätigkeit nachgegangen ist, eine Berufsausbildung oder ein Studium aufzunehmen.

(2) Bei Auszubildenden liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch einfach oder altersentsprechend), was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, die begonnene Berufsausbildung fortzusetzen.

Beginnt die versicherte Person eine neue Berufsausbildung und erreicht mit dieser einen vergleichbaren Ausbildungsstand wie mit der vorhergehenden Berufsausbildung, liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor. Ergreift die versicherte Person ohne erneute Berufsausbildung einen Beruf und erreicht eine dem ursprünglich erzielten Ausbildungsstand vergleichbare Lebensstellung, liegt ebenfalls keine Berufsunfähigkeit mehr vor.

Hat die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit mindestens die Hälfte der vorgesehenen Ausbildungszeit absolviert, wird auf die Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung abgestellt, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss einer solchen Berufsausbildung verbunden ist.

(3) Bei Studenten liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch einfach oder altersentsprechend), was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, ihr Studium an einer Hochschule, Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung fortzusetzen.

Für Studenten der Medizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin oder der Pharmazie gilt ergänzend folgende Regelung:

Ist mindestens die Hälfte der Regelstudienzeit nach Studienordnung absolviert und ist die Regelstudienzeit um nicht mehr als fünf Semester überschritten, so liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch einfach oder altersentsprechend), was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, eine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt bzw. Apotheker auszuüben.

§ 2 Wichtiger Hinweis

Die sonstigen Regelungen der Versicherungsbedingungen gelten entsprechend.

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für Heilberufe in der Basisversorgung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?
- § 3 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 4 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 5 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?
- § 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 6a Welches Recht findet Anwendung, was ist bei Meinungsverschiedenheiten zu beachten und wo ist der Gerichtsstand?
- § 7 Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?
- § 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?
- § 9 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?
- § 10 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
- § 11 Welche Regelungen gelten für eine garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall?
- § 12 Welche Kosten gelten für Ihre Zusatzversicherung?

Anhang:

Änderungen der Bedingungen für versicherte Personen, die als letzte Tätigkeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben.

Ergänzende Bedingung für Auszubildende, freiwillig Wehrdienst Leistende, Leistende des Bundesfreiwilligendienstes und Studenten.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung berufsunfähig (§ 2), erbringen wir – längstens für die vereinbarte Leistungsdauer – folgende Versicherungsleistungen:

- a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen;
- b) bei Zusatztarif BUZD werden während der Berufsunfähigkeit zusätzlich die planmäßigen Beitragserhöhungen für die Hauptversicherung mit dem für die BUZD vereinbarten Erhöhungsprozentsatz jährlich beitragsfrei durchgeführt;
- c) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

(2) Die Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist der Zeitraum, in dem der Versicherungsschutz besteht. Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, in dem wir die vereinbarten Leistungen erbringen, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig geworden ist.

(3) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Zusatzversicherung berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Absatz 5), erbringen wir die volle Leistung.

(4) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe § 9).

Beginn des Leistungsanspruches

(5) Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eintritt. Abweichend kann für die Berufsunfähigkeitsrente ein aufgeschobener Leistungsbeginn individuell vereinbart sein. In diesem Fall beginnt die Leistung frühestens zu diesem Termin.

Ende des Leistungsanspruches

(6) Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung erlischt, wenn Berufsunfähigkeit nach § 2 nicht mehr vorliegt, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer oder mit Erreichen der für den Bezug der Altersrente erforderlichen Altersgrenze der Hauptversicherung.

Wiederaufleben der Leistung nach Ablauf der Versicherungsdauer

(7) Ist die Leistungsdauer länger als die vereinbarte Versicherungsdauer und wurde die Leistung vor dem Ende der Leistungsdauer eingestellt, weil Berufsunfähigkeit nach § 2 nicht mehr vorliegt, lebt die Leistung innerhalb der Leistungsdauer wieder auf, sofern die versicherte Person wegen der ursprünglichen Ursache erneut mindestens sechs Monate ununterbrochen berufsunfähig wird. Die Bestimmungen des § 7 gelten entsprechend.

Weltweiter Versicherungsschutz

(8) Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung besteht, sofern nichts anderes vertraglich vereinbart wurde, weltweit.

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

(9) Wir beraten und unterstützen Sie während der Vertragslaufzeit. Gerne stehen wir Ihnen auch telefonisch zur Verfügung, wenn Sie Fragen z. B. zum Versicherungsumfang, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung haben. Ebenso erhalten Sie Auskünfte zu erforderlichen Unterlagen, Nachweisen oder zur Beschreibung der beruflichen Tätigkeit und entsprechende Formulare.

Beitragszahlung bis zur Leistungsentscheidung

(10) Wenn Sie eine Leistung beantragt haben, müssen Sie bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückerzahlen.

Sie können verlangen, dass wir die Beiträge für mögliche Zeiten unserer Leistungspflicht stunden und hierfür keine Stundungszinsen erheben. Die während der Leistungsprüfung gestundeten Beiträge sind unverzüglich nachzahlen, wenn die Leistungsablehnung ausgesprochen oder eine ggf. binnen drei Monaten eingeleitete gerichtliche Auseinandersetzung mit der Bestätigung der Leistungsablehnung beendet wird. Sie können verlangen, dass die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung oder durch Verrechnung mit den Gewinnanteilen der Hauptversicherung, soweit vorhanden, getilgt werden. Sollte die Tilgung auf diesem Wege nicht möglich sein, teilen wir Ihnen das unverzüglich mit. Außerdem können Sie die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen erheben wir in diesem Fall nicht.

§ 2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?

Hinweis:

Unter dem Abschnitt „Änderung der Bedingungen für versicherte Personen, die als letzte Tätigkeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben“ finden Sie Abweichungen von § 2 Absatz 1 bis 5 und 7

(1) Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 Absatz 1 liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, ihrer vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

(1a) Wenn nichts anderes vereinbart ist, liegt Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 Absatz 1 auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen einer Infektionsgefahr Patienten zu behandeln (vollständiges Tätigkeitsverbot), und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

Liegt ein solches Tätigkeitsverbot nicht vor, wird die Ansteckungsgefahr nach objektiven Kriterien und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft beurteilt. Im Zweifel wird dazu ein entsprechendes Gutachten eingeholt.

(2) Übt die versicherte Person jedoch eine andere, ihrer Ausbildung oder Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut konkret aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Als entsprechend wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich abweichenden Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei in der Regel eine Einkommensminderung von 20% oder mehr gegenüber dem jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, wobei die individuellen Gegebenheiten sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung zu berücksichtigen sind. Im begründeten Einzelfall kann auch eine unter 20% liegende Einkommensminderung unzumutbar sein.

Die Leistungspflicht des Versicherers bleibt allerdings auch erhalten, wenn die versicherte Person durch Erlangung von neuen Kenntnissen und Fähigkeiten eine andere berufliche Tätigkeit, die nicht einer Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut entspricht, ausübt. In diesem Fall liegt weiterhin Berufsunfähigkeit i.S. dieses Vertrages vor.

Was gilt bei Ausübung einer anderen Tätigkeit auf Weisung des Arbeitgebers?

(2a) Hat die versicherte Person innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit auf Weisung des Arbeitgebers eine andere Tätigkeit ausgeübt, so wird auf Wunsch der versicherten Person die vorherige Tätigkeit

als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit berücksichtigt. Auf eine abstrakte Verweisung wird verzichtet. Auf eine abstrakte Verweisung wird verzichtet.

(3) Bei einer als niedergelassener oder freiberuflicher Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut tätigen versicherten Person setzt Berufsunfähigkeit zusätzlich voraus, dass sie außerstande ist, durch zumutbare Umorganisation ihres Arbeitsplatzes oder ihres Tätigkeitsbereichs sowie durch Zuweisung betrieblich anfallender Arbeitsabläufe an Mitarbeiter, sich ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das mindestens 50%ige Berufsunfähigkeit ausschließt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann, nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert. Die Stellung als Betriebsinhaber muss erhalten bleiben.

(4) War die versicherte Person zum Zeitpunkt der Leistungsbeeinträchtigung aus dem Beruf als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausgeschieden, so ist Maßstab für die Leistungsprüfung die zuletzt als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausgeübte Tätigkeit und ihre Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens. § 2 Absatz 3 gilt entsprechend. Ein Ausscheiden aus dem Berufsleben liegt nicht vor, wenn es sich nur um eine vorübergehende Unterbrechung der Berufsausübung von bis zu fünf Jahren handelt (z. B. wegen Mutterschutz, gesetzlicher Elternzeit, Arbeitslosigkeit). In diesen Fällen ist bei der Prüfung der Leistungsansprüche im Sinne der Absätze 1 und 3 die vor der Unterbrechung ausgeübte berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut

Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit vor?

(5) Kann die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung ihren zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge ärztlich nachzuweisender Pflegebedürftigkeit zu mindestens 50% und seit 6 Monaten ununterbrochen nicht mehr ausüben, besteht Berufsunfähigkeit im Sinne des § 172 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und wir erbringen die volle Versicherungsleistung. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie täglich auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person für mindestens 1 der in Absatz 6 genannten Verrichtungen (Pflegepunkte) bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen. Absatz 7 gilt entsprechend.

(6) Für die Bewertung sind folgende Verrichtungen (Pflegepunkte) maßgebend: 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 für die Fortbewegung benötigt.
- 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 essen oder trinken kann.
- 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 weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

Pflegebedürftigkeit liegt ferner 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.

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Verbesserungen führen nur dann zu einer veränderten Beurteilung, wenn sie länger als drei Monate andauern.

Wann liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Prognose nicht möglich ist?

(7) Kann nicht festgestellt werden, dass ein Zustand gemäß den Absätzen 1 bis 5 voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen andauern wird, gilt es als Berufsunfähigkeit von Beginn an, wenn der entsprechend beeinträchtigende Zustand tatsächlich länger als sechs Monate andauert hat.

§ 3 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.

Ausschlusstatbestände

- (2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:
- a) unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Dagegen besteht Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
 - b) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat oder vorsätzliche Herbeiführung eines Verkehrsdeliktes durch die versicherte Person. Fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße sind davon nicht betroffen;
 - c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchter Selbsttötung; hingegen besteht Versicherungsschutz, wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;
 - d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
 - e) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;
 - f) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen. Auf einen Leistungsausschluss werden wir uns nur berufen, sofern mit dem Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Erhöhung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen für das Berufsunfähigkeitsrisiko derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Berufsunfähigkeits-Versicherungsleistungen für die Bestandsgruppe nicht mehr gewährleistet ist, zu der die Versicherungsverträge der betroffenen Personen gehören, und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu erbringen.

(3) Bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder bei arglistiger Täuschung kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen entfallen. Die Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zu den Rechtsfolgen von deren Verletzung finden Sie in § 4.

§ 4 Was bedeutet die 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. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

(2) Haben Sie oder die versicherte Person Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben (vgl. vorstehenden Absatz), nicht oder nicht richtig angegeben, können wir von der Zusatzversicherung zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir die Zusatzversicherung auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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 – unabhängig vom Bestehen eines Ursachenzusammenhangs – zur Leistung nicht verpflichtet.

Wird die Zusatzversicherung durch Rücktritt aufgehoben, erlischt dieser Vertragsteil ohne dass eine Leistung fällig wird. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(3) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht,

können wir die Zusatzversicherung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir die Zusatzversicherung auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(4) Kündigen wir die Zusatzversicherung besteht kein Versicherungsschutz. Auch die Rückzahlung der geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Rückwirkende Vertragsanpassung

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

Ausübung von Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung

(6) Die in den vorstehenden Absätzen genannten Rechte stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen diese Rechte innerhalb eines Monats ausüben. 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.

Wir können uns auf diese Rechte allerdings nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bei Vertragsschluss kannten.

Diese Rechte können wir innerhalb von fünf Jahren und, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben, innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Fristen eingetreten sind, können wir unsere Rechte ohne diese zeitliche Beschränkung ausüben. Die Ausübung dieser Rechte erfolgt durch 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.

(7) Haben Sie bzw. die versicherte Person die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht der Kündigung und zur Vertragsanpassung.

Anfechtung

(8) Falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist, können wir die Zusatzversicherung wegen arglistiger Täuschung auch anfechten. Handelt es sich um Angaben der (mit-)versicherten Person(-en), können wir die Anfechtung Ihnen gegenüber erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

Mit Zugang unserer Anfechtungserklärung ist die Zusatzversicherung von Anfang an nichtig. Dies hat zur Folge, dass zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung bestand. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Ausübung der Anfechtung

(9) Die Anfechtung müssen wir innerhalb eines Jahres ab Kenntnis der arglistigen Täuschung schriftlich ausüben. Die Anfechtung können wir nur innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss erklären.

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.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(10) Die vorvertragliche Anzeigepflicht und die aus der Verletzung dieser Pflicht resultierenden Rechte nach den vorstehenden Absätzen gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Zusatzversicherung entsprechend. Die in den vorstehenden Absätzen genannten Fristen gelten mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils.

§ 5 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?

(1) Ergänzend zu den Anforderungen aus den Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung unter der Überschrift „Was ist zu beachten, wenn eine Ver-

sicherungsleistung verlangt wird?“ sind uns von der Anspruch stellenden Person, wenn Leistungen geltend gemacht werden, unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalls;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, 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 die Pflegebedürftigkeit;
- c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, ihre Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- d) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- e) bei Berufsunfähigkeit nach § 2 Absatz 1a zusätzlich die Verfügung der zuständigen Behörde im Original oder amtlich beglaubigt.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat die Anspruch stellende Person zu tragen.

(2) Auf unsere Kosten können wir außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere auch zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen durch Angehörige von nichtärztlichen Heilberufen und über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person und deren Veränderungen.

Die versicherte Person hat Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, bei denen sie in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt hat, zu ermächtigen, uns auf Verlangen sachdienliche Auskunft zu erteilen, oder uns die erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen.

Weiterhin hat die versicherte Person ihre bisherigen Arbeitgeber zu ermächtigen, uns auf Verlangen sachdienliche Auskunft über die finanziellen Gegebenheiten und über die Ausgestaltung der konkreten Tätigkeit zu erteilen. Ist die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit selbstständig tätig, so sind uns auf Verlangen alle erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen, die für die Prüfung benötigt werden, ob der Betrieb der versicherten Person, in dem sie selbstständig tätig ist, so umorganisiert werden kann, dass die Fortdauer der selbstständigen Tätigkeit möglich ist.

(3) Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende und behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Berufsunfähigkeit grundsätzlich nicht entgegen. Die versicherte Person ist jedoch im Rahmen der allgemeinen Schadenminderungspflichten angehalten, zumutbaren Anweisungen ihrer Ärzte zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten.

Zumutbar sind Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem sichere Aussicht auf Besserung des Gesamtzustandes bieten. Dabei handelt es sich um Maßnahmen wie die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

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

(1) Nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterlagen erklären wir innerhalb von höchstens zehn Tagen in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Solange entscheidungserhebliche Unterlagen fehlen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

(2) Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus. Wir können aber in begründeten Einzelfällen, in denen einem endgültigen Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen, einmalig ein auf maximal zwölf Monate zeitlich begrenztes Anerkenntnis in Textform aussprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Anschließend wird die Berufsunfähigkeit erneut beurteilt.

§ 6a Welches Recht findet Anwendung, was ist bei Meinungsverschiedenheiten zu beachten und wo ist der Gerichtsstand?

Die Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung unter der Überschrift „Welches Recht findet Anwendung, was haben Sie bei Meinungsverschiedenheiten zu beachten und wo ist der Gerichtsstand?“ gelten entsprechend. Im Übrigen weisen wir Sie auf folgende Besonderheiten hin:

(1) Bevor Sie einen Anspruch gegen uns gerichtlich geltend machen, können Sie, wenn Sie dies wünschen, den Beirat der Gesellschaft anrufen. Ihr Antrag muss dem Beirat bis zum Ablauf von drei Monaten seit dem Eingang unseres ablehnenden Bescheides zugegangen sein. Der Beirat ist berechtigt, uns innerhalb von sechs Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist, zu empfehlen, unseren ablehnenden Bescheid abzuändern. Sehen wir uns außerstande, der Empfehlung zu folgen, oder sind Sie auch mit unserem abgeänderten Bescheid nicht einverstanden, können Sie jederzeit den Anspruch auf die Leistung gerichtlich geltend machen.

(2) Beschränken sich die Meinungsverschiedenheiten auf die Frage, ob, in welchem Grad oder von welchem Zeitpunkt an die Berufsunfähigkeit vorliegt, entscheidet anstelle des Gerichts ein Ärzteausschuss, wenn sich beide Seiten darauf einigen. Der den Anspruch Erhebende muss sich innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Leistungsentscheidung äußern, ob er das Verfahren vor dem Ärzteausschuss wünscht.

(3) Lässt der den Anspruch Erhebende die Sechsmonatsfrist verstreichen, ohne dass er entweder Ansprüche gerichtlich geltend macht oder das Verfahren vor dem Ärzteausschuss verlangt, sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen.

(4) Für die Zusammensetzung, das Verfahren und die Kosten des Ärzteausschusses gelten die folgenden Regeln:

a) Zusammensetzung

Der Ärzteausschuss setzt sich zusammen aus zwei Ärzten, von denen jede Partei einen benennt, und einem Obmann. Dieser wird von den beiden von den Parteien benannten Ärzten gewählt. Es soll ein in der Begutachtung der Berufsunfähigkeit erfahrener Arzt sein, der nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer der Parteien steht. Einigen sich die von den Parteien gewählten Ärzte nicht binnen eines Monats auf einen Obmann, wird dieser auf Antrag einer Partei vom Präsidenten der für den letzten inländischen Wohnsitz der versicherten Person zuständigen (Landes-) Ärztekammer benannt. Hat die versicherte Person keinen inländischen Wohnsitz, ist die für den Sitz des Versicherers zuständige Ärztekammer maßgebend. Benennt eine Partei ihr Ausschussmitglied nicht binnen eines Monats, nachdem sie von der anderen Partei hierzu aufgefordert ist, wird dieses Ausschussmitglied gleichfalls durch den Präsidenten der (Landes-) Ärztekammer benannt.

b) Verfahren

Nach Bildung des Ausschusses bitten wir den Obmann, das Verfahren durchzuführen und übersenden ihm die erforderlichen Unterlagen. Der Obmann bestimmt im Benehmen mit den beiden Ausschussmitgliedern Ort und Zeit des Zusammentritts und benachrichtigt hiervon mindestens eine Woche vor dem Termin die Parteien. Er kann sich wegen weiterer Aufklärung des Sachverhalts an die Parteien wenden. In der Sitzung ist die versicherte Person, soweit möglich, zu hören und erforderlichenfalls zu untersuchen. Erscheint die versicherte Person unentschuldigt nicht, kann der Ausschuss aufgrund der Unterlagen entscheiden. Die Entscheidung ist schriftlich zu begründen und vom Obmann zu unterzeichnen.

c) Kosten

Ist die Entscheidung des Ärzteausschusses für uns ungünstiger als unser bisheriges Leistungsangebot, übernehmen wir die Kosten des Ärzteausschusses in voller Höhe, anderenfalls hat der den Anspruch Erhebende diese Kosten selbst zu tragen. Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Kosten können Sie der Tabelle „Gebühren für besondere Leistungen“ entnehmen.

§ 7 Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?

Hinweis:

Unter dem Abschnitt „Änderung der Bedingungen für versicherte Personen, die als letzte Tätigkeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben“ finden Sie Abweichungen von § 7 Absatz 1 bis 2

Nachprüfung

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit gemäß § 2 sowie das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. 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.

Zu den sachdienlichen Auskünften zählen insbesondere Erklärungen zu:

- Beginn, Ursache, Art, Verlauf der Krankheit, Störungen des Heilungsprozesses,
- medizinischen Behandlungen und gesundheitsrelevanten Lebensumständen,
- der beruflichen Tätigkeit und den wirtschaftlichen und steuerlichen Verhältnissen der versicherten Person sowohl vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit als auch deren Veränderungen bis zur aktuellen Nachprüfung.

Die Bestimmungen des § 5 gelten entsprechend.

(2) Wir können erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit im Sinne von § 2 konkret ausübt, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. durch Umschulung, Fortoder Weiterbildung) zu berücksichtigen sind.

Mitteilungspflicht bei Änderungen

(3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit und/oder die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen, sofern Sie Leistungen aus diesem Vertrag erhalten oder beantragt haben.

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Berufsunfähigkeit

(4) 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. Ist keine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert, muss die Beitragszahlung zu Beginn des darauffolgenden Beitragszahlungsabschnitts wieder aufgenommen werden.

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Pflegebedürftigkeit

(5) Ist die Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit weggefallen, gilt Absatz 4 entsprechend.

§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

(1) Bis zur Erfüllung der Mitwirkungspflichten nach § 5 oder § 7 können wir Versicherungsleistungen zurückbehalten. Dies gilt auch, wenn wir aufgrund Widerrufs oder Einschränkung der erteilten Schweigepflichtentbindung und/oder Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung gehindert sind, unsere Leistungspflicht zu prüfen.

(2) Nach Erfüllung der Mitwirkungspflichten sind wir grundsätzlich nur für die Zeiträume zur Leistung verpflichtet, für die uns das Vorliegen der Berufsunfähigkeit nachgewiesen ist.

(3) Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten arglistig nicht erfüllt wurden, sind wir leistungsfrei.

(4) Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten vorsätzlich nicht erfüllt wurden, sind wir leistungsfrei. Unsere Leistungspflicht bleibt aber insoweit bestehen, als die Verletzung für die Feststellung weder des Versicherungsfalles, noch des Umfangs der Leistungspflicht ursächlich war.

(5) Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten grob fahrlässig nicht erfüllt wurden, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dass die Fahrlässigkeit nicht grob war, muss der Versicherungsnehmer nachweisen. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) Die teilweise oder vollständige Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 9 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?

Überschüsse können sich aus unterschiedlichen Quellen ergeben; sie werden – wie in den Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung unter der Überschrift „Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?“ beschrieben – ermittelt und verteilt.

Überschusshöhe

(1) Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden und kann gegebenenfalls auch ganz entfallen. Sie hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind allein schon wegen der langen Vertragslaufzeit nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar.

Bei der Ermittlung, Feststellung und Verteilung der Überschüsse auf die einzelnen Versicherungen steht uns im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ein Ermessensspielraum zu.

Bestandsgruppen

(2) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zur Bildung von Überschüssen bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bei deren Bildung berücksichtigen wir derzeit beispielsweise

- das versicherte Risiko (z. B. Tod, Langlebigkeit, Berufsunfähigkeit),
- die Art der Kapitalanlage (z. B. konventionell, fondsgebunden).

Die Verteilung der Überschüsse auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu ihrer Entstehung beigetragen haben. Des Weiteren berücksichtigen wir insbesondere

- die Grundlagen der Beitragskalkulation (z. B. Rechnungszins, Sterbetafel),
- die Art des Versicherungsvertrages (z. B. laufende Beitragszahlung, Einmalbeitrag),
- die Kapitalmarktverhältnisse.

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, der Ihr Vertrag zugeordnet ist. Während der Anwartschaftszeit ist dies die Bestandsgruppe der Hauptversicherung. Nach Rentenbeginn ist das Einzelgeschäft der Bestandsgruppe 113, das Kollektivgeschäft der Bestandsgruppe 125 zugeordnet.

Überschussbeteiligung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit

(3) Bis zur Zuteilung von Überschüssen bestehen keine Wartezeiten.

(4) Folgende Überschussysteme können – abhängig von dem mit Ihnen vereinbarten Tarif – gewählt werden:

- Leistungsfallbonus: Die im Leistungsfall fällige Rente wird um einen bestimmten Prozentsatz erhöht und zusammen mit dieser ausgezahlt. Solange der Leistungsfall noch nicht eingetreten ist, wird der für den Leistungsfallbonus maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) jährlich neu festgesetzt, er kann ggf.

auch Null betragen. Bei Beginn der Rentenzahlung wird der aktuelle Bonussatz verbindlich festgelegt, damit ist die Höhe der Rente aus dem Leistungsfallbonus für die weitere Dauer der Berufsunfähigkeit garantiert. Wenn ausschließlich eine Beitragsbefreiung im Sinne von § 1 Absatz 1 a) versichert ist, sagen wir für den Fall der Berufsunfähigkeit ebenfalls einen Leistungsfallbonus zu. Dieser Leistungsfallbonus wird zusammen mit den weiteren Überschussanteilen, die sich nach dem Deckungskapital der Zusatzversicherung bemessen, verzinslich angesammelt. Dieser Überschuss wird bei Fälligkeit einer Leistung aus der Hauptversicherung zur Erhöhung dieser Leistung verwendet.

– Beitragsverrechnung: Die Überschussanteile werden mit dem Tarifbeitrag der Zusatzversicherung verrechnet, so dass sich ein geringerer zu zahlender Beitrag ergibt.

Welches Überschusssystem Sie gewählt haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

(5) Haben Sie das Überschusssystem „Leistungsfallbonus“ gewählt und ist eine Rente im Sinne von § 1 Absatz 1 c) versichert und der Leistungsfall ist noch nicht eingetreten, gilt folgendes:

Sollte der für den Leistungsfall maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) künftig herabgesetzt werden, sind Sie berechtigt, innerhalb von drei Monaten, nachdem wir Sie über die Herabsetzung informiert haben, zum Herabsetzungstermin die versicherte Berufsunfähigkeitsrente gegen einen zusätzlichen Beitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung so zu erhöhen, dass der bisherige Berufsunfähigkeitsschutz einschließlich der Rente aus dem Leistungsfallbonus wieder erreicht wird.

(6) Haben Sie das Überschusssystem „Beitragsverrechnung“ gewählt, gilt folgendes:

Zum Erhalt der steuerlichen Förderungsfähigkeit muss der Beitrag zur Hauptversicherung (Altersvorsorgebeitrag) immer mehr als 50% des für Haupt- und Zusatzversicherungen zu zahlenden Gesamtbeitrages ausmachen. Sollten wir künftig die Überschussbeteiligung reduzieren, erhöht sich der Beitrag zu dieser Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Dies kann dazu führen, dass der Beitrag zur Hauptversicherung 50% des zu zahlenden Gesamtbeitrages unterschreitet. Für diesen Fall ist vereinbart, den Beitrag zur Hauptversicherung soweit anzuhöhen, dass der Versicherungsvertrag weiterhin steuerlich begünstigt bleibt.

Über die vorgenannte Beitragserhöhung und die hiermit verbundenen höheren Leistungen zur Hauptversicherung werden wir Sie informieren und Ihnen ein 30-tägiges Widerspruchsrecht einräumen. Widersprechen Sie der Erhöhung bzw. der Einziehung des erhöhten zu zahlenden Gesamtbeitrages oder entrichten Sie den erhöhten zu zahlenden Gesamtbeitrag nicht termingerecht, wird der Versicherungsvertrag zur Wahrung der steuerlichen Förderungsfähigkeit in der Weise abgeändert, dass es beim alten zu zahlenden Gesamtbeitrag verbleibt, aber der Beitrag zur Zusatzversicherung und die unter der Zusatzversicherung vereinbarten Versicherungsleistungen herabgesetzt werden.

Überschussbeteiligung nach Eintritt der Berufsunfähigkeit

(7) Überschüsse nach Eintritt der Berufsunfähigkeit werden jährlich zugeteilt. Die Zuteilung erfolgt erstmals nach Ablauf eines Jahres seit Versicherungsbeginn. Dies gilt aber nur dann, wenn seit Leistungsanerkennung zu diesem Zeitpunkt sechs Monate vergangen sind. Ansonsten erfolgt die Zuteilung ein Jahr später.

Folgende Überschusssysteme bestehen:

– Verzinsliche Ansammlung: Wenn ausschließlich eine Beitragsbefreiung im Sinne von § 1 Absatz 1 a) versichert ist, wird die Überschussbeteiligung zusammen mit den weiteren Überschussanteilen, die sich nach dem Deckungskapital der Zusatzversicherung bemessen, verzinslich angesammelt. Dieses Überschussguthaben wird bei Fälligkeit einer Leistung aus der Hauptversicherung zur Erhöhung dieser Leistung verwendet.

– Dynamische Gewinnrente: Die Berufsunfähigkeitsrente kann sich um einen jährlich neu festgelegten Prozentsatz erhöhen. Dies ist nicht garantiert und hängt von der Überschussentwicklung ab.

§ 10 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

Einheit mit der 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, bei Rentenversicherungen zum vorgesehenen Rentenbeginn, erlischt der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung.

(2) Die Zusatzversicherung kann bei einer Wiederinkraftsetzung der Hauptversicherung nicht wieder aufleben, wenn Sie bei Beitragsfreistellung bzw. Herabsetzung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente für den entfallenden Versicherungsschutz eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsüberprüfung abgeschlossen haben. Die Regelung zur Mindesthöhe der Berufsunfähigkeitsrente im u.a. Abschnitt „Herabsetzung der Versicherungsleistung“ dieses Paragraphen bleibt unberührt.

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

Kündigung

(4) Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen. In den letzten zehn Versicherungsjahren kann die Zusatz-

versicherung jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden. Wenn Sie die Zusatzversicherung kündigen, entsteht Ihnen daraus kein Anspruch auf einen Rückkaufswert.

(5) Eine Zusatzversicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind (beitragsfreie Zusatzversicherung, Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag), können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Wenn Sie die Zusatzversicherung kündigen, entsteht Ihnen daraus kein Anspruch auf einen Rückkaufswert.

Beitragsfreistellung

(6) Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln, und nur dann, wenn die beitragsfreie Mindestrente von monatlich 25,- Euro erreicht wird.

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

Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode. Der aus der Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehende Betrag vermindert sich um rückständige Beiträge.

Wird die Mindestrente nicht erreicht, endet die Zusatzversicherung und Ihnen erwächst kein Anspruch auf einen Rückkaufswert.

Fortführung des Berufsunfähigkeitsschutzes bei Beitragsfreistellung oder Reduzierung der Rentenversicherung als Hauptversicherung

(7) Wird die in Form einer Rentenversicherung bestehende Hauptversicherung beitragsfrei gestellt, können Sie innerhalb eines Monats nach dem Beitragsfreistellungstermin beantragen, dass die durch die Beitragsfreistellung entfallende versicherte garantierte Rente für den Fall der Berufsunfähigkeit ohne Gesundheitsprüfung in eine neue selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung übernommen wird. Dieser Antrag kann auch gestellt werden, falls eine bestehende Berufsunfähigkeitsrente auf Grund einer Reduzierung der Hauptversicherung reduziert werden musste. Diesen Antrag werden wir annehmen, wenn wir zu diesem Zeitpunkt ein entsprechendes Produkt bzw. einen entsprechenden Tarif anbieten. Der Beitragsfreistellungstermin ist dann gleichzeitig der Beginn dieser Versicherung. Hierbei erlischt dann die Zusatzversicherung zum Beitragsfreistellungstermin. Sie kann bei einer Wiederinkraftsetzung der Hauptversicherung nicht wieder aufleben.

Diese Möglichkeit haben Sie nur, wenn weder Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung bezogen oder beantragt wurden noch sind solche objektiv eingetreten.

Die Beiträge für die neu abzuschließende selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung errechnen sich nach dem zum Übertragungstermin erreichten Lebensalter der versicherten Person, der Laufzeit des hinzukommenden Versicherungsschutzes und der aktuellen Berufstarifizierung. Es gelten die dann gültigen Mindestbeiträge für die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung. Weiterhin liegen dem Neuvertrag der dann gültige Tarif sowie die aktuellen Annahmerichtlinien zugrunde.

Die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ist ein rechtlich selbstständiger Versicherungsvertrag mit gesonderten Beiträgen und Versicherungsleistungen. Sie unterliegt nicht den steuerlichen Regelungen der Basisversorgung. Bei Abschluss fallen erneut Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten an. Die Fristen für eventuelle steuerliche Vergünstigungen beginnen erneut zu laufen.

Herabsetzung der Versicherungsleistung

(8) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung wird die reduzierte Berufsunfähigkeitsrente nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnet. Eine Berufsunfähigkeitsrente von monatlich 50,- Euro darf nicht unterschritten werden.

FamilyPlus

(9) Sie können verlangen bei vollem Versicherungsschutz von der Beitragszahlungspflicht zur Berufsunfähigkeitszusatzversicherung befreit zu werden. Hierfür gelten folgende Voraussetzungen:

– Die Beitragsfreiheit gilt nur, sofern Sie gesetzliches Elterngeld beziehen. Dieses muss uns in Textform nachgewiesen werden.

– Diese Möglichkeit besteht nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres und muss uns mit einer Frist von einem Monat angezeigt werden.

– Die Befreiung kann mehrmals während der Versicherungsdauer für insgesamt maximal sechs Monate pro Kind in Anspruch genommen werden, falls für diesen Zeitraum Elterngeld bezogen wurde.

Die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beginnt ab dem Folgemonat nachdem uns Ihre Meldung zugegangen ist. Nach Ablauf der Beitragsfreiheit lebt die Pflicht zur Beitragszahlung automatisch wieder auf. Die Beitragsfreiheit kann nicht zeitgleich mit einer Beitragsstundung vorgesehen werden. Während einer Beitragsfreiheit erfolgt keine dynamische Erhöhung des Versicherungsschutzes.

Bei Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung

(10) Erbringen wir Leistungen aus der Zusatzversicherung, berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weiter gezahlt hätten.

(11) 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.

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

§ 11 Welche Regelungen gelten für eine garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall?

Ihrem Versicherungsschein können Sie entnehmen, ob eine garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall Bestandteil Ihrer Versicherung ist. Für diese gelten die nachfolgenden Regelungen:

(1) Ist zu Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung vereinbart, dass nach Eintritt der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit eine planmäßige Steigerung der Rente erfolgt, wird diese ab dem Jahrestag des Versicherungsbeginns durchgeführt, der auf den Monat der Anerkennung der Berufsunfähigkeit folgt.

Einzelheiten zum Maßstab und Umfang der mitversicherten garantierten Steigerung der Rente im Leistungsfall können Sie Ihrem Versicherungsschein und den Bedingungen für die Dynamik entnehmen.

(2) Eine mitversicherte garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall erfolgt jährlich, solange der Leistungsanspruch aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung besteht.

(3) Während der Dauer des Leistungsanspruchs aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung sind Sie von der Beitragszahlungspflicht auch für die Erhöhungen befreit.

(4) Endet unsere Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, gilt Ihre wieder auflebende Beitragszahlungspflicht nur für die Höhe der garantierten Berufsunfähigkeitsrente zu Beginn der Leistung. Diese gilt als neue Ausgangsbasis für die garantierte Steigerung der Rente. Wünschen Sie, dass auch die während des Leistungsbezuges erfolgten Rentenerhöhungen weiterhin Berücksichtigung finden, müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt unseres Schreibens zur Beendigung unserer Leistungspflicht in Textform beantragen, dass Ihre wieder auflebende Beitragszahlungspflicht auch hierfür gelten soll.

§ 12 Welche Kosten gelten für Ihre Zusatzversicherung?

(1) Zusätzlich zu den Kosten der Hauptversicherung werden Kosten für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erhoben.

Abschluss- und Vertriebskosten

(2) Die Abschluss- und Vertriebskosten ziehen wir als festen Prozentsatz von der Summe aller vereinbarten Tarifbeiträge für die Zusatzversicherung ab. Der Tarifbeitrag ist der Beitrag ohne mögliche Abzüge aus Überschussanteilen (bei Vereinbarung des Überschussystems Beitragsverrechnung). Wie hoch die Abschluss- und Vertriebskosten genau in Euro sind, finden Sie in Ihrem Produktinformationsblatt.

Für Ihre Zusatzversicherung ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV i.V.m. § 169 Absatz 3 VVG bestimmt sind.

Die bei den Beiträgen in Ansatz gebrachten Abschluss- und Vertriebskosten verteilen wir in gleichmäßigen Jahresbeträgen über einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren. Jedoch nicht länger als bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer.

Verwaltungskosten bei Zusatzversicherungen, aus denen wir noch keine Leistungen erbringen

(3) Wir belasten Ihre Zusatzversicherung bei jeder Beitragsfälligkeit mit Verwaltungskosten in Form eines festen Prozentsatzes des vereinbarten Tarifbeitrages für die Zusatzversicherung.

Wenn Sie Ihre Zusatzversicherung beitragsfrei gestellt haben, erheben wir für jede Versicherungsperiode Verwaltungskosten in Form eines festen monatlichen Eurobetrags.

Weitere Informationen zu den Verwaltungskosten finden Sie in Ihrem Produktinformationsblatt.

Verwaltungskosten bei Zusatzversicherungen, aus denen wir bereits Leistungen erbringen

(4) Wir belasten Ihre Zusatzversicherung bei jeder Rentenzahlung mit Verwaltungskosten in Form eines festen Prozentsatzes der Berufsunfähigkeitsrente, die wir an Sie auszahlen. Verwaltungskosten in Prozent der Leistungen der Beitragsbefreiung erheben wir im Leistungsbezug nicht.

Weitere Informationen zu den Verwaltungskosten finden Sie in Ihrem Produktinformationsblatt.

Änderungen der Bedingungen für versicherte Personen, die als letzte Tätigkeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben.

Abweichend von § 2 Absätze 1 bis 5 und 7 sowie § 7 Absätze 1 und 2 gelten die folgenden Bestimmungen (alle sonstigen Regelungen dieser Bedingungen gelten entsprechend):

§ 2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?

(1) Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 Absatz 1 liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, ihrer vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

(2) Übt die versicherte Person jedoch eine andere, ihrer Ausbildung oder Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit konkret aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Als entsprechend wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich abweichenden Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei in der Regel eine Einkommensminderung von 20% oder mehr gegenüber dem jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, wobei die individuellen Gegebenheiten sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung zu berücksichtigen sind. Im begründeten Einzelfall kann auch eine unter 20% liegende Einkommensminderung unzumutbar sein.

Auf eine abstrakte Verweisung wird verzichtet.

(3) Bei einer selbstständig oder freiberuflich tätigen versicherten Person setzt Berufsunfähigkeit zusätzlich voraus, dass sie außerstande ist, durch zumutbare Umorganisation ihres Arbeitsplatzes oder ihres Tätigkeitsbereichs sowie durch Zuweisung betrieblich anfallender Arbeitsabläufe an Mitarbeiter, sich ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das mindestens 50%ige Berufsunfähigkeit ausschließt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann, nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert. Die Stellung als Betriebsinhaber muss erhalten bleiben.

(4) Wird die versicherte Person nach Ausscheiden aus dem Berufsleben berufsunfähig und werden dann Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, kommt es bei der Anwendung der Absätze 1 bis 3 darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben entspricht. Ausscheiden aus dem Berufsleben liegt nicht vor, wenn es sich nur um eine vorübergehende Unterbrechung der Berufsausübung von bis zu drei Jahren handelt (z. B. wegen Mutterschutz, gesetzlicher Elternzeit, Arbeitslosigkeit). In diesen Fällen ist bei der Prüfung der Leistungsansprüche im Sinne der Absätze 1 und 3 der vor der Unterbrechung ausgeübte Beruf und die damit verbundene Lebensstellung maßgeblich.

Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit vor?

(5) Kann die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung ihren zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge ärztlich nachzuweisender Pflegebedürftigkeit zu mindestens 50% und seit 6 Monaten ununterbrochen nicht mehr ausüben, besteht Berufsunfähigkeit im Sinne des § 172 VVG und wir erbringen die volle Versicherungsleistung. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie täglich – auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel – in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person für mindestens 1 der in Absatz 6 genannten Verrichtungen (Pflegepunkte) bedarf. Absatz 7 gilt entsprechend.

Wann liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Prognose nicht möglich ist?

(7) Kann nicht festgestellt werden, dass ein Zustand gemäß den Absätzen 1 bis 5 voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen andauern wird, gilt es als Berufsunfähigkeit von Beginn an, wenn der entsprechend beeinträchtigende Zustand tatsächlich länger als sechs Monate angedauert hat.

§ 7 Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?

Nachprüfung

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit gemäß § 2 sowie das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. 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.

Zu den sachdienlichen Auskünften zählen insbesondere Erklärungen zu:

- Beginn, Ursache, Art, Verlauf der Krankheit, Störungen des Heilungsprozesses,
- medizinischen Behandlungen und gesundheitsrelevanten Lebensumständen,
- der beruflichen Tätigkeit und den wirtschaftlichen und steuerlichen Verhältnissen der versicherten Person sowohl vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit als auch deren Veränderungen bis zur aktuellen Nachprüfung.

Die Bestimmungen des § 5 gelten entsprechend.

(2) Wir können erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit im Sinne von § 2 konkret ausübt, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. durch Umschulung, Fortoder Weiterbildung) zu berücksichtigen sind.

Ergänzende Bedingung für Auszubildende, freiwillig Wehrdienst Leistende, Leistende des Bundesfreiwilligendienstes und Studenten

Die Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden wie folgt ergänzt:

§ 1 Wann liegt Berufsunfähigkeit für freiwillig Wehrdienst Leistende, Leistende des Bundesfreiwilligendienstes, Studenten und Auszubildende vor?

(1) Bei Personen, die den Freiwilligen Wehrdienst (FWD) oder den Bundesfreiwilligendienst (BFD) ableisten, liegt Berufsunfähigkeit im Sinne des § 172 VVG vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, seine vorherige Tätigkeit auszuüben und, wenn die versicherte Person noch keiner Tätigkeit nachgegangen ist, eine Berufsausbildung oder ein Studium aufzunehmen.

(2) Bei Auszubildenden liegt Berufsunfähigkeit im Sinne des § 172 VVG vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, die begonnene Berufsausbildung fortzusetzen.

Beginnt die versicherte Person eine neue Berufsausbildung und erreicht mit dieser einen vergleichbaren Ausbildungsstand wie mit der vorhergehenden Berufsausbildung, liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor. Ergreift die versicherte Person ohne erneute Berufsausbildung einen Beruf und erreicht eine dem ursprünglich erzielten Ausbildungsstand vergleichbare Lebensstellung, liegt ebenfalls keine Berufsunfähigkeit mehr vor.

Hat die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit mindestens die Hälfte der vorgesehenen Ausbildungszeit absolviert, wird auf die Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung abgestellt, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss einer solchen Berufsausbildung verbunden ist.

(3) Bei Studenten liegt Berufsunfähigkeit im Sinne des § 172 VVG vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihr Studium an einer Hochschule, Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung fortzusetzen.

Für Studenten der Medizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin oder der Pharmazie gilt ergänzend folgende Regelung:

Ist mindestens die Hälfte der Regelstudienzeit nach Studienordnung absolviert und ist die Regelstudienzeit um nicht mehr als fünf Semester überschritten, so liegt Berufsunfähigkeit im Sinne des § 172 VVG vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, eine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt bzw. Apotheker auszuüben.

§ 2 Wichtiger Hinweis

Die sonstigen Regelungen der Versicherungsbedingungen gelten entsprechend.

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für Schüler

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?
- § 3 Welche besonderen Regelungen für den Versicherungsschutz gelten für Schüler?
- § 4 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 5 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 6 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?
- § 7 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 8 Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?
- § 9 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?
- § 10 Was ist bei Beendigung der Schulausbildung zu beachten?
- § 11 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?
- § 12 Wie werden die Kosten verrechnet?
- § 13 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
- § 14 Unter welchen Voraussetzungen können wir die vereinbarten Beiträge neu festsetzen oder Bestimmungen für Ihre Versicherung ändern?

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung berufsunfähig (§ 2), erbringen wir – längstens für die vereinbarte Leistungsdauer – folgende Versicherungsleistungen:

- a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen;
- b) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist.

Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

(2) Die Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist der Zeitraum, in dem der Versicherungsschutz besteht. Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, in dem wir die vereinbarten Leistungen erbringen, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig geworden ist.

(3) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Zusatzversicherung berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Absatz 5), erbringen wir die volle Leistung, auch wenn Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 1 bis 4 bzw. Absatz 7 nicht vorliegt.

(4) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe § 11).

Beginn des Leistungsanspruches

(5) Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eintritt. Abweichend kann für die Berufsunfähigkeitsrente ein aufgeschobener Leistungsbeginn individuell vereinbart sein. In diesem Fall beginnt die Leistung frühestens zu diesem Termin.

Ende des Leistungsanspruches

(6) Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung erlischt, wenn Berufsunfähigkeit nach § 2 nicht mehr vorliegt, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer oder mit Erreichen der für den Bezug der Altersrente erforderlichen Altersgrenze der Hauptversicherung.

Wiederaufleben der Leistung nach Ablauf der Versicherungsdauer

(7) Ist die Leistungsdauer länger als die vereinbarte Versicherungsdauer und wurde die Leistung vor dem Ende der Leistungsdauer eingestellt, weil Berufsunfähigkeit nach § 2 nicht mehr vorliegt, lebt die Leistung innerhalb der Leistungsdauer wieder auf, sofern die versicherte Person wegen der ursprünglichen Ursache erneut mindestens sechs Monate ununterbrochen berufsunfähig wird. Die Bestimmungen des § 8 gelten entsprechend.

Weltweiter Versicherungsschutz

(8) Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung besteht, sofern nichts anderes vertraglich vereinbart wurde, weltweit.

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

(9) Wir beraten und unterstützen Sie während der Vertragslaufzeit. Gerne stehen wir Ihnen auch telefonisch zur Verfügung, wenn Sie Fragen z.B. zum Versicherungsumfang, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung haben.

Ebenso erhalten Sie Auskünfte zu erforderlichen Unterlagen, Nachweisen oder zur Beschreibung der beruflichen Tätigkeit und entsprechende Formulare.

Beitragszahlung bis zur Leistungsentscheidung

(10) Wenn Sie eine Leistung beantragt haben, müssen Sie bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

Sie können verlangen, dass wir die Beiträge für mögliche Zeiten unserer Leistungspflicht stunden und hierfür keine Stundungszinsen erheben. Die während der Leistungsprüfung gestundeten Beiträge sind unverzüglich nachzuzahlen, wenn die Leistungsablehnung ausgesprochen oder eine ggf. binnen drei Monaten eingeleitete gerichtliche Auseinandersetzung mit der Bestätigung der Leistungsablehnung beendet wird. Sie können verlangen, dass die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung oder durch Verrechnung mit den Gewinnanteilen der Hauptversicherung, soweit vorhanden, getilgt werden. Sollte die Tilgung auf diesem Wege nicht möglich sein, teilen wir Ihnen das unverzüglich mit. Außerdem können Sie die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 48 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen erheben wir in diesem Fall nicht.

§ 2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?

(1) Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 Absatz 1 liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich dauernd, d.h. für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens drei Jahren, zu mindestens 50% außerstande ist, ihren vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, oder einer anderen Tätigkeit nachzugehen, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Als entsprechend wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich abweichenden Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und die auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richtet sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten gemäß der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

(2) Eine versicherte Person, die das 55. Lebensjahr vollendet hat, gilt bereits dann als berufsunfähig, wenn sie infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich dauernd, d.h. für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens drei Jahren, zu mindestens 50% außerstande ist, ihren vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen, es sei denn, sie übt eine andere, ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit konkret aus. Als entsprechend wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich abweichenden Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richtet sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten gemäß der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

(3) Bei einer selbstständig oder freiberuflich tätigen versicherten Person setzt Berufsunfähigkeit zusätzlich voraus, dass sie außerstande ist, durch zumutbare Umorganisation ihres Arbeitsplatzes oder ihres Tätigkeitsbereichs sowie durch Zuweisung betrieblich anfallender Arbeitsabläufe an Mitarbeiter, sich ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das mindestens 50%ige Berufsunfähigkeit ausschließt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann, nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert. Die Stellung als Betriebsinhaber muss erhalten bleiben.

(4) Wird die versicherte Person nach Ausscheiden aus dem Berufsleben berufsunfähig und werden dann Leistungen beantragt, liegt Berufsunfähigkeit dann vor, wenn sie voraussichtlich dauernd, d.h. für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens drei Jahren, zu mindestens 50% außerstande ist, den zuletzt ausgeübten Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit für die Dauer bis zu fünf Jahren nach dem Ausscheiden gilt die vorher konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung. Nach Ablauf von fünf Jahren gilt eine Berufstätigkeit als zumutbar, die anhand der dann noch verwertbaren Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt wird oder ausgeübt werden könnte. Die Lebensstellung wird durch die dann ausgeübte oder mögliche Berufstätigkeit geprägt.

Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit vor?

(5) Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall voraussichtlich dauernd, d.h. für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens drei Jahren so hilflos ist, dass sie für mindestens eine der in Absatz 6 genannten Verrichtungen (Pflegepunkte) – auch bei Einsatz technischer

und medizinischer Hilfsmittel – täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen. Absatz 7 gilt entsprechend.

(6) Bewertungsmaßstab für die Feststellung der Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit sind Art und Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Für die Bewertung sind folgende Verrichtungen (Pflegepunkte) maßgebend:

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 für die Fortbewegung benötigt.
- 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 essen oder trinken kann.
- 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 weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

Pflegebedürftigkeit liegt ferner 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.

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung.

Vorübergehende Verbesserungen führen nur dann zu einer veränderten Beurteilung, wenn sie länger als drei Monate andauern.

Wann liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Prognose nicht möglich ist?

(7) Kann nicht festgestellt werden, dass ein Zustand gemäß den Absätzen 1 bis 5 voraussichtlich dauernd, d. h. für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens drei Jahren andauern wird, tritt Berufsunfähigkeit mit Beginn des siebten Monats ein, wenn der entsprechend beeinträchtigende Zustand tatsächlich länger als sechs Monate andauert hat.

§ 3 Welche besonderen Regelungen für den Versicherungsschutz gelten für Schüler?

(1) Bei Schülern liegt der Versicherungsfall vor, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person durch Krankheiten, Behinderungen oder Unfallfolgen dauerhaft so beeinträchtigt ist, dass sie eine Schulausbildung ohne spezielle Förderung nicht fortsetzen kann (Schulunfähigkeit).

Eine Leistungspflicht besteht nur, wenn die Krankheit, Behinderung oder Unfallfolge ärztlich festgestellt wurde.

Eine spezielle Förderung ist anzunehmen, wenn sie über das übliche Standardmaß erheblich hinausgeht. Dies ist bei Sonderschulen oder vergleichbaren sonderpädagogischen Maßnahmen oder bei Inklusion in Regelschulen (gemeinsames Lernen von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderungen) regelmäßig der Fall. Das Wiederholen eines Schuljahres sowie ein Schulwechsel können daher eine Leistungspflicht nur auslösen, wenn zusätzlich dazu diese spezielle Förderung notwendig wird und die weiteren oben genannten Voraussetzungen vorliegen.

Spätestens zwölf Monate nach dem regulären Ende der Sonderschulausbildung bzw. der vergleichbaren sonderpädagogischen Ausbildungsmaßnahme wird das Fortbestehen der Leistungsvoraussetzungen neu geprüft. Die Leistungen werden weiter gezahlt, wenn die medizinischen Voraussetzungen der Schulunfähigkeit weiterhin bestehen und infolgedessen eine Berufsausbildung, ein Studium oder eine berufliche Tätigkeit nicht aufgenommen werden kann.

Hat die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt bereits eine Berufsausbildung, ein Studium oder eine berufliche Tätigkeit aufgenommen, wird das Fortbestehen der Leistungsvoraussetzungen nach § 2 neu geprüft.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Absatz 1 ein, erbringen wir die Leistung, solange die Voraussetzungen für die Schulunfähigkeit fortbestehen, längstens bis zur Aufnahme einer Berufsausbildung, eines Studiums oder einer beruflichen Tätigkeit. Dann erbringen wir eine Leistung nach Vorliegen der Berufsunfähigkeit gemäß § 2.

§ 4 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Versicherungsfall gekommen ist.

Ausschlussstatbestände

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:

- a) Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
Dagegen besteht Versicherungsschutz, wenn
 - der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
 - die versicherte Person als Angehöriger der Deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich beauftragter Organisationen an deren rein humanitären Hilfeleistungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland teilnimmt und während oder infolge derartiger Einsätze der Versicherungsfall eintritt;
- b) Durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat oder eines Vergehens durch die versicherte Person. Bei Verkehrsdelikten und fahrlässigen Verstößen leisten wir trotzdem;
- c) Durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchter Selbsttötung; hingegen besteht Versicherungsschutz, wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;
- d) Durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich der Versicherungsfall bei der versicherten Person herbeigeführt haben;
- e) Durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;
- f) Unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen geeignet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Die Einschränkung unserer Leistungspflichten nach e) und f) besteht nur dann, wenn es sich um Großschadensereignisse handelt, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen gefährden. Die Gefährdung muss dabei zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führen, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies ist der Fall, wenn mehr als 1‰ des Versichertenbestandes davon betroffen ist. Das Vorliegen der Voraussetzungen muss von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt werden. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf der Prüfung fällig.

Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu erbringen.

(3) Bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder bei arglistiger Täuschung kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen entfallen. Die Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zu den Rechtsfolgen von deren Verletzung finden Sie in § 5.

§ 5 Was bedeutet die 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.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

(2) Haben Sie oder die versicherte Person Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben (vgl. vorstehenden Absatz), nicht oder nicht richtig angegeben, können wir von der Zusatzversicherung zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir die Zusatzversicherung auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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 – unabhängig vom Bestehen eines Ursachenzusammenhangs – zur Leistung nicht verpflichtet.

Wird die Zusatzversicherung durch Rücktritt aufgehoben, erlischt dieser Vertragsteil ohne dass eine Leistung fällig wird. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(3) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir die Zusatzversicherung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir die Zusatzversicherung auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(4) Kündigen wir die Zusatzversicherung besteht kein Versicherungsschutz. Auch die Rückzahlung der geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Rückwirkende Vertragsanpassung

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

Ausübung von Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung

(6) Die in den vorstehenden Absätzen genannten Rechte stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen diese Rechte innerhalb eines Monats ausüben. 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.

Wir können uns auf diese Rechte allerdings nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bei Vertragsschluss kannten.

Diese Rechte können wir innerhalb von fünf Jahren und, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben, innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Fristen eingetreten sind, können wir unsere Rechte ohne diese zeitliche Beschränkung ausüben. Die Ausübung dieser Rechte erfolgt durch 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.

(7) Haben Sie bzw. die versicherte Person die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht der Kündigung und zur Vertragsanpassung.

Anfechtung

(8) Falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist, können wir die Zusatzversicherung wegen arglistiger Täuschung auch anfechten. Handelt es sich um Angaben der (mit-)versicherten Person(-en), können wir die Anfechtung Ihnen gegenüber erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

Mit Zugang unserer Anfechtungserklärung ist die Zusatzversicherung von Anfang an nichtig. Dies hat zur Folge, dass zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung bestand. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Ausübung der Anfechtung

(9) Die Anfechtung müssen wir innerhalb eines Jahres ab Kenntnis der arglistigen Täuschung schriftlich ausüben. Die Anfechtung können wir nur innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss erklären.

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.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(10) Die vorvertragliche Anzeigepflicht und die aus der Verletzung dieser Pflicht resultierenden Rechte nach den vorstehenden Absätzen gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Zusatzversicherung entsprechend. Die in den vorstehenden Absätzen genannten Fristen gelten mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils.

§ 6 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?

(1) Ergänzend zu den Anforderungen aus den Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung unter der Überschrift „Was ist zu beachten, wenn eine Ver-

sicherungsleistung verlangt wird?“ sind uns von der Anspruch stellenden Person, wenn Leistungen geltend gemacht werden, unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalls;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, 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 die Pflegebedürftigkeit;
- c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, ihre Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- d) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- e) eine Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder sofern bekannt sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte,
 - über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat die Anspruch stellende Person zu tragen.

(2) Auf unsere Kosten können wir außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere auch zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen durch Angehörige von nichtärztlichen Heilberufen und über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen) sowie ihre jeweiligen Veränderungen.

Wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält, können wir verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die allgemein üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class sowie die Unterbringung in einem 4-Sterne Hotel. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen. Sofern sich die versicherte Person in Deutschland aufhält, übernehmen wir ebenfalls die angefallenen Untersuchungskosten sowie die allgemein üblichen Reise- und Aufenthaltskosten.

Die versicherte Person hat Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, bei denen sie in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt hat, zu ermächtigen, uns auf Verlangen sachdienliche Auskunft zu erteilen. Alternativ hat die versicherte Person uns diese erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen.

Weiterhin hat die versicherte Person ihre bisherigen Arbeitgeber zu ermächtigen, uns auf Verlangen sachdienliche Auskunft über die finanziellen Gegebenheiten und über die Ausgestaltung der konkreten Tätigkeit zu erteilen. Alternativ hat die versicherte Person uns diese erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen.

Ist die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit selbstständig tätig, so sind uns auf Verlangen alle erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen, die für die Prüfung benötigt werden, ob der Betrieb der versicherten Person, in dem sie selbstständig tätig ist, so umorganisiert werden kann, dass die Fortdauer der selbstständigen Tätigkeit möglich ist.

(3) Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende und behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Berufsunfähigkeit grundsätzlich nicht entgegen. Die versicherte Person ist jedoch im Rahmen der allgemeinen Schadenminderungspflichten angehalten, zumutbaren Anweisungen ihrer Ärzte zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten.

Zumutbar sind Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem sichere Aussicht auf Besserung des Gesamtzustandes bieten. Dabei handelt es sich um Maßnahmen wie die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

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

(1) Nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterlagen erklären wir innerhalb von höchstens zehn Tagen in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Solange entscheidungserhebliche Unterlagen fehlen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

(2) Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus. Wir können aber in begründeten Einzelfällen, in denen einem endgültigen Anerkenntnis

wichtige Gründe entgegenstehen, einmalig ein auf maximal 36 Monate zeitlich begrenztes Anerkennnis in Textform aussprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkennnis für uns bindend. Anschließend wird die Berufsunfähigkeit erneut beurteilt.

§ 8 Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?

Nachprüfung

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen des Versicherungsfalles sowie das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. 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.

Zu den sachdienlichen Auskünften zählen insbesondere Erklärungen zu:

- Beginn, Ursache, Art, Verlauf der Krankheit, Störungen des Heilungsprozesses,
- medizinischen Behandlungen und gesundheitsrelevanten Lebensumständen,
- der beruflichen Tätigkeit und den wirtschaftlichen und steuerlichen Verhältnissen der versicherten Person sowohl vor dem Eintritt des Versicherungsfalles als auch deren Veränderungen bis zur aktuellen Nachprüfung.

Die Bestimmungen des § 6 gelten entsprechend.

(2) Wir können erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit im Sinne von § 2 ausüben kann, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten (z.B. durch Umschulung, Fortoder Weiterbildung) zu berücksichtigen sind.

Mitteilungspflicht bei Änderungen

(3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit und/oder die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen, sofern Sie Leistungen aus diesem Vertrag erhalten oder beantragt haben.

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Berufsunfähigkeit

(4) 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.

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Pflegebedürftigkeit

(5) Ist die Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit weggefallen, gilt Absatz 4 entsprechend.

§ 9 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

(1) Bis zur Erfüllung der Mitwirkungspflichten nach § 6 oder § 8 können wir Versicherungsleistungen zurückbehalten. Dies gilt auch, wenn wir aufgrund Widerrufs oder Einschränkung der erteilten Schweigepflichtentbindung und/oder Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung gehindert sind, unsere Leistungspflicht zu prüfen.

(2) Nach Erfüllung der Mitwirkungspflichten sind wir grundsätzlich nur für die Zeiträume zur Leistung verpflichtet, für die uns das Vorliegen des Versicherungsfalles nachgewiesen ist.

(3) Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten arglistig nicht erfüllt wurden, sind wir leistungsfrei.

(4) Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten vorsätzlich nicht erfüllt wurden, sind wir leistungsfrei. Unsere Leistungspflicht bleibt aber insoweit bestehen, als die Verletzung für die Feststellung weder des Versicherungsfalles, noch des Umfangs der Leistungspflicht ursächlich war.

(5) Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten grob fahrlässig nicht erfüllt wurden, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dass die Fahrlässigkeit nicht grob war, muss der Versicherungsnehmer nachweisen. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) Die teilweise oder vollständige Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 10 Was ist bei Beendigung der Schulausbildung zu beachten?

Aufnahme einer Berufsausbildung, eines Studiums oder einer beruflichen Tätigkeit

(1) Die Aufnahme einer regelmäßigen, auf Dauer gerichteten beruflichen Tätigkeit, einer Berufsausbildung oder eines Studiums der versicherten Person ist uns in Textform anzuzeigen. Entsprechende Nachweise über Aufnahme und Bestehen der beruflichen Tätigkeit, Berufsausbildung oder Studium sind vorzulegen.

Wir werden zum Beantragungszeitpunkt prüfen, ob die Berufsausbildung, das Studium oder die ausgeübte berufliche Tätigkeit nach unseren dann gültigen Annahmerichtlinien gegen Berufsunfähigkeit versicherbar ist.

Hierbei gelten besondere Regelungen:

Grundsätzlich sind Berufe und Tätigkeiten, die

- eine künstlerische und/oder kreative Komponente enthalten wie z. B. Berufsmusiker, Tänzer, Akrobaten etc.,
- dauerhaft und überdurchschnittlich mit einer hohen körperlichen Belastung verbunden sind, wie z. B. Berufssportler, Rennfahrer, Steinbrucharbeiter, Kiesgräber, etc.,
- besonders gefährlich sind wie z. B.
 - Sprengbeauftragte, Asbestarbeiter, Bodyguard, etc. oder
 - Soldaten, Polizisten und Zollbeamte mit mandatierten Auslandseinsätzen,

nur zu individuellen Konditionen versicherbar.

Gleiches gilt auch für andere Berufe und Tätigkeiten, die keiner auf Dauer ausgerichteten regelmäßigen beruflichen Tätigkeit gegen regelmäßiges Einkommen entsprechen. Hierzu zählen unter anderem Saisontätigkeiten, Tätigkeiten mit befristeten Arbeitsverträgen oder Aushilftätigkeiten oder Beschäftigungsverhältnisse als 1-Euro-Jobber (sozialversicherungsfreie Beschäftigung).

Bis zur Meldung des Berufs wird die Leistungspflicht nach §11 geprüft.

Falls Sie zum Zeitpunkt der Umstellung Ihres Vertrages einen Beruf bzw. eine Tätigkeit ausüben, die nur zu individuellen Konditionen versicherbar ist, werden wir Ihnen auf Basis der von Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen, ein individuelles Angebot zur Vertragsumstellung und Weiterführung unterbreiten. Gleiches gilt, falls Ihr zum Zeitpunkt der Umstellung ausgeübter Beruf bzw. Ihre Tätigkeit nach den zu diesem Zeitpunkt gültigen Annahmerichtlinien nicht bis zum vereinbarten Endalter versicherbar wäre.

Hierbei kann das Recht auf dynamische Anpassung entfallen.

Erfolgt die Anzeige innerhalb von sechs Monaten nach Erhalt eines Erinnerungsschreibens oder nach Aufnahme einer regelmäßigen, auf Dauer gerichteten beruflichen Tätigkeit, einer Berufsausbildung oder eines Studium, ist keine erneute Gesundheitsüberprüfung der versicherten Person erforderlich. Geht die Anzeige zu einem späteren Zeitpunkt bei uns ein, werden wir den Gesundheitszustand der versicherten Person überprüfen.

Nach Vorliegen aller erforderlichen Unterlagen – ggf. einschließlich einer Gesundheitsüberprüfung – werden wir den Beitrag und – soweit erforderlich – Zuschläge und Klauseln für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung unter Zugrundelegung der bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen neu festsetzen und dokumentieren (Umstellung des Vertrages).

(2) Werden von der versicherten Person zum Beantragungszeitpunkt (Anzeige Berufsausbildung, Studium oder berufliche Tätigkeit) bereits Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung bezogen oder sind diese für die versicherte Person beantragt oder sind solche objektiv eingetreten, wird der Vertrag nicht umgestellt und ggf. eine Leistungspflicht gemäß § 2 geprüft.

Haben wir nach Umstellung des Vertrages Kenntnis davon erlangt, dass die versicherte Person bereits Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung bezieht oder sind diese für die versicherte Person beantragt worden oder sind solche objektiv eingetreten, wird der Vertragszustand vor der Umstellung wieder hergestellt und ggf. eine Leistungspflicht gemäß § 2 geprüft. Haben wir von diesem Antrag/Bezug von Leistungen nach der Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person erfahren, endet die Zusatzversicherung mit einer Frist von einem Monat zum nächsten Monatsersten. Sie erhalten dann eine schriftliche Bestätigung.

Regelungen bei Nichtanzeige der Aufnahme einer Berufsausbildung, eines Studiums oder einer beruflichen Tätigkeit

(3) Die Aufnahme einer regelmäßigen, auf Dauer gerichteten beruflichen Tätigkeit, einer Berufsausbildung oder eines Studiums der versicherten Person ist uns spätestens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person in Textform anzuzeigen (vgl. Absatz 1). Wir werden Sie rechtzeitig vor Ablauf der Frist schriftlich informieren.

Erfolgt keine rechtzeitige Anzeige, endet die Zusatzversicherung – unabhängig von der beantragten Leistungs- und Versicherungsdauer – zum Ersten des Versicherungsbeginnmonats, der auf die Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person folgt. Über den Ausschluss der Zusatzversicherung erhalten Sie eine schriftliche Bestätigung.

(4) Innerhalb von sechs Monaten nach Aufnahme einer Berufsausbildung, eines Studiums oder einer beruflichen Tätigkeit bieten wir Ihnen an, die Versicherungs- und Leistungsdauer Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bis maximal zum vereinbarten Ablauf der Hauptversicherung, höchstens jedoch bis zum 67. Lebensjahr ohne eine erneute Gesundheitsprüfung gegen Mehrbeitrag zu verlängern. Hierzu müssen alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Es ist weder eine Erwerbs-/Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung objektiv eingetreten noch haben Sie darauf gerichtete Leistungen hierzu bezogen oder beantragt.
- Der Versicherungsschutz wurde ursprünglich zu normalen Bedingungen und Beitragssätzen angenommen.
- Das aktuelle Endalter der Versicherungs- und Leistungsdauer Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beträgt mindestens 65 Jahre.
- Sie haben keine Teil- oder Vollstundung beantragt.
- Der Vertrag darf nicht beitragsfrei gestellt sein.

- Die neu aufgenommene berufliche Tätigkeit wird zum Zeitpunkt der Aufnahme nach unseren dann gültigen Tarifen, Versicherungsbedingungen und Annahmerichtlinien in eine Berufsgruppe eingestuft, die den zur Zeit des Vertragschlusses bestehenden Berufsgruppen * bis 3- entspricht.
- Es besteht für die neu aufgenommene berufliche Tätigkeit die Versicherbarkeit bis maximal zum 67. Lebensjahr.

Die Verlängerung erfolgt als Vertragsänderung in Ihrer bestehenden Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

§ 11 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?

Überschüsse können sich aus unterschiedlichen Quellen ergeben; sie werden – wie in den Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung unter der Überschrift „Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?“ beschrieben – ermittelt und verteilt.

Überschusshöhe

(1) Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden und kann gegebenenfalls auch ganz entfallen. Sie hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind – allein schon wegen der langen Vertragslaufzeit – nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar.

Bei der Ermittlung, Feststellung und Verteilung der Überschüsse auf die einzelnen Versicherungen steht uns im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ein Ermessensspielraum zu.

Bestandsgruppen

(2) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zur Bildung von Überschüssen bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bei deren Bildung berücksichtigen wir derzeit beispielsweise

- das versicherte Risiko (z. B. Tod, Langlebigkeit, Berufsunfähigkeit),
- die Art der Kapitalanlage (z. B. konventionell, fondsgebunden).

Die Verteilung der Überschüsse auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu ihrer Entstehung beigetragen haben. Des Weiteren berücksichtigen wir insbesondere

- die Grundlagen der Beitragskalkulation (z. B. Rechnungszins, Sterbetafel),
- die Art des Versicherungsvertrages (z. B. laufende Beitragszahlung, Einmalbeitrag),
- die Kapitalmarktverhältnisse.

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, der Ihr Vertrag zugeordnet ist. Während der Anwartschaftszeit ist dies die Bestandsgruppe der Hauptversicherung. Nach Rentenbeginn ist das Einzelgeschäft der Bestandsgruppe 113, das Kollektivgeschäft der Bestandsgruppe 125 zugeordnet.

Überschussbeteiligung vor Eintritt des Versicherungsfalles

(3) Bis zur Zuteilung von Überschüssen bestehen keine Wartezeiten.

(4) Folgende Überschussysteme können – abhängig von dem mit Ihnen vereinbarten Tarif – gewählt werden:

- **Leistungsfallbonus:** Die im Leistungsfall fällige Rente wird um einen bestimmten Prozentsatz erhöht und zusammen mit dieser ausgezahlt. Solange der Leistungsfall noch nicht eingetreten ist, wird der für den Leistungsfallbonus maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) jährlich neu festgesetzt, er kann ggf. auch Null betragen. Bei Beginn der Rentenzahlung wird der aktuelle Bonussatz verbindlich festgelegt, damit ist die Höhe der Rente aus dem Leistungsfallbonus für die weitere Dauer der Berufsunfähigkeit garantiert. Wenn ausschließlich eine Beitragsbefreiung im Sinne von § 1 Absatz 1 a) versichert ist, sagen wir für den Versicherungsfall ebenfalls einen Leistungsfallbonus zu. Dieser Leistungsfallbonus wird zusammen mit den weiteren Überschussanteilen, die sich nach dem Deckungskapital der Zusatzversicherung bemessen, verzinslich angesammelt. Dieser Überschuss wird bei Fälligkeit einer Leistung aus der Hauptversicherung zur Erhöhung dieser Leistung verwendet.

- **Beitragsverrechnung:** Die Überschussanteile werden mit dem Tarifbeitrag der Zusatzversicherung verrechnet, so dass sich ein geringerer zu zahlender Beitrag ergibt.

Welches Überschussystem Sie gewählt haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

(5) Haben Sie das Überschussystem „Leistungsfallbonus“ gewählt und ist eine Rente im Sinne von § 1 Absatz 1 c) versichert und der Leistungsfall ist noch nicht eingetreten, gilt folgendes:

Sollte der für den Leistungsfall maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) künftig herabgesetzt werden, sind Sie berechtigt, innerhalb von drei Monaten, nachdem wir Sie über die Herabsetzung informiert haben, zum Herabsetzungstermin die versicherte Rente gegen einen zusätzlichen Beitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung so zu erhöhen, dass der bisherige Versicherungsschutz einschließlich der Rente aus dem Leistungsfallbonus wieder erreicht wird.

Überschussbeteiligung nach Eintritt des Versicherungsfalles

(6) Überschüsse nach Eintritt des Versicherungsfalles können jährlich zugeteilt werden. Die Zuteilung erfolgt erstmals nach Ablauf eines Jahres seit Versicherungsbeginn. Dies gilt aber nur dann, wenn seit Leistungsanerkennung zu die-

sem Zeitpunkt sechs Monate vergangen sind. Ansonsten erfolgt die Zuteilung ein Jahr später.

Folgende Überschussysteme bestehen:

- **Verzinsliche Ansammlung:** Wenn ausschließlich eine Beitragsbefreiung im Sinne von § 1 Absatz 1 a) versichert ist, wird die Überschussbeteiligung zusammen mit den weiteren Überschussanteilen, die sich nach dem Deckungskapital der Zusatzversicherung bemessen, verzinslich angesammelt. Dieses Überschussguthaben wird bei Fälligkeit einer Leistung aus der Hauptversicherung zur Erhöhung dieser Leistung verwendet.

- **Dynamische Gewinnrente:** Die Rente kann sich um einen jährlich neu festgelegten Prozentsatz erhöhen. Dies ist nicht garantiert und hängt von der Überschussentwicklung ab.

§ 12 Wie werden die Kosten verrechnet?

(1) 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 Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV i.V.m. § 169 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (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.

(2) Dies gilt nicht, wenn Ihr Vertrag die Zahlung eines Einmalbeitrages vorsieht. In diesem Fall werden alle Abschluss- und Vertriebskosten mit diesem verrechnet.

Sieht Ihr Vertrag eine laufende Beitragszahlung über weniger als fünf Jahre vor, werden die Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die in diesem Zeitraum gezahlten Beiträge verteilt.

§ 13 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

Einheit mit der 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, bei Rentenversicherungen zum vorgesehenen Rentenbeginn, erlischt der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung.

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

Kündigung

(3) Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen. In den letzten zehn Versicherungsjahren kann die Zusatzversicherung jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden. Bei einer Kündigung in den letzten zehn Versicherungsjahren nehmen wir bei der Berechnung des Rückkaufswertes der Hauptversicherung eine Saldierung des eventuell negativen Deckungskapitals der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit dem positiven Deckungskapital der Hauptversicherung vor. Bei Rentenversicherungen mit Indexpartizipation und fondsgebundenen Rentenversicherungen erfolgt die Saldierung mit dem Sondervermögen. Ist kein Sondervermögen vorhanden, erfolgt eine Saldierung mit dem Sicherungsvermögen.

Wenn Sie die Zusatzversicherung kündigen, entsteht Ihnen daraus kein Anspruch auf einen Rückkaufswert.

(4) Eine Zusatzversicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind (beitragsfreie Zusatzversicherung, Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag), können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Bei einer Kündigung in den letzten zehn Versicherungsjahren nehmen wir bei der Berechnung des Rückkaufswertes der Hauptversicherung eine Saldierung des eventuell negativen Deckungskapitals der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit dem positiven Deckungskapital der Hauptversicherung vor. Bei Rentenversicherungen mit Indexpartizipation und fondsgebundenen Rentenversicherungen erfolgt die Saldierung mit dem Sondervermögen. Ist kein Sondervermögen vorhanden, erfolgt eine Saldierung mit dem Sicherungsvermögen.

Wenn Sie die Zusatzversicherung kündigen, entsteht Ihnen daraus kein Anspruch auf einen Rückkaufswert.

Beitragsfreistellung

(5) Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln, und nur dann, wenn die beitragsfreie Mindestrente von monatlich 25,- Euro erreicht wird.

Bei einer Beitragsfreistellung in den letzten zehn Versicherungsjahren nehmen wir bei der Berechnung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente eine Saldierung des eventuell negativen Deckungskapitals der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit dem positiven Deckungskapital der Hauptversicherung vor. Bei Rentenversicherungen mit Indexpartizipation und fondsgebundenen Rentenversicherungen erfolgt die Saldierung mit dem Sondervermögen. Ist kein Sondervermögen vorhanden, erfolgt eine Saldierung mit dem Sicherungsvermögen.

Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeitsrente und der Leistung aus der Hauptversicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung bei konventionellen Rentenversicherungen und bei Risikolebensversicherungen in der Privatversorgung nicht verändert. Das vorgenannte Verhältnis wird hingegen bei Rentenversicherungen mit Indexpartizipation und fondsgebundenen Rentenversicherungen nicht aufrechterhalten.

Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode. Der aus der Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehende Betrag vermindert sich um rückständige Beiträge.

Wird die Mindestrente nicht erreicht, endet die Zusatzversicherung und Ihnen erwächst kein Anspruch auf einen Rückkaufswert.

Herabsetzung der Versicherungsleistung

(6) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung wird die reduzierte Berufsunfähigkeitsrente nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnet. Eine Berufsunfähigkeitsrente von monatlich 50,- Euro darf nicht unterschritten werden.

Bei Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung

(7) 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 Beitrag unverändert weiter gezahlt hätten.

(8) 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.

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

§ 14 Unter welchen Voraussetzungen können wir die vereinbarten Beiträge neu festsetzen oder Bestimmungen für Ihre Versicherung ändern?

(1) Unter den Voraussetzungen von § 163 VVG sind wir berechtigt, den Beitrag neu festzusetzen oder die Versicherungsleistung herabzusetzen. Sollte eine Erhöhung der Beiträge erforderlich sein, können Sie stattdessen die Herabsetzung der Versicherungsleistung verlangen.

Eine Neufestsetzung des Beitrages oder Herabsetzung der Versicherungsleistung können wir nur vornehmen, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die weiteren Voraussetzungen nach § 163 Absatz 1 Nr. 1 und 2 VVG überprüft und bestätigt hat.

Änderungen nach § 163 VVG werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem wir Sie davon benachrichtigt haben.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir unter den Voraussetzungen des § 164 VVG diese durch eine neue Regelung ersetzen. Eine neue Regelung wird zwei Wochen nach Mitteilung wirksam.

Vertragsinformationen gemäß der Informationspflichtenverordnung

I. Allgemeine Informationen

1. Vertragspartner

Ihr Vertragspartner ist die Deutsche Ärzteversicherung AG
 Colonia-Allee 10–20, 51067 Köln
 Postanschrift: 51171 Köln,
 eingetragen im Handelsregister Köln unter der Registernummer
 HR B Nr. 27698.

Die vertretungsberechtigten Vorstände entnehmen Sie bitte der Rückseite des Anschreibens, mit dem Ihnen der Versicherungsschein übersandt wird.
 Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der Lebens- und Rentenversicherung in allen Arten einschließlich der damit verbundenen Zusatzversicherungen.

2. Weitere Ansprechpartner

Sofern Ihr Vertrag mit Hilfe eines Vermittlers zustande kommt, steht Ihnen dieser als Ansprechpartner zur Verfügung. Seinen Namen, die Anschrift und den Status Ihres Vermittlers finden Sie auf der ersten Seite des Versorgungsvorschlages, der bei Antragstellung erfolgten Beratungsdokumentation sowie dem Anschreiben, mit dem Ihnen der Versicherungsschein übersandt wird.

3. Vertragsabschluss, Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

a) Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn wir den von Ihnen gestellten Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages annehmen. Dies geschieht, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden und dieser/diese Ihnen zugeht.

b) Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn Sie das von uns auf Ihren Antrag hin erstellte Angebot, welches wir Ihnen mit den Bestimmungen und Informationen zum Vertrag übersenden, annehmen und Ihre Annahmeerklärung bei uns eingeht. Wir werden Sie über den Zugang informieren.

Wie lange wir an unser Angebot gebunden sind und Sie es annehmen können, entnehmen Sie bitte dem Anschreiben zu diesem Angebot.

c) Vertragsbeginn

Der Beginn der Versicherung ergibt sich aus dem Antrag und dem Versorgungsvorschlag.

d) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag geschlossen ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung setzt der Versicherungsschutz nicht ein. Näheres entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?“.

Wir gewähren vorläufigen Versicherungsschutz. Näheres dazu entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag.

4. Gültigkeit der Informationen und Angebote

Sofern wir die Gültigkeit von Informationen oder Angeboten begrenzt haben, finden Sie dort einen entsprechenden Hinweis. Im Übrigen gelten die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Danach kann der einem Abwesenden gemachte Antrag nur bis zu dem Zeitpunkt angenommen werden, in welchem der Antragende den Eingang der Antwort unter regelmäßigen Umständen erwarten darf.

5. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärungen im Fall von Ziffer 3. a) bis zum Ablauf von 30 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins und im Fall von Ziffer 3. b) bis zum Ablauf von 30 Tagen nach Abgabe Ihrer Annahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:
 Deutsche Ärzteversicherung AG,
 Colonia-Allee 10 – 20, 51067 Köln oder
 per Fax an 0221 148-22750 oder
 per E-Mail an service@axa.de.

Sofern Sie einen Versicherungsbeginn beantragen, der vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d.h. unverzüglich zu zahlen ist.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 des im Produktinformationsblatt ausgewiesenen Jahresbeitrags
		1/180 des im Produktinformationsblatt ausgewiesenen Halbjahresbeitrags
		1/90 des im Produktinformationsblatt ausgewiesenen Vierteljahresbeitrags
		1/30 des im Produktinformationsblatt ausgewiesenen Monatsbeitrags

Sollten Sie einen Einmalbeitrag geleistet haben oder abgekürzte Beitragszahlung vereinbart sein, wird dieser Einmalbeitrag bzw. der gesamte Beitrag bei gekürzter Beitragszahlung auf die Vertragslaufzeit hochgerechnet und sodann der entsprechende Tagessatz für die Tage, an denen Versicherungsschutz bestand, gebildet.

Einen etwaigen Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus, soweit ein solcher bis zum Zugang Ihrer Widerrufserklärung entstanden sein sollte. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

6. Laufzeit und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die Laufzeit Ihres Vertrages können Sie dem Versorgungsvorschlag und/oder dem Versicherungsschein entnehmen.

Es gelten die Ihnen ausgehändigten Bestimmungen und Informationen zum Vertrag. Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistung entnehmen Sie bitte dem Versorgungsvorschlag und/oder dem Versicherungsschein sowie den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen.

7. Risiken

Ihre Versicherung und etwaige Zusatzversicherungen sind an den von uns erzielten Überschüssen beteiligt. Diese Überschüsse sind nicht garantiert. Sie hängen u.a. von der Kapitalmarktentwicklung, dem Verlauf des versicherten Risikos und der Entwicklung der Kosten ab. Künftige Überschüsse können von unseren in der Vergangenheit erwirtschafteten sowie aktuell deklarierten Überschüssen abweichen.

Versicherungen, bei denen die Beiträge und/oder Überschüsse ganz oder teilweise in Investmentfonds, Depotklassen oder Strategiekonzepten und/oder anderen Werten des Kapitalmarktes angelegt werden, enthalten zusätzliche Risiken. Das Anlageergebnis hängt von der Kursentwicklung ab. Daher können auch erhebliche Verluste nicht ausgeschlossen werden.

8. Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung gehören wir dem gesetzlichen Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes) bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, an. Im Sicherheitsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Durch den Fonds geschützt sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und aller sonstigen aus dem Versicherungsvertrag begünstigten Personen.

9. Gesamtpreis der Versicherung

Bei dem im Versorgungsvorschlag und/oder im Versicherungsschein genannten Preis handelt es sich um den von Ihnen zu zahlenden Beitrag gemäß der mit Ihnen vereinbarten Zahlweise.

Sie können die Beiträge einmalig, jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zahlen.

10. Zahlung und Erfüllung

Angaben zur Fälligkeit des Beitrags entnehmen Sie bitte den dem Vertrag zugrundeliegenden Bedingungen.

Sie haben Ihre Pflicht zur Zahlung des Beitrags erfüllt, wenn die Zahlung bei uns eingegangen ist. Das ist bei einer Überweisung der Zeitpunkt, zu dem der Beitrag auf unserem Konto gutgeschrieben wird. Bei Zahlung im Wege des SEPA-Lastschriftverfahrens ist zusätzlich die wirksame Belastung Ihres Kontos erforderlich.

Ihre Zahlung ist rechtzeitig, wenn

- Einzahlungen auf unser Konto bei Bank oder Post innerhalb der Zahlungsfrist vorgenommen werden;
- Ihre Bank den Beitrag aufgrund eines Überweisungsauftrages innerhalb der Zahlungsfrist von Ihrem Konto abbucht;
- der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag von Ihrem Konto eingezogen werden kann, also ausreichende Kontodeckung besteht, und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen;

Näheres hierzu entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Wie müssen Sie Ihre Beiträge zahlen?“.

11. Kosten, Steuern und Gebühren

- a) Für Ihren Vertrag fallen Abschluss- und Vertriebskosten an. Nähere Informationen zu den durch die Vermittlung und den Abschluss des Vertrages entstehenden Kosten und deren Höhe entnehmen Sie bitte dem im Produktinformationsblatt enthaltenen Abschnitt „Wie hoch ist der Beitrag und wann ist er zu zahlen?“ unter der Überschrift „Welche Kosten wurden einkalkuliert?“.
- b) Sollten Sie Dienstleistungen oder Geschäftsvorfälle veranlassen, die über die gewöhnliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen, können wir Ihnen Gebühren in Rechnung stellen. Diese können Sie der Ihnen ausgehändigten Tabelle „Gebühren für besondere Leistungen“ entnehmen.
- c) Bei Versicherungen, bei denen die Beiträge und/oder Überschüsse ganz oder teilweise in Investmentfonds und/oder anderen Werten des Kapitalmarktes angelegt werden, erheben die Kapitalverwaltungsgesellschaften Verwaltungsgebühren und die Depotbanken Gebühren für die Führung des Depots, jeweils in marktüblicher Höhe. Außerdem können die Kapitalverwaltungsgesellschaften marktübliche Ausgabeaufschläge erheben. Die Höhe dieser Kosten ergibt sich aus den aktuellen Verkaufsprospekten der jeweiligen Kapitalverwaltungsgesellschaft. Bei den Kapitalverwaltungsgesellschaften fallen außerdem Transaktionskosten für Erwerb und Veräußerung von Wertpapieren an sowie Kosten für die Fertigung von Jahresabschlüssen, Prospekten und Geschäftsberichten. Diese Kosten belasten das Fondsvermögen.

Für den Fall, dass Kapitalverwaltungsgesellschaften uns als Großanleger an den Verwaltungsvergütungen der Fonds beteiligen, gilt: Diese geben wir vollständig an Sie weiter.

- d) Wohnen Sie in einem Staat, in dem auf Lebensversicherungsbeiträge Versicherungssteuer erhoben wird, müssen Sie diese dort selbst abführen.
- Beiträge zu Kapitallebens- oder Rentenversicherungen, die Leistungen im Erlebens- oder Todesfall, bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, im Alter oder in besonderen Notfällen vorsehen, unterliegen in Deutschland grundsätzlich nicht der Versicherungssteuer. Allerdings besteht eine Versicherungssteuerpflicht auf Beiträge zu Lebensversicherungen in diversen anderen Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR). Die Steuerpflicht entsteht dann, wenn der Versicherungsnehmer bei Zahlung der Prämie seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, der Versicherungssteuer auf Beiträge zu Lebensversicherungen erhebt. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz nach Abschluss des Versicherungsvertrags aus Deutschland in einen solchen Staat verlegt. In diesen Fällen haben alle Lebensversicherer mit Sitz im EWR die dort anfallende Versicherungssteuer und ggfs. ähnlichen Abgaben zu erheben und an die Finanzbehörden des jeweiligen EWR-Staates abzuführen.
- Hat der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat außerhalb des EWR, sind wir (als Versicherer mit Sitz im EWR) nicht verpflichtet eine evtl. in einem solchen Staat anfallende Versicherungssteuer auf Beiträge zu Lebensversicherungen einzubehalten und abzuführen. In diesen Fällen hat der Versicherungsnehmer selbst dafür zu sorgen.

12. Beendigung des Vertrages

Der Vertrag kann von uns insbesondere wie folgt beendet werden:

- Rücktritt bei nicht oder nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages;
- Rücktritt oder Kündigung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht;
- Kündigung bei Nichtzahlung des Folgebeitrages.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

Ob, wann und wie Sie Ihre Versicherung beenden können und welche Folgen dies hat, entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Gestaltungsmöglichkeiten“ bzw. „Kündigung des Vertrages“. Etwaig entstehende Kosten entnehmen Sie bitte der „Werteentwicklung“ bzw. dem entsprechenden Abschnitt im Versicherungsschein.

13. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

- a) Auf das vorvertragliche Rechtsverhältnis wird deutsches Recht angewandt. Findet die Vertragsanbahnung im EU-Ausland statt, gilt das Recht des entsprechenden EU-Mitgliedstaates.
- b) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
- c) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem Sitz der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person und wohnen in Deutschland, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Sind Sie eine natürliche Person und wohnen in Deutschland, 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. Unterhalten Sie zum Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz oder ist Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können wir Sie vor dem für unseren Sitz zuständigen Gerichtsstand verklagen. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

Andere nach deutschem Recht begründete Gerichtsstände werden durch diese Vereinbarungen nicht ausgeschlossen.

14. Vertragssprache

Wir teilen Ihnen alle Bestimmungen und Informationen zum Vertrag in deutscher Sprache mit. Während der Laufzeit des Vertrages kommunizieren wir mit Ihnen auf Deutsch.

15. Außergerichtliche Rechtsbehelfe

- a) Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie als Verbraucher zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann anzurufen:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
Telefon: 0800/3696000
Fax: 0800/3699000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Webseite: www.versicherungsombudsmann.de

Das geht aber nur, solange in der gleichen Angelegenheit kein Rechtsstreit anhängig ist. Das Schlichtungsverfahren ist bis zu einem Beschwerdewert von 100.000,- Euro möglich und für Sie kostenfrei.

Mit unserem Beitritt zum Versicherungsombudsmann e.V. haben wir uns zur Teilnahme an Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann verpflichtet.

- b) Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Postfach 12 53
53002 Bonn
Telefon: 0228/41 08-0
Fax: 0228/41 08-15 50
E-Mail: poststelle@bafin.de
Webseite: www.bafin.de

Bis zum Ablauf von drei Monaten seit dem Eingang unseres ablehnenden Bescheides können Sie sich auch an unseren Beirat wenden.

Es bleibt Ihnen unbenommen, Ihre Ansprüche gerichtlich zu verfolgen.

II. Besondere Informationen für die Lebensversicherung

1. Kosten

Nähere Informationen zu den durch die Vermittlung und den Abschluss des Vertrages entstehenden Kosten und deren Höhe entnehmen Sie bitte dem im Produktinformationsblatt enthaltenen Abschnitt „Wie hoch ist der Beitrag und wann ist er zu zahlen?“ unter der Überschrift „Welche Kosten wurden einkalkuliert?“.

2. Überschussermittlung und -beteiligung

Ob und inwiefern Ihr Vertrag an Überschüssen beteiligt ist und wie diese ermittelt und verteilt werden, entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Wie erhöhen sich Leistungen durch Überschüsse und Bewertungsreserven?“ bzw. „Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?“.

3. Der Versicherung zugrunde liegende Kapitalanlagen

Sieht Ihre Versicherung eine Kapitalanlage in Investmentfonds, Depotklassen oder Strategiekonzepten vor, gilt:

Welche Kapitalanlagen Sie gewählt haben finden Sie in Ihren Antragsunterlagen und/oder im Versicherungsschein. In Ihrem ausführlichen Vorschlag geben wir Ihnen weitere Informationen zur gewählten Kapitalanlage und den Kapitalanlagezielen.

4. Umwandlung in eine prämienfreie oder prämienreduzierte Versicherung

Ob und wie Sie Ihrer Versicherung prämienfrei oder prämienreduziert fortführen können, entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Gestaltungsmöglichkeiten“ bzw. „Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten“. Angaben zur Leistung aus der prämienreduzierten bzw. prämienfreien Versicherung und zum Ausmaß, in dem diese garantiert ist, entnehmen Sie bitte der „Werteentwicklung“ bzw. dem entsprechenden Abschnitt im Versicherungsschein.

5. Leistung bei Kündigung (Rückkauf)

Für den Fall, dass Ihnen bei Kündigung eine Leistung ausgezahlt wird, finden Sie eine Beispielrechnung zum möglichen Verlauf dieser Leistung und eine Information dazu, ob und inwiefern eine solche garantiert ist, in der „Werteentwicklung“ bzw. dem entsprechenden Abschnitt im Versicherungsschein.

6. Steuerregelungen

Angaben zu für Ihre Versicherung geltende Steuerregelungen entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Hinweise für die steuerlichen Regelungen“.

7. Begriff der Berufsunfähigkeit

Der Begriff wird in den Versicherungsbedingungen erläutert.

Die dort genannte Definition weicht von dem Begriff der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung im Sozialrecht ab. Sie entspricht auch nicht dem in den Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung verwendeten Begriff der Berufsunfähigkeit.

8. Ethische, soziale und ökologische Belange in der Kapitalanlage

Die AXA Gruppe, zu der die Deutsche Ärzteversicherung AG gehört, hat sich mit der Unterzeichnung der „UN-Prinzipien für nachhaltiges Investment“ (UN Principles for Responsible Investment – UN-PRI; www.unpri.org) zu verantwortungsvollem Handeln in der Kapitalanlage bekannt. Wir beziehen deshalb auch ethische, soziale und ökologische Belange in die Auswahl unserer Kapitalanlagen mit ein.

Beispiele für unser Engagement sind Investments in erneuerbare Energien und die Finanzierung von Mikrofinanzinstituten. Wir investieren ausdrücklich nicht in Unternehmen, die Landminen oder Streubomben herstellen, ebenso wenig in die Kohlebranche und Länder mit hoher Korruption oder in Spekulationsgeschäfte mit Nahrungsmitteln.

Ein renommiertes externes Institut prüft ständig und unabhängig die Nachhaltigkeit von Investitionen der AXA Gruppe. Der dabei über das gesamte Portfolio der AXA Deutschland errechnete Durchschnittswert übertraf bisher immer deutlich den Mittelwert der repräsentativen Marktindizes. Auch von ihren Partnern verlangt die AXA Gruppe, dass sie die ethischen, sozialen und ökologischen Belange beachten und beispielsweise ihre Position dazu angemessen offenlegen.

Vertragsinformationen gemäß der Informationspflichtenverordnung in der Basisversorgung

I. Allgemeine Informationen

1. Vertragspartner

Ihr Vertragspartner ist die Deutsche Ärzteversicherung AG
Colonia-Allee 10–20, 51067 Köln
Postanschrift: 51171 Köln,
eingetragen im Handelsregister Köln unter der Registernummer
HR B Nr. 27698.

Die vertretungsberechtigten Vorstände entnehmen Sie bitte der Rückseite des Anschreibens, mit dem Ihnen der Versicherungsschein übersandt wird.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der Lebens- und Rentenversicherung in allen Arten einschließlich der damit verbundenen Zusatzversicherungen.

2. Weitere Ansprechpartner

Sofern Ihr Vertrag mit Hilfe eines Vermittlers zustande kommt, steht Ihnen dieser als Ansprechpartner zur Verfügung. Seinen Namen, die Anschrift und den Status Ihres Vermittlers finden Sie auf der ersten Seite des Versorgungsvorschlages, der bei Antragstellung erfolgten Beratungsdokumentation sowie dem Anschreiben, mit dem Ihnen der Versicherungsschein übersandt wird.

3. Vertragsabschluss, Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

a) Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn wir den von Ihnen gestellten Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages annehmen. Dies geschieht, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden und dieser/diese Ihnen zugeht.

b) Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn Sie das von uns auf Ihren Antrag hin erstellte Angebot, welches wir Ihnen mit den Bestimmungen und Informationen zum Vertrag übersenden, annehmen und Ihre Annahmeerklärung bei uns eingehen. Wir werden Sie über den Zugang informieren.

Wie lange wir an unser Angebot gebunden sind und Sie es annehmen können, entnehmen Sie bitte dem Anschreiben zu diesem Angebot.

c) Vertragsbeginn

Der Beginn der Versicherung ergibt sich aus dem Antrag und dem Versorgungsvorschlag.

d) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag geschlossen ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung setzt der Versicherungsschutz nicht ein. Näheres entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?“.

Wir gewähren vorläufigen Versicherungsschutz. Näheres dazu entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag.

4. Gültigkeit der Informationen und Angebote

Sofern wir die Gültigkeit von Informationen oder Angeboten begrenzt haben, finden Sie dort einen entsprechenden Hinweis. Im Übrigen gelten die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Danach kann der einem Abwesenden gemachte Antrag nur bis zu dem Zeitpunkt angenommen werden, in welchem der Antragende den Eingang der Antwort unter regelmäßigen Umständen erwarten darf.

5. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärungen im Fall von Ziffer 3. a) bis zum Ablauf von 30 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins und im Fall von Ziffer 3. b) bis zum Ablauf von 30 Tagen nach Abgabe Ihrer Annahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:
Deutsche Ärzteversicherung AG,
Colonia-Allee 10 – 20, 51067 Köln oder
per Fax an 0221 148-22750 oder
per E-Mail an service@axa.de.

Sofern Sie einen Versicherungsbeginn beantragen, der vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und der erste oder einmalige

Beitrag (Einlösungsbeitrag) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Frist fällig, d.h. unverzüglich zu zahlen ist.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Falle einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag der sich je nach Zahlweise wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 des im Produktinformationsblatt ausgewiesenen Jahresbeitrags
		1/180 des im Produktinformationsblatt ausgewiesenen Halbjahresbeitrags
		1/90 des im Produktinformationsblatt ausgewiesenen Vierteljahresbeitrags
		1/30 des im Produktinformationsblatt ausgewiesenen Monatsbeitrags

Sollten Sie einen Einmalbeitrag geleistet haben oder abgekürzte Beitragszahlungsdauer vereinbart sein, wird dieser Einmalbeitrag bzw. der gesamte Beitrag bei gekürzter Beitragszahlungsdauer auf die Vertragslaufzeit hochgerechnet und sodann der entsprechende Tagessatz für die Tage, an denen Versicherungsschutz bestand, gebildet.

Einen etwaigen Rückkaufwert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus, soweit ein solcher bis zum Zugang Ihrer Widerrufserklärung entstanden sein sollte. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

6. Laufzeit und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die Laufzeit Ihres Vertrages können Sie dem Versorgungsvorschlag und/oder dem Versicherungsschein entnehmen.

Es gelten die Ihnen ausgehändigten Bestimmungen und Informationen zum Vertrag. Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistung entnehmen Sie bitte dem Versorgungsvorschlag und/oder dem Versicherungsschein sowie den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen.

7. Risiken

Ihre Versicherung und etwaige Zusatzversicherungen sind an den von uns erzielten Überschüssen beteiligt. Diese Überschüsse sind nicht garantiert. Sie hängen u.a. von der Kapitalmarktentwicklung, dem Verlauf des versicherten Risikos und der Entwicklung der Kosten ab. Künftige Überschüsse können von unseren in der Vergangenheit erwirtschafteten sowie aktuell deklarierten Überschüssen abweichen.

Versicherungen, bei denen die Beiträge und/oder Überschüsse ganz oder teilweise in Investmentfonds, Depotklassen oder Strategiekonzepten und/oder anderen Werten des Kapitalmarktes angelegt werden, enthalten zusätzliche Risiken. Das Anlageergebnis hängt von der Kursentwicklung ab. Daher können auch erhebliche Verluste nicht ausgeschlossen werden.

8. Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung gehören wir dem gesetzlichen Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes) bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, an. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Durch den Fonds geschützt sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und aller sonstigen aus dem Versicherungsvertrag begünstigten Personen.

9. Gesamtpreis der Versicherung

Bei dem im Versorgungsvorschlag und/oder im Versicherungsschein genannten Preis handelt es sich um den von Ihnen zu zahlenden Beitrag gemäß der mit Ihnen vereinbarten Zahlweise.

Sie können die Beiträge einmalig, jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zahlen.

10. Zahlung und Erfüllung

Angaben zur Fälligkeit des Beitrags entnehmen Sie bitte den dem Vertrag zugrundeliegenden Bedingungen.

Sie haben Ihre Pflicht zur Zahlung des Beitrags erfüllt, wenn die Zahlung bei uns eingegangen ist. Das ist bei einer Überweisung der Zeitpunkt, zu dem der Beitrag auf unserem Konto gutgeschrieben wird. Bei Zahlung im Wege des SEPA-Lastschriftverfahrens ist zusätzlich die wirksame Belastung Ihres Kontos erforderlich.

Ihre Zahlung ist rechtzeitig, wenn

- Einzahlungen auf unser Konto bei Bank oder Post innerhalb der Zahlungsfrist vorgenommen werden;
- Ihre Bank den Beitrag aufgrund eines Überweisungsauftrages innerhalb der Zahlungsfrist von Ihrem Konto abbucht;
- der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag von Ihrem Konto eingezogen werden kann, also ausreichende Kontodeckung besteht, und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen;

Näheres hierzu entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Wie müssen Sie Ihre Beiträge zahlen?“.

11. Kosten, Steuern und Gebühren

- a) Für Ihren Vertrag fallen Abschluss- und Vertriebskosten an. Nähere Informationen zu den durch die Vermittlung und den Abschluss des Vertrages entstehenden Kosten und deren Höhe finden Sie im Produktinformationsblatt unter der Überschrift „Einzelne Kosten“.
- b) Wenn Teile Ihres Vertragsvermögens von einer Kapitalverwaltungsgesellschaft in Fonds angelegt werden entstehen Kapitalverwaltungskosten die die Kapitalverwaltungsgesellschaft erhebt. Diese Kosten sind bereits in den Verwaltungskosten enthalten.
- c) Wohnen Sie in einem Staat, in dem auf Lebensversicherungsbeiträge Versicherungsteuer erhoben wird, müssen Sie diese dort selbst abführen.

Beiträge zu Kapitallebens- oder Rentenversicherungen, die Leistungen im Erlebens- oder Todesfall, bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, im Alter oder in besonderen Notfällen vorsehen, unterliegen in Deutschland grundsätzlich nicht der Versicherungsteuer. Allerdings besteht eine Versicherungsteuerpflicht auf Beiträge zu Lebensversicherungen in diversen anderen Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR). Die Steuerpflicht entsteht dann, wenn der Versicherungsnehmer bei Zahlung der Prämie seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, der Versicherungsteuer auf Beiträge zu Lebensversicherungen erhebt. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz nach Abschluss des Versicherungsvertrags aus Deutschland in einen solchen Staat verlegt. In diesen Fällen haben alle Lebensversicherer mit Sitz im EWR die dort anfallende Versicherungsteuer und ggfs. ähnlichen Abgaben zu erheben und an die Finanzbehörden des jeweiligen EWR-Staates abzuführen.

Hat der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat außerhalb des EWR, sind wir (als Versicherer mit Sitz im EWR) nicht verpflichtet eine evtl. in einem solchen Staat anfallende Versicherungsteuer auf Beiträge zu Lebensversicherungen einzubehalten und abzuführen. In diesen Fällen hat der Versicherungsnehmer selbst dafür zu sorgen.

12. Beendigung des Vertrages

Der Vertrag kann von uns insbesondere wie folgt beendet werden:

- **Rücktritt bei nicht oder nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages;**
- **Rücktritt oder Kündigung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht;**
- **Kündigung bei Nichtzahlung des Folgebeitrages.**

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen. Ob, wann und wie Sie Ihre Versicherung beenden können und welche Folgen dies hat, entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Gestaltungsmöglichkeiten“ bzw. „Kündigung des Vertrages“.

13. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

- a) Auf das vorvertragliche Rechtsverhältnis wird deutsches Recht angewandt. Findet die Vertragsanbahnung im EU-Ausland statt, gilt das Recht des entsprechenden EU-Mitgliedstaates.
- b) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
- c) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem Sitz der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person und wohnen in Deutschland, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Sind Sie eine natürliche Person und wohnen in Deutschland, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhn-

lichen Aufenthalts zuständig ist. Unterhalten Sie zum Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz oder ist Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können wir Sie vor dem für unseren Sitz zuständigen Gericht verklagen. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

Andere nach deutschem Recht begründete Gerichtsstände werden durch diese Vereinbarungen nicht ausgeschlossen.

14. Vertragssprache

Wir teilen Ihnen alle Bestimmungen und Informationen zum Vertrag in deutscher Sprache mit. Während der Laufzeit des Vertrages kommunizieren wir mit Ihnen auf Deutsch.

15. Außergerichtliche Rechtsbehelfe

- a) Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie als Verbraucher zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann anzurufen:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
Telefon: 0800/3696000
Fax: 0800/3699000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Webseite: www.versicherungsombudsmann.de

Das geht aber nur, solange in der gleichen Angelegenheit kein Rechtsstreit anhängig ist. Das Schlichtungsverfahren ist bis zu einem Beschwerdewert von 100.000,- Euro möglich und für Sie kostenfrei.

Mit unserem Beitritt zum Versicherungsombudsmann e.V. haben wir uns zur Teilnahme an Streitbelegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann verpflichtet.

- b) Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Postfach 12 53
53002 Bonn
Telefon: 0228/41 08-0
Fax: 0228/41 08-15 50
E-Mail: poststelle@bafin.de
Webseite: www.bafin.de

Bis zum Ablauf von drei Monaten seit dem Eingang unseres ablehnenden Bescheides können Sie sich auch an unseren Beirat wenden.

Es bleibt Ihnen unbenommen, Ihre Ansprüche gerichtlich zu verfolgen.

II. Besondere Informationen für die Lebensversicherung

1. Kosten

Nähere Informationen zu den durch die Vermittlung und den Abschluss des Vertrages entstehenden Kosten und deren Höhe finden Sie im Produktinformationsblatt unter der Überschrift „Einzelne Kosten“.

2. Überschussermittlung und -beteiligung

Ob und inwiefern Ihr Vertrag an Überschüssen beteiligt ist und wie diese ermittelt und verteilt werden, entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Wie erhöhen sich Leistungen durch Überschüsse und Bewertungsreserven?“.

3. Der Versicherung zugrunde liegende Kapitalanlagen

Sieht Ihre Versicherung eine Kapitalanlage in Investmentfonds, Depotklassen oder Strategiekonzepten vor, gilt:

Welche Kapitalanlage Sie gewählt haben finden Sie in Ihren Antragsunterlagen und/ oder im Versicherungsschein. In Ihrem ausführlichen Vorschlag geben wir Ihnen weitere Informationen zur gewählten Kapitalanlage und den Kapitalanlagezielen.

4. Umwandlung in eine prämienfreie oder prämienreduzierte Versicherung

Ob und wie Sie Ihre Versicherung prämienfrei oder prämienreduziert fortführen können, entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Gestaltungsmöglichkeiten“ bzw. „Überbrückung von Zahlingschwierigkeiten“. Sieht Ihre Versicherung eine garantierte Leistung aus der prämienreduzierten bzw. prämienfreien Versicherung vor, finden Sie Angaben zum Ausmaß, in dem diese garantiert ist, in der „Werteentwicklung“.

5. Leistung bei Kündigung (Rückkauf)

Sollten Sie eine Kündigung aussprechen, wird diese wie eine Beitragsfreistellung behandelt. Ein Anspruch auf eine Leistung bei Kündigung (Rückkauf) besteht nicht.

6. Steuerregelungen

Angaben zu für Ihre Versicherung geltende Steuerregelungen entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Hinweise für die steuerlichen Regelungen“.

7. Begriff der Berufsunfähigkeit

Der Begriff wird in den Versicherungsbedingungen erläutert.

Die dort genannte Definition weicht von dem Begriff der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung im Sozialrecht ab. Sie entspricht auch nicht dem in den Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung verwendeten Begriff der Berufsunfähigkeit.

Mitteilung nach § 19 Absatz 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antragsformular gestellten beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns in Textform nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie und/oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Sie weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt haben.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, 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. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Treten wir vom Vertrag zurück, steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung einer ggf. vorhandenen Leistung bei Kündigung (Rückkauf).

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird und für den Tarif eine Beitragsfreistellung zulässig ist.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Die unter 1. – 3. genannten Rechte stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung auf die Folgen der Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen diese Rechte innerhalb eines Monats ausüben. 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 der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung können wir uns nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung können wir innerhalb von fünf Jahren und, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt wurde, innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Fristen eingetreten sind, können wir unsere Rechte ohne diese zeitliche Beschränkung ausüben.

Haben Sie bzw. die versicherte Person die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht zur Vertragsanpassung. Wurde die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.

5. Anfechtung und deren Ausübung

Haben Sie bzw. die (mit-)versicherte Person unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt gemacht und hat dies auf unsere Annahmemeinung Einfluss genommen, können wir den Vertrag wegen arglistiger Täuschung auch anfechten.

Mit Zugang unserer Anfechtungserklärung ist der Versicherungsvertrag von Anfang an nichtig. Dies hat zur Folge, dass zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz bestand. Eine ggf. vorhandene Leistung bei Kündigung (Rückkauf) wird, außer bei der Risikoversicherung, der Risiko-Zusatzversicherung, der selbständigen Berufs-/Dienstunfähigkeitsversicherung und selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung, ausbezahlt. Von diesem ziehen wir gegebenenfalls Stornokosten ab, deren Höhe der Tabelle zur Werteentwicklung entnommen werden kann. Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Die Anfechtung müssen wir innerhalb eines Jahres ab Kenntnis der arglistigen Täuschung schriftlich ausüben. Die Anfechtung können wir nur innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss erklären.

6. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung, der Anfechtung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, können Sie sich nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Bedingungen für die Dynamik für Heilberufe in der Privatversorgung

§ 1 Was bedeutet Dynamik Ihrer Versicherung?

(1) Beitrag und Versicherungsleistungen erhöhen sich planmäßig ohne erneute Gesundheitsprüfung (dynamische Anpassung). Dies gilt sowohl für die Hauptversicherung als auch für etwaig eingeschlossene Zusatzversicherungen.

Bei Personen, für die eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung besteht und die in Berufsgruppe K („Schüler/in“) eingestuft sind, kann eine Dynamisierung nur erfolgen, wenn für die Zusatzversicherung das Überschussystem Beitragsverrechnung vereinbart ist. Nach erfolgter Umstellung von der Einstufung der Berufsgruppe K in eine andere Berufsgruppe ist eine dynamische Anpassung unter der vorgenannten Voraussetzung möglich, sofern sie bereits bei Antragstellung beantragt wurde und das planmäßige Recht auf dynamische Anpassung nicht gemäß § 4 Absatz 2 und 3 erloschen ist.

Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen. Diese erhöhen sich jedoch nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. Dies liegt darin begründet, dass sich die Vertragslaufzeit bis zum vorgesehenen Rentenbeginn, bzw. dem Einsetzen der Rentenbeginnphase (bei Rentenversicherungen), falls eine solche vereinbart ist, oder zum vereinbarten Ablauftermin (bei Risikoversicherungen), falls eine solche vereinbart ist, immer weiter verkürzt.

(2) Bei der Berechnung der Erhöhungen finden in der Regel die bei Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen Anwendung. Wir sind allerdings berechtigt, den Erhöhungen die Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde zu legen. Sofern wir die Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde legen, werden wir Sie hierüber informieren.

(3) Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, werden die Dynamikbeiträge grundsätzlich so auf die Haupt- und Zusatzversicherungen aufgeteilt, dass sich das ursprünglich vereinbarte Verhältnis zwischen den Leistungen aus der Hauptversicherung und den Leistungen aus Zusatzversicherungen der Höhe nach nicht ändert.

(4) Folgende Dynamikformen können vereinbart werden:

- Der Beitrag wird jährlich im gleichen Verhältnis erhöht, wie sich der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten erhöht, mindestens jedoch um 5% und wenigstens um 30,- Euro jährlich, bei einer Risikolebensversicherung mindestens 12,- Euro jährlich.
- Der Beitrag wird jährlich um einen gleichbleibenden ganzzahligen Prozentsatz erhöht. Dieser kann zwischen 3% und 10% betragen. Falls Rentenleistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit mitversichert sind, ist der Prozentsatz auf 5% begrenzt. Die jährliche Erhöhung beträgt jedoch mindestens 30,- Euro, bei einer Risikolebensversicherung mindestens 12,- Euro jährlich.

Zusätzlich kann vereinbart werden, dass auch während einer mitversicherten Berufsunfähigkeit die Beitragserhöhungen für die Hauptversicherung mit einem gesondert vereinbarten Prozentsatz durchgeführt werden (BUZD).

Bei Personen, für die eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung besteht und die in Berufsgruppe K („Schüler/in“) eingestuft sind oder waren, ist nur die unter b) genannte Dynamikform mit einem Prozentsatz von 3% zulässig.

Welche Dynamikform Sie vereinbart haben und wie hoch der ggf. vereinbarte Prozentsatz bei der unter b) genannten Dynamikform bzw. bei der BUZD ist, können Sie dem Versorgungsvorschlag und/oder dem Versicherungsschein entnehmen.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jährlich, und zwar jeweils zum Ersten des Monats, in dem die Versicherung begonnen hat. Erstmals erfolgen die Erhöhungen – falls nichts anderes vereinbart ist – zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Haben Sie einen Tarif mit abgesenktem Anfangsbeitrag abgeschlossen, erfolgen die Erhöhungen von Beiträgen und Versicherungsleistungen erstmals ein Jahr nach Umstellung auf die Phase, in der der volle Beitrag zu zahlen ist.

Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die dynamische Anpassung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die dynamischen Anpassungen der Versicherungsleistungen?

- Vorbehaltlich ausdrücklicher anderweitiger Vereinbarungen erstrecken sich alle Regelungen des Versicherungsvertrages, insbesondere die Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung und eventuelle Zusatzversicherungen sowie Abtretungen, Verpfändungen und Bezugsrechtsverfügungen, auch auf die erhöhten Beiträge und Versicherungsleistungen.
- Durch die dynamische Anpassung werden die Fristen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und bei Selbsttötung nicht erneut in Lauf gesetzt.

§ 4 Wann werden dynamische Anpassungen ausgesetzt?

(1) Die dynamische Anpassung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten durch die jeweilige dynamische Anpassung erhöhten Beitrag nicht innerhalb von

zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen. Unterbliebene dynamische Anpassungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen. Diese können wir von einer Gesundheitsprüfung abhängig machen.

(2) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere dynamische Anpassungen. Es kann jedoch mit unserer Zustimmung, ggf. nach einer Gesundheitsprüfung, neu begründet werden.

(3) Sie können auf Ihr Recht auf dynamische Anpassungen auch jederzeit generell verzichten.

(4) Ihren Widerspruch oder Ihren Verzicht auf eine dynamische Anpassung müssen Sie uns in Textform mitteilen.

(5) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, erfolgen keine dynamischen Anpassungen, solange wir Versicherungsleistungen aus einer solchen Zusatzversicherung erbringen und damit Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt. Dynamische Anpassungen, die zwischen dem Eintritt der Berufsunfähigkeit oder anderer leistungs begründender Umstände und deren Anerkennung erfolgten, entfallen rückwirkend.

(6) Haben Sie in Ihrer Versicherung die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach Tarif BUZD eingeschlossen, bleiben die bei Tarif BUZD vereinbarten dynamischen Anpassungen während der Dauer der Berufsunfähigkeit bestehen, auch wenn das planmäßige Recht auf dynamische Anpassung gemäß Absatz 2 und 3 erloschen ist.

(7) Das Erlöschen des planmäßigen Rechts auf dynamische Anpassung gemäß Absatz 2 und 3 lässt den Anspruch auf eine garantierte Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente nach Eintritt der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit – sofern dieser vereinbart ist – unberührt.

(8) Für Verträge, die sich innerhalb der Beitragsferien befinden, erfolgen keine dynamischen Anpassungen, solange wegen Beitragsferien Ihre Beitragszahlungspflicht zur Hauptversicherung entfällt. Bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung lebt Ihr Recht auf dynamische Anpassung wieder auf, sofern es nicht schon gem. § 4 Absatz 2 erloschen ist.

§ 5 Wann enden die dynamischen Anpassungen?

(1) Die dynamischen Anpassungen können bis sieben Jahre vor dem vorgesehenen Rentenbeginn, bzw. dem Einsetzen der Rentenbeginnphase (bei Rentenversicherungen), falls eine solche vereinbart ist, vereinbarten Ablauftermin (bei Risikoversicherungen), falls eine solche vereinbart ist, erfolgen, längstens bis zum Erreichen des 65. Lebensjahres der versicherten Person.

(2) Die dynamischen Anpassungen der Berufsunfähigkeitsrente können längstens bis zu dem Versicherungsjahr erfolgen, in dem die versicherte Person das 59. Lebensjahr vollendet bzw. bis die Gesamrente einschließlich Rente aus dem Leistungsfallbonus den Höchstbetrag von 125.000,- Euro jährlich erreicht.

Bei versicherten Personen, für die eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung besteht und die in Berufsgruppe K („Schüler/in“) eingestuft sind, können die dynamischen Anpassungen längstens bis zu dem Versicherungsjahr erfolgen, in dem die Gesamrente den Höchstbetrag von 12.000,- Euro jährlich erreicht. Nach erfolgter Umstellung von der Einstufung der Berufsgruppe K in eine andere Berufsgruppe, können die dynamischen Anpassungen längstens bis zu dem Versicherungsjahr erfolgen, in dem die Gesamrente den Höchstbetrag von 30.000,- Euro jährlich erreicht.

Bedingungen für die Dynamik für Heilberufe in der Basisversorgung

§ 1 Was bedeutet Dynamik Ihrer Versicherung?

(1) Beitrag und Versicherungsleistungen erhöhen sich planmäßig ohne erneute Gesundheitsprüfung (dynamische Anpassung). Dies gilt sowohl für die Hauptversicherung als auch für etwaig eingeschlossene Zusatzversicherungen.

Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen. Diese erhöhen sich jedoch nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. Dies liegt darin begründet, dass sich die Vertragslaufzeit bis zum vorgesehenen Rentenbeginn, bzw. dem Einsetzen der Rentenbeginnphase, falls eine solche vereinbart ist, immer weiter verkürzt.

(2) Bei der Berechnung der Erhöhungen finden in der Regel die bei Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen Anwendung. Wir sind allerdings berechtigt, den Erhöhungen die Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde zu legen. Sofern wir die Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde legen, werden wir Sie hierüber informieren.

(3) Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, werden die Dynamikbeiträge grundsätzlich so auf die Haupt- und Zusatzversicherungen aufgeteilt, dass sich das ursprünglich vereinbarte Verhältnis zwischen den Leistungen aus der Hauptversicherung und den Leistungen aus Zusatzversicherungen der Höhe nach nicht ändert.

In der Basisversorgung muss aber zum Erhalt der steuerlichen Förderungsfähigkeit der Beitrag zur Hauptversicherung (Altersvorsorge) immer mehr als 50% des für Haupt- und Zusatzversicherung zu zahlenden Gesamtbeitrages ausmachen. Sollte die planmäßige Aufteilung der Dynamikbeiträge dazu führen, dass der vorgenannte Prozentsatz unterschritten wird, werden wir die Beitragsaufteilung in der Weise ändern, dass die steuerliche Förderungsfähigkeit gewährleistet bleibt. Das kann dazu führen, dass die Leistungen aus den Zusatzversicherungen im Verhältnis zur Altersrente geringer ausfallen als ursprünglich vereinbart.

(4) Folgende Dynamikformen können vereinbart werden:

- a) Der Beitrag wird jährlich im gleichen Verhältnis erhöht, wie sich der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten erhöht, mindestens jedoch um 5 % und wenigstens um 30,- Euro jährlich.
- b) Der Beitrag wird jährlich um einen gleichbleibenden ganzzahligen Prozentsatz erhöht. Dieser kann zwischen 3% und 10% betragen. Falls Rentenleistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit mitversichert sind, ist der Prozentsatz auf 5% begrenzt. Die jährliche Erhöhung beträgt jedoch mindestens 30,- Euro.

Zusätzlich kann vereinbart werden, dass auch während einer mitversicherten Berufsunfähigkeit die Beitragserhöhungen für die Hauptversicherung mit einem gesondert vereinbarten Prozentsatz durchgeführt werden (BUZD).

Welche Dynamikform Sie vereinbart haben und wie hoch der ggf. vereinbarte Prozentsatz bei der unter b) genannten Dynamikform bzw. bei der BUZD ist, können Sie dem Versorgungsvorschlag und/oder dem Versicherungsschein entnehmen.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zum Ersten des Versicherungsbeginnmonats, erstmals – falls nichts anderes vereinbart ist – zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Haben Sie einen Tarif mit abgesenktem Anfangsbeitrag abgeschlossen, erfolgen die Erhöhungen von Beiträgen und Versicherungsleistungen frühestens ein Jahr nach dem der volle Beitrag zu zahlen ist. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die dynamische Anpassung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die dynamischen Anpassungen der Versicherungsleistungen?

(1) Vorbehaltlich ausdrücklicher anderweitiger Vereinbarungen erstrecken sich alle Regelungen des Versicherungsvertrages, insbesondere die Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung und eventuelle Zusatzversicherungen sowie Abtretungen, Verpfändungen und Bezugsrechtsverfügungen, auch auf die erhöhten Beiträge und Versicherungsleistungen. Nähere Informationen zur Bemessung der Kosten der dynamischen Anpassung finden Sie in den Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung im Abschnitt „Wie werden Ihre Beiträge verwendet? Welche Kosten fallen an und wie werden sie ausgeglichen?“.

(2) Durch die dynamische Anpassung werden die Fristen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und bei Selbsttötung nicht erneut in Lauf gesetzt.

§ 4 Wann werden dynamische Anpassungen ausgesetzt?

(1) Die dynamische Anpassung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten durch die jeweilige dynamische Anpassung erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen. Unterbliebene dynamische Anpassungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen. Diese können wir von einer Gesundheitsprüfung abhängig machen.

(2) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere dynamische Anpassungen. Es kann jedoch mit unserer Zustimmung, ggf. nach einer Gesundheitsprüfung, neu begründet werden.

(3) Sie können auf Ihr Recht auf dynamische Anpassungen auch jederzeit generell verzichten.

(4) Ihren Widerspruch oder Ihren Verzicht auf eine dynamische Anpassung müssen Sie uns in Textform mitteilen.

(5) Ist in Ihrer Versicherung die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, erfolgen keine dynamischen Anpassungen, solange wegen Berufsunfähigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt. Zwischen dem Eintritt der Berufsunfähigkeit und deren Anerkennung vorgenommene dynamische Anpassungen entfallen rückwirkend.

(6) Haben Sie in Ihrer Versicherung die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach Tarif BUZD eingeschlossen, bleiben die bei Tarif BUZD vereinbarten dynamischen Anpassungen während der Dauer der Berufsunfähigkeit bestehen, auch wenn das planmäßige Recht auf dynamische Anpassung gemäß Absatz 2 und 3 erloschen ist.

(7) Das Erlöschen des planmäßigen Rechts auf dynamische Anpassung gemäß Absatz 2 und 3 lässt den Anspruch auf eine garantierte Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente nach Eintritt der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit sofern dieser vereinbart ist unberührt.

§ 5 Wann enden die dynamischen Anpassungen?

(1) Die dynamischen Anpassungen können bis sieben Jahre vor dem vorgesehenen Rentenbeginn bzw. dem Einsetzen der Rentenbeginnphase, falls eine solche vereinbart ist, erfolgen, längstens bis zum Erreichen des 65. Lebensjahres der versicherten Person.

(2) Die dynamischen Anpassungen der Berufsunfähigkeitsrente können längstens bis zu dem Versicherungsjahr erfolgen, in dem die versicherte Person das 59. Lebensjahr vollendet bzw. bis die Gesamtrente einschließlich Rente aus dem Leistungsfallbonus den Höchstbetrag von 125.000,- Euro jährlich erreicht.

§ 6 Wie ist die Verteilung der Abschluss- und Vertriebskosten?

Bei Beiträgen aus dynamischen Anpassungen entstehen Abschluss- und Vertriebskosten. Die bei den Beiträgen in Ansatz gebrachten Abschluss- und Vertriebskosten verteilen wir in gleichmäßigen Jahresbeträgen über einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren. Jedoch nicht länger als bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer. Nähere Informationen zur Bemessung der Kosten der dynamischen Anpassung finden Sie in den Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung im Abschnitt „Wie werden Ihre Beiträge verwendet? Welche Kosten fallen an und wie werden sie ausgeglichen?“.

Bedingungen für die Dynamik der Berufsunfähigkeitsversicherung für Heilberufe

§ 1 Was bedeutet Dynamik Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung?

(1) Beitrag und Versicherungsleistungen erhöhen sich planmäßig ohne erneute Gesundheitsprüfung (dynamische Anpassung).

Bei Personen, die in Berufsgruppe K („Schüler/in“) eingestuft sind oder waren, kann eine Dynamik nur erfolgen, wenn das Überschussystem Beitragsverrechnung vereinbart ist. Nach erfolgter Umstellung von der Einstufung der Berufsgruppe K in eine andere Berufsgruppe ist eine dynamische Anpassung unter der vorgenannten Voraussetzung nur möglich, sofern sie bereits bei Antragstellung beantragt wurde und das planmäßige Recht auf dynamische Anpassung nicht gemäß § 4 Absatz 3 erloschen ist.

Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen. Diese erhöhen sich jedoch nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. Dies liegt darin begründet, dass sich die Vertragslaufzeit bis zum vereinbarten Ablauftermin immer weiter verkürzt.

(2) Bei der Berechnung der Erhöhungen finden in der Regel die bei Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen Anwendung. Wir sind allerdings berechtigt, den Erhöhungen die Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde zu legen. Sofern wir die Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde legen, werden wir Sie hierüber informieren.

(3) Folgende Dynamikformen können vereinbart werden:

- Der Beitrag wird jährlich im gleichen Verhältnis erhöht, wie sich der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten erhöht, mindestens jedoch um 5% und wenigstens um 30,- Euro jährlich.
- Der Beitrag wird jährlich um einen gleichbleibenden ganzzahligen Prozentsatz erhöht. Dieser kann zwischen 3% und 5% betragen. Die jährliche Erhöhung beträgt jedoch mindestens 30,- Euro.

Bei Personen, die in Berufsgruppe K („Schüler/in“) eingestuft sind oder waren, ist nur die unter b) genannte Dynamikform mit einem Prozentsatz von 3% zulässig.

Welche Dynamikform Sie vereinbart haben und wie hoch der ggf. vereinbarte Prozentsatz bei der unter b) genannten Dynamikform ist, können Sie dem Versorgungsvorschlag und/oder dem Versicherungsschein entnehmen.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jährlich, und zwar jeweils zum Ersten des Monats, in dem die Versicherung begonnen hat. Erstmals erfolgen die Erhöhungen – falls nichts anderes vereinbart ist – zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Haben Sie einen Tarif mit abgesenktem Anfangsbeitrag abgeschlossen, erfolgen die Erhöhungen von Beiträgen und Versicherungsleistungen erstmals ein Jahr nach Umstellung auf die Phase, in der der volle Beitrag zu zahlen ist.

Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die dynamische Anpassung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die dynamischen Anpassungen der Versicherungsleistungen?

(1) Vorbehaltlich ausdrücklicher anderweitiger Vereinbarungen erstrecken sich alle Regelungen des Versicherungsvertrages, insbesondere die Versicherungsbedingungen sowie Bezugsrechtsverfügungen, auch auf die erhöhten Beiträge und Versicherungsleistungen.

(2) Durch die dynamische Anpassung werden die Fristen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und bei Selbsttötung nicht erneut in Lauf gesetzt.

§ 4 Wann werden dynamische Anpassungen ausgesetzt?

(1) Die dynamische Anpassung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten durch die jeweilige dynamische Anpassung erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen. Unterbliebene dynamische Anpassungen können Sie mit unserer Zustimmung und nach einer Gesundheitsprüfung nachholen.

(2) Sie können beliebig oft ohne Angabe von Gründen von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen.

(3) Sie können auf Ihr Recht auf dynamische Anpassungen auch jederzeit generell verzichten.

(4) Ihren Widerspruch oder Ihren Verzicht auf eine dynamische Anpassung müssen Sie uns in Textform mitteilen.

(5) Solange wir Versicherungsleistungen erbringen, erfolgen keine dynamischen Anpassungen.

(6) Dynamische Anpassungen, die zwischen dem Eintritt der Berufsunfähigkeit oder anderer leistungs begründender Umstände und deren Anerkennung erfolgten, entfallen rückwirkend.

(7) Das Erlöschen des planmäßigen Rechts auf dynamische Anpassung gemäß Absatz 3 lässt den Anspruch auf eine garantierte Steigerung der Rente nach Eintritt der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit – sofern dieser vereinbart ist – unberührt.

§ 5 Wann enden die dynamischen Anpassungen?

(1) Die dynamischen Anpassungen können bis fünf Jahre vor dem Ablauf der Beitragszahlungsdauer erfolgen, längstens bis zu dem Versicherungsjahr, in dem die versicherte Person das 59. Lebensjahr vollendet bzw. bis die Gesamrente einschließlich Rente aus dem Leistungsfallbonus den Höchstbetrag von 90.000,- Euro jährlich erreicht.

Bei versicherten Personen, die in Berufsgruppe K („Schüler/in“) eingestuft sind, können die dynamischen Anpassungen längstens bis zu dem Versicherungsjahr erfolgen, in dem die Gesamrente den Höchstbetrag von 12.000,- Euro jährlich erreicht. Nach erfolgter Umstellung von der Einstufung der Berufsgruppe K in eine andere Berufsgruppe, können die dynamischen Anpassungen längstens bis zu dem Versicherungsjahr erfolgen, in dem die Gesamrente den Höchstbetrag von 30.000,- Euro jährlich erreicht.

(2) Wenn die jeweilige jährliche Gesamrente einschließlich Rente aus dem Leistungsfallbonus aller bei der Deutsche Ärzteversicherung AG bestehenden Verträge den Betrag von 48.000,- Euro erstmals erreicht oder überschreitet, behalten wir uns vor, weitere Erhöhungen der Rente vom Ergebnis einer wirtschaftlichen Angemessenheitsprüfung abhängig zu machen. Berufs-, Dienst- und Erwerbsunfähigkeitsrenten werden hierbei addiert. Die wirtschaftliche Angemessenheitsprüfung bezieht sich auf die Relation der versicherten Gesamrente zum Bruttoeinkommen der versicherten Person (bei Selbstständigen ist insoweit der Gewinn vor Steuer maßgeblich).

Bedingungen für die Ausübung von Optionen für Heilberufe in der Privatversorgung

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Wann und unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen?
- § 2 Aus welchen Anlässen können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen?
- § 3 In welchem Umfang ist eine Erhöhung möglich?
- § 4 Wie wird die Erhöhung umgesetzt und welche Bestimmungen gelten?
- § 5 Option auf Umschichtung Ihrer Berufsunfähigkeitsabsicherung von der Privat- in die Basisversorgung
- § 6 Verlängerungsoption für selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherungen

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Versicherung Ihrem persönlichen Bedarf anzupassen.

Option auf Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung (Erhöhungsoption)

Gilt für

- Rentenversicherungen inkl. Todesfallschutz (konventionelle Tarife DLVG4 und DLVG4G oder fondsgebundene Rentenversicherungen bzw. Relax Rente mit Risikozusatzversicherung),
- Risikolebensversicherungen,
- Risikozusatzversicherungen,
- Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherungen.

§ 1 Wann und unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen?

Ist Ihr Vertrag mit Gesundheitsprüfung zustande gekommen, können Sie eine Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes innerhalb der Grenzen des § 3 ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangen, solange

- die versicherte Person das 45. Lebensjahr noch nicht erreicht hat,
- der Vertrag nicht beitragsfrei gestellt ist,
- die Restlaufzeit der (Zusatz-)Versicherung mindestens fünf Jahre beträgt,
- der Vertrag sich nicht in „FamilyPlus“ (Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bei Inanspruchnahme von Elterngeld) befindet (vgl. Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, § 10, Absatz „FamilyPlus“),
- weder eine Berufs-/Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit noch eine Erwerbsminderung noch ein sonstiger leistungsbegründender Umstand objektiv eingetreten ist noch darauf gerichtete Leistungen bezogen oder beantragt wurden.

§ 2 Aus welchen Anlässen können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen?

(1) Anlassabhängige Erhöhung

Sie können Ihren Versicherungsschutz innerhalb der Grenzen des § 3 bei nachfolgenden Anlässen erhöhen:

Private Anlässe:

- Erreichen der Volljährigkeit der versicherten Person,
- Heirat oder Aufhebung der Partnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes/Scheidung der versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person,
- Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nach Beendigung der Elternzeit (spätestens innerhalb von drei Jahren nach der Geburt des Kindes), sofern keine Erhöhung des Versicherungsschutzes wegen Geburt bzw. Adoption des betreffenden Kindes bzw. vorhergehender Tätigkeitswiederaufnahme erfolgt ist,
- Erwerb und Finanzierung einer Immobilie durch die versicherte Person zur Eigennutzung mit einem Verkehrswert von mindestens 50.000,- Euro.

Berufliche Anlässe:

- Aufnahme einer selbständigen oder freiberuflichen Tätigkeit in einem verkammerten Beruf oder in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf, falls die versicherte Person aus dieser Berufstätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht,
- Erfolgreicher Abschluss der Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder des Studiums an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule und Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit durch die versicherte Person,
- Erfolgreiche akademische Weiterqualifizierung (z. B. Master, Promotion) der versicherten Person; dies gilt nur für Akademiker, die eine berufliche Tätigkeit ausüben, die ihrer Ausbildung entspricht,

- Einkommenserhöhung der versicherten Person in der Ausübung ihrer Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut aus nichtselbstständiger Tätigkeit (regelmäßiges garantiertes Bruttojahresentgelt) um mindestens 10% im Vergleich zum Vorjahr,
 - Erhöhung des erwirtschafteten Gewinns vor Steuern der versicherten Person in der Ausübung ihrer Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut aus selbständiger oder freiberuflicher Tätigkeit der letzten drei Kalenderjahre um mindestens 30% im Vergleich zum erwirtschafteten Gewinn vor Steuern der drei vor diesem Zeitraum liegenden Kalenderjahre,
 - Das Einkommen der versicherten Person aus nichtselbständiger Tätigkeit überschreitet erstmals die jährliche Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland (Anlage 2a SGB VI in ihrer jeweils geltenden Fassung),
 - Wegfall oder Verringerung der Ansprüche der versicherten Person auf Leistungen im Falle der Berufsunfähigkeit aus einer betrieblichen Versorgung.
- **Spezielle zusätzliche Anlässe für die akademischen Heilberufe**
- Erstmaliger Erwerb einer Facharztanerkennung durch die versicherte Person,
 - Erstmaliger Antritt einer Chefarztstelle durch die versicherte Person,
 - Niederlassung der versicherten Person als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut.

Die Erhöhung kann nur innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses oder Umstandes gegen Vorlage geeigneter Nachweise in Textform verlangt werden. Bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit außerhalb des Berufsbildes eines Arztes, Zahnarztes, Tierarztes, Apothekers oder Psychotherapeuten kann die Erhöhung frühestens nach zwei Jahren und spätestens nach zwei Jahren und sechs Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit gegen Vorlage geeigneter Nachweise in Textform verlangt werden, vorausgesetzt die selbständige Tätigkeit wird zu diesem Zeitpunkt noch ausgeübt.

Werden obige Fristen überschritten oder die erforderlichen Nachweise nicht binnen eines Monats nach Ablauf der Fristen nachgereicht, ist eine Erhöhung aufgrund dieses Ereignisses oder Umstandes ohne erneute Gesundheitsprüfung nicht mehr möglich.

(2) Anlasslose Erhöhung

Gilt nur für Berufsunfähigkeits-(Zusatz)versicherung

Innerhalb der ersten fünf Jahre nach Vertragsabschluss können Sie in der Ausübung Ihres Berufs als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut einmalig innerhalb der Grenzen des § 3 Absatz 3 ohne erneute Gesundheitsprüfung auch ohne Anlass gemäß Absatz 1 erhöhen, sofern Sie zum Zeitpunkt der Erhöhung das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Bestehen mehrere Verträge mit einer Berufsunfähigkeitsabsicherung für die versicherte Person, kann der Versicherungsschutz nur für einen einzigen Vertrag ohne Anlass erhöht werden. Weitere Erhöhungen aufgrund privater oder beruflicher Anlässe gemäß Absatz 1 sind frühestens nach zwölf Monaten nach Ausübung der Erhöhung möglich.

§ 3 In welchem Umfang ist eine Erhöhung möglich?

Bitte beachten Sie, dass für Ihren Vertrag nur die Textpassagen gelten, die sich auf das von Ihnen abgeschlossene Produkt beziehen.

Risikolebensversicherung:

(1) Eine Erhöhung der Todesfallsumme muss mindestens 3.000,- Euro und darf max. 50.000,- Euro betragen. Die Gesamtheit aller Erhöhungen der Todesfallsumme darf 100.000,- Euro nicht überschreiten und maximal 100% der ursprünglichen Summe betragen. Außerdem darf die neue Gesamt-Todesfallsumme aller auf die versicherte Person abgeschlossenen Versicherungen 350.000,- Euro nicht überschreiten.

Risiko-Zusatzversicherung:

(2) Die Erhöhung der Versicherungssumme der Risiko-Zusatzversicherung muss mindestens 3.000,- Euro und darf max. 50.000,- Euro betragen. Die Gesamtheit aller Erhöhungen der Todesfallsumme darf 100.000,- Euro nicht überschreiten und maximal 100% der ursprünglichen Summe betragen. Außerdem darf die neue Gesamt-Todesfallsumme aller auf die versicherte Person abgeschlossenen Versicherungen 350.000,- Euro nicht überschreiten.

Berufsunfähigkeits-(Zusatz)versicherung:

(3) Der Umfang einer Erhöhung ist folgendermaßen begrenzt:

- Die Gesamtrente¹ – ggf. einschließlich der jährlichen Beitragsbefreiung¹ für die Hauptversicherung darf maximal 60% des Jahres-Bruttolohns (bzw. des Jahres-Bruttoeinkommens aus selbständiger Tätigkeit) betragen.

Bei Beamten: die jährliche Gesamtrente¹ – ggf. einschließlich der jährlichen Beitragsbefreiung¹ für die Hauptversicherung – darf einschließlich der Ansprüche bei anderen Versicherungsunternehmen insgesamt 80 % der zum Zeitpunkt der Ausübung der Erhöhungsoption bestehenden Versorgungslücke nicht überschreiten.

- Die jährliche Gesamtrente¹ – ggf. einschließlich der jährlichen Beitragsbefreiung¹ für die Hauptversicherung ist außerdem auf maximal 30.000,- Euro begrenzt.
- Jede einzelne Erhöhung der jährlichen Berufsunfähigkeitsrente¹ – ggf. einschließlich der jährlichen Beitragsbefreiung¹ für die Hauptversicherung – ist auf 50 % des bisherigen Jahresbetrages und auf maximal 6.000,- Euro begrenzt.

Bei der Berücksichtigung der Grenzen (jährliche Gesamtrente¹ und jede einzelne Erhöhung¹) sind alle Ansprüche der versicherten Person bei Berufs- / Dienst- und Erwerbsunfähigkeit aus privaten und betrieblichen Versorgungsleistungen, berufsständige Versicherungen und Ansprüche aus der Beamtenversicherung (inkl. der Befreiungsleistungen (Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung) zu berücksichtigten.

§ 4 Wie wird die Erhöhung umgesetzt und welche Bestimmungen gelten?

(1) Die Erhöhung erfolgt nach den von uns zum Erhöhungszeitpunkt angebotenen Tarifen, Versicherungsbedingungen und Annahmerichtlinien und wird als rechtlich selbständiger Versicherungsvertrag mit gesonderten Beiträgen und Versicherungsleistungen abgeschlossen.

Die Beiträge für den gewählten Erhöhungsumfang errechnen sich nach:

- dem am Erhöhungstermin erreichten Lebensalter der versicherten Person,
- der Laufzeit des hinzukommenden Versicherungsschutzes,
- ggf. der aktuellen Berufstarifizierung,
- dem dann gültigen Tarif, ggf. unter Hinzuziehung einer eigenen Dynamik (dynamische Anpassung von Beitrag und Versicherungsleistungen).

Durch die Erhöhung entstehen Abschluss- und Vertriebskosten. Nähere Informationen zur Bemessung der Kosten für die aktuellen Tarife finden Sie in den Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung in den Abschnitten „Wie werden Ihre Beiträge verwendet? Welche Kosten und Gebühren fallen an und wie werden sie ausgeglichen?“ bzw. „Welche Kosten und Gebühren fallen an und wie werden sie ausgeglichen?“ und in den Bedingungen für die Zusatzversicherung in dem Abschnitt „Wie werden die Kosten verrechnet?“.

Bei Abschluss dieser neuen Versicherungsverträge beginnen die Fristen für eventuelle steuerliche Vergünstigungen und für Leistungsausschlüsse, z. B. wegen (versuchter) Selbsttötung, für diesen neuen Vertrag neu zu laufen.

Eine Verlängerung der Versicherungsdauer und der Leistungsdauer gegenüber dem Ursprungsvertrag tritt nicht ein.

Soweit bei den Erhöhungen keine anderslautenden Vereinbarungen getroffen werden, erstrecken sich alle im Rahmen dieses Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Bezugsrechtsverfügung, auch auf die Erhöhungen. Falls der bereits bestehende Versicherungsvertrag eine Vereinbarung über dynamische Anpassung von Beitrag und Versicherungsleistungen (Beitragsdynamik) hat, gilt diese auch für die Erhöhung.

Die Erhöhungen beinhalten selbst keine Optionen.

Der Einschluss einer planmäßigen Beitragserhöhung für die Hauptversicherung während der Berufsunfähigkeit (BUZD) und einer garantierten Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsfall ist ohne eine erneute Gesundheitsprüfung nicht möglich.

Sofern eine Berufsunfähigkeitsversicherung (Zusatz-)Versicherung der Erhöhung zu Grunde liegt, werden die einzelnen Erhöhungen jeweils wahlweise im Rahmen einer neuen selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung oder als Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu einer neuen Basis- oder Privatversicherung abgeschlossen.

(2) Zum finanziellen Nachweis können wir von Ihnen geeignete Unterlagen (z. B. Gehaltsbescheinigungen) verlangen.

Voraussetzung für die Erhöhung ist eine stets angemessene Relation der Leistung zum Bruttoeinkommen (bei Selbständigen der Gewinn vor Steuern) der versicherten Person. Wir behalten uns eine Angemessenheitsprüfung vor.

(3) Falls die Erhöhung oder die Umschichtung nach § 5 in Form einer Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in der Basisversorgung abgeschlossen wird, muss der Beitrag zur Hauptversicherung (Altersvorsorgebeitrag) immer mehr als 50 % des für Haupt- und Zusatzversicherungen zu zahlenden Gesamtbeitrages und darf maximal 55 % des Gesamtbeitrages betragen.

§ 5 Option auf Umschichtung Ihrer Berufsunfähigkeitsabsicherung von der Privat- in die Basisversorgung

Innerhalb der ersten fünf Jahre nach Vertragsabschluss können Sie Ihren Versicherungsschutz von der Privat- in die Basisversorgung umschichten, sofern Sie zum Zeitpunkt der Umschichtung

- auch versicherte Person sind,
- das 15. Lebensjahr vollendet haben und
- das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Dies ist unabhängig von den in § 2 genannten Anlässen möglich.

Umschichten bedeutet, dass die bestehende Berufsunfähigkeitsrente in der Privatversorgung gekündigt und in gleicher Höhe in der Basisversorgung neu abgeschlossen wird. Dies erfordert eine Neuberechnung des Beitrages für die Berufsunfähigkeitsrente und einen zusätzlichen Beitrag für die Altersvorsorge sowie für die BUZ-Beitragsbefreiung (Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung) in der Basisversorgung. Sofern der Vertrag in der Privatversorgung eine Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (BUZ) enthält, bleibt die Hauptversicherung und die BUZ-Beitragsbefreiung und eine ggf. eingeschlossene planmäßige Beitragserhöhung für die Hauptversicherung auch während der Berufsunfähigkeit (BUZD) aber erhalten.

Für den neuen Vertrag in der Basisversorgung gelten die Regelungen zur Erhöhung gemäß § 4 entsprechend.

Folgende Abweichungen bestehen, sofern der Vertrag in der Privatversorgung folgende Vertragsbestandteile enthält:

- eine dynamische Anpassung von Beitrag und Versicherungsleistungen (Beitragsdynamik) kann in die Basisversorgung übernommen werden,
- eine planmäßige Beitragserhöhung für die Hauptversicherung auch während der Berufsunfähigkeit (BUZD) kann übernommen werden, sofern der Jahresbeitrag bzw. die Summe der laufenden Beiträge für die Rentenversicherung in einem Jahr nicht höher ist als für den bestehenden Vertrag in der Privatversorgung. Andernfalls kann die BUZD nur mit erneuter Gesundheitsprüfung eingeschlossen werden. Bei Übernahme der BUZD in die Basisversorgung ohne erneute Gesundheitsprüfung entfällt die BUZD in der Privatversorgung,
- eine garantierte Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsfall kann in gleicher Höhe in die Basisversorgung übernommen werden.

§ 6 Verlängerungsoption für selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherungen

(1) Sie haben das Recht, die Versicherungsdauer und Leistungsdauer Ihres Vertrags an eine Erhöhung der Regelaltersgrenze in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung oder den berufsständischen Versorgungswerken anzupassen ohne erneute Risikoprüfung. Sie können diese Option nur dann ausüben, wenn sich die für die versicherte Person gültige Regelaltersgrenze um mindestens zwölf Monate nach hinten verschiebt und nicht über die Vollendung des 69. Lebensjahres der versicherten Person hinausgeht.

Üben Sie die Verlängerungsoption aus, berechnen wir den Beitrag für Ihren Vertrag neu. Dabei berücksichtigen wir das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter der versicherten Person, die Restlaufzeit des bisherigen Vertrages einschließlich der Verlängerung sowie gegebenenfalls vereinbarte Zuschläge. Infolge des höheren Alters und der verlängerten Vertragsdauer erhöhen sich Ihre Beiträge nach Ausübung der Verlängerungsoption. Über die Beitragsanpassung informieren wir Sie in Textform. Gültige Leistungseinschränkungen gelten auch für die verlängerte Versicherungsdauer.

(2) Sie können das Recht auf Verlängerung innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten einer gesetzlichen Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze ausüben.

(3) Sie können das Recht auf Verlängerungsgarantie nicht ausüben, wenn

- das bei Vertragsabschluss vereinbarte Endalter nicht der zu diesem Zeitpunkt gültigen Regelaltersgrenze entspricht,
- die versicherte Person das 50. Lebensjahr erreicht hat,
- der Vertrag beitragsfrei gestellt ist,
- eine Berufs- / Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. eine Erwerbsminderung oder ein sonstiger leistungsbegründender Umstand objektiv eingetreten ist oder darauf gerichtete Leistungen bezogen oder beantragt wurden.

¹⁾ versicherte Jahresrente einschließlich Rente aus dem Leistungsfallbonus

Bedingungen für die Ausübung von Optionen für Heilberufe in der Basisversorgung

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Versicherung Ihrem persönlichen Bedarf entsprechend anzupassen.

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Wann und unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen?

§ 2 Aus welchen Anlässen können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen?

§ 3 In welchem Umfang ist eine Erhöhung möglich?

§ 4 Wie wird die Erhöhung umgesetzt und welche Bestimmungen gelten?

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Versicherung Ihrem persönlichen Bedarf anzupassen.

Option auf Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung (Erhöhungsoption)

Gilt für

– Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen

§ 1 Wann und unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen?

Ist Ihr Vertrag mit Gesundheitsprüfung zustande gekommen, können Sie eine Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes innerhalb der Grenzen des § 3 ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangen, solange

- die versicherte Person das 45. Lebensjahr noch nicht erreicht hat,
- der Vertrag nicht beitragsfrei gestellt ist,
- die Restlaufzeit der Zusatzversicherung mindestens fünf Jahre beträgt,
- weder eine Berufs-/Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit noch eine Erwerbsminderung objektiv eingetreten ist noch darauf gerichtete Leistungen bezogen oder beantragt wurden.

§ 2 Aus welchen Anlässen können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen?

(1) Anlassabhängige Erhöhung

Sie können Ihren Versicherungsschutz innerhalb der Grenzen des § 3 bei nachfolgenden Anlässen erhöhen:

Private Anlässe:

- Erreichen der Volljährigkeit der versicherten Person,
- Heirat/Begründung der Partnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder Scheidung/Aufhebung der Lebenspartnerschaft der versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person,
- Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nach Beendigung der Elternzeit (spätestens innerhalb von drei Jahren nach der Geburt des Kindes), sofern keine Erhöhung des Versicherungsschutzes wegen Geburt bzw. Adoption des betreffenden Kindes bzw. vorhergehender Tätigkeitswiederaufnahme erfolgt ist,
- Erwerb einer Immobilie durch die versicherte Person zur Eigennutzung mit einem Verkehrswert von mindestens 100.000,- Euro.

Berufliche Anlässe:

- Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit in einem verkammerten Beruf oder in einem anerkannten Ausbildungsberuf, falls die versicherte Person aus dieser Berufstätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht,
- Erfolgreicher Abschluss der Berufsausbildung oder des Studiums an einer Universität, Hochschule oder Fachhochschule, sofern die versicherte Person
 - das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
 - sie eine Festanstellung oder eine auf mindestens 24 Monate befristete Anstellung erhalten hat.

Diese Erhöhung wird nicht hinsichtlich Beitrag und Versicherungsleistungen planmäßig angepasst (insoweit keine dynamische Anpassung).

– Einkommenserhöhung nach Abschluss der Berufsausbildung oder des Studiums sofern:

- sich das Bruttojahreseinkommen bei nichtselbstständigen versicherten Personen in der Ausübung ihrer Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut um mindestens 10% im Vergleich zum Vorjahreseinkommen nachhaltig gesteigert hat, oder
- sich der durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre bei selbständigen versicherten Personen in der Ausübung ihrer Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut um mindestens 30% im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der drei davor liegenden Jahre nachhaltig gesteigert hat.

– Das Einkommen der versicherten Person aus nichtselbständiger Tätigkeit überschreitet erstmals die jährliche Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland (Anlage 2a SGB VI in ihrer jeweils geltenden Fassung),

– Wegfall oder Verringerung der Ansprüche der versicherten Person auf Leistungen im Falle der Berufsunfähigkeit aus einer betrieblichen Versorgung.

– Spezielle zusätzliche Anlässe für die akademischen Heilberufe

- Erstmaliger Erwerb einer Facharztanerkennung durch die versicherte Person,
- Erstmaliger Antritt einer Chefarztstelle durch die versicherte Person,
- Niederlassung der versicherten Person als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut.

Die Erhöhung kann nur innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses oder Umstandes gegen Vorlage geeigneter Nachweise in Textform verlangt werden. Bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit außerhalb des Berufsbildes eines Arztes, Zahnarztes, Tierarztes, Apothekers oder Psychotherapeuten kann die Erhöhung frühestens nach zwei Jahren und spätestens nach zwei Jahren und sechs Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit gegen Vorlage geeigneter Nachweise in Textform verlangt werden, vorausgesetzt die selbständige Tätigkeit wird zu diesem Zeitpunkt noch ausgeübt.

Werden obige Fristen überschritten oder die erforderlichen Nachweise nicht binnen eines Monats nach Ablauf der Fristen nachgereicht, ist eine Erhöhung aufgrund dieses Ereignisses oder Umstandes ohne erneute Gesundheitsprüfung nicht mehr möglich.

(2) Anlasslose Erhöhung

Innerhalb der ersten fünf Jahre nach Vertragsabschluss können Sie einmalig innerhalb der Grenzen des § 3 ohne erneute Gesundheitsprüfung auch ohne Anlass gemäß Absatz 1 erhöhen, sofern Sie zum Zeitpunkt der Erhöhung das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Dies gilt nicht, wenn Ihrem Vertrag eine Berufsunfähigkeitsabsicherung mit Einstufung in Berufsgruppe 4 zugrunde liegt.

Bestehen mehrere Verträge mit einer Berufsunfähigkeitsabsicherung für die versicherte Person, kann der Versicherungsschutz nur für einen einzigen Vertrag ohne Anlass erhöht werden. Weitere Erhöhungen aufgrund privater oder beruflicher Anlässe gemäß Absatz 1 sind frühestens nach zwölf Monaten nach Ausübung der Erhöhung möglich.

§ 3 In welchem Umfang ist eine Erhöhung möglich?

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung:

Der Umfang einer Erhöhung ist folgendermaßen begrenzt:

- Die jährliche Gesamtrente¹⁾ – ggf. einschließlich der jährlichen Beitragsbefreiung¹⁾ für die Hauptversicherung – darf maximal 60% des Jahres-Bruttolohns (bzw. des Jahres-Bruttoeinkommens aus selbständiger Tätigkeit) betragen. Bei Beamten: die jährliche Gesamtrente¹⁾ – ggf. einschließlich der jährlichen Beitragsbefreiung¹⁾ für die Hauptversicherung – darf einschließlich der Ansprüche bei anderen Versicherungsunternehmen insgesamt 80% der zum Zeitpunkt der Ausübung der Erhöhungsoption bestehenden Versorgungslücke nicht überschreiten. Die jährliche Gesamtrente¹⁾ – ggf. einschließlich der jährlichen Beitragsbefreiung¹⁾ für die Hauptversicherung – ist außerdem auf maximal 30.000,- Euro (27.000,- Euro sofern für die Berufsgruppe 4 eine Berufsunfähigkeitsabsicherung vorliegt) begrenzt.

– Jede einzelne Erhöhung der jährlichen Berufsunfähigkeitsrente¹⁾ einschließlich der jährlichen Beitragsbefreiung für die Hauptversicherung ist auf 50% des bisherigen Jahresbetrages und auf maximal 6.000,- Euro (3.000,- Euro sofern die Berufsgruppe 4 zugrunde liegt) begrenzt.

Bei der Berücksichtigung der Grenzen (jährliche Gesamtrente¹⁾ und jede einzelne Erhöhung¹⁾ sind alle Ansprüche der versicherten Person bei Berufs-/Dienst- und Erwerbsunfähigkeit aus privaten und betrieblichen Versorgungsleistungen, berufstätige Versicherungen und Ansprüche aus der Beamtenversorgung inkl. der Befreiungsleistungen (Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung) zu berücksichtigen.

§ 4 Wie wird die Erhöhung umgesetzt und welche Bestimmungen gelten?

(1) Die Erhöhung erfolgt nach den von uns zum Erhöhungszeitpunkt angebotenen Tarifen, Versicherungsbedingungen und Annahmerichtlinien.

Die Beiträge für den gewählten Erhöhungsumfang errechnen sich nach:

- dem am Erhöhungstermin erreichten Lebensalter der versicherten Person,
- der Laufzeit des hinzukommenden Versicherungsschutzes,
- ggf. der aktuellen Berufstarifizierung,
- dem dann gültigen Tarif, ggf. unter Hinzuziehung einer eigenen Dynamik (dynamische Anpassung von Beitrag und Versicherungsleistungen).

Durch die Erhöhung entstehen Abschluss- und Vertriebskosten. Nähere Informationen zur Bemessung der Kosten finden Sie in den Abschnitten „Wie werden Ihre

Beiträge verwendet? Welche Kosten fallen an und wie werden sie ausgeglichen?" der Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung und „Welche Kosten gelten für Ihre Zusatzversicherung?" der Bedingungen für die Zusatzversicherung.

Eine Verlängerung der Versicherungsdauer und der Leistungsdauer gegenüber dem Ursprungsvertrag tritt nicht ein.

Für Erhöhungen beginnen die Fristen für eventuelle steuerliche Vergünstigungen und für Leistungsausschlüsse, z. B. wegen Selbsttötung, neu zu laufen.

Soweit bei den Erhöhungen keine anderslautenden Vereinbarungen getroffen werden, erstrecken sich alle im Rahmen dieses Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Bezugsrechtsverfügung, auch auf die Erhöhungen.

Die Erhöhungen beinhalten selbst keine Optionen.

Der Einschluss einer planmäßigen Beitragserhöhung für die Hauptversicherung auch während der Berufsunfähigkeit (BUZD) und einer garantierten Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsfall ist ohne eine erneute Gesundheitsprüfung nicht möglich.

Die einzelnen Erhöhungen werden jeweils wahlweise im Rahmen einer neuen selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung oder als Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung abgeschlossen.

(2) Zum finanziellen Nachweis können wir von Ihnen geeignete Unterlagen (z. B. Gehaltsbescheinigungen) verlangen. Voraussetzung für die Erhöhung ist eine stets angemessene Relation der Leistung zum Bruttoeinkommen (bei Selbständigen der Gewinn vor Steuern) der versicherten Person. Wir behalten uns eine Angemessenheitsprüfung vor.

(3) Bei der Erhöhung in Form einer Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeitszusatzversicherung in der Basisversorgung muss der Beitrag zur Hauptversicherung (Altersvorsorgebeitrag) immer mehr als 50% des für Haupt- und Zusatzversicherungen zu zahlenden Gesamtbeitrages und darf maximal 55% des Gesamtbeitrages betragen.

¹⁾ versicherte Jahresrente einschließlich Rente aus dem Leistungsfallbonus

Kapitalbildende Lebens- und Rentenversicherungen, Risiko- und Berufsunfähigkeitsversicherungen (Privatversorgung)

A. Allgemeine Angaben über die Steuerregelung

Die folgenden Ausführungen enthalten Steuerhinweise zu kapitalbildenden Lebens- und Rentenversicherungen der Privatversorgung. Mit diesen Hinweisen geben wir Ihnen einen Überblick über die derzeit für Ihren Vertrag geltenden steuerlichen Bestimmungen in Deutschland.

Wegen der knappen Darstellung können die Steuerhinweise nicht vollständig sein und eine steuerliche Beratung nicht ersetzen. Die derzeitigen steuerlichen Rahmenbedingungen (Steuergesetze oder sonstige Bestimmungen der Finanzverwaltung) können sich in Zukunft ändern und gegenüber dem heutigen Stand zu einer ungünstigeren steuerlichen Behandlung Ihres Vertrages führen.

B. Ertragsteuern (Einkommen-, Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag)

1. Absetzbarkeit der Beitragszahlungen

a) Beiträge zu kapitalbildenden fondsgebundenen und konventionellen Lebens- und Rentenversicherungen, die nach dem 31.12.2004 abgeschlossen werden, sind nicht als Sonderausgaben abzugsfähig.

Beiträge zu reinen Risikolebensversicherungen und zu selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen gehören zu den sonstigen Vorsorgeaufwendungen gem. § 10 Abs. 1 Nr. 3 a EStG und sind im Rahmen der in § 10 Abs. 4 EStG genannten Höchstbeträge abzugsfähig. Gleiches gilt für Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen, die zu einer kapitalbildenden Rentenversicherung abgeschlossen und gesondert ausgewiesen werden. Die Höchstbeträge belaufen sich derzeit für abhängig Beschäftigte, Beamte und in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei mitversicherte Ehegatten und (eingetragene) Lebenspartner auf 1.900 Euro jährlich. Für Selbstständige und sonstige Personen, die Aufwendungen zu einer Krankenversicherung in vollem Umfang alleine tragen müssen, gilt ein Höchstbetrag von derzeit 2.800 Euro jährlich.

b) Bis 2019 prüft das Finanzamt von Amts wegen, ob das Abzugsvolumen für Vorsorgeaufwendungen nach neuem Recht günstiger ist als das Abzugsvolumen nach § 10 Abs. 3 EStG in der für das Kalenderjahr 2004 geltenden Fassung unter Berücksichtigung reduzierter Höchstbeträge für den Vorwegabzug. Der Steuerpflichtige erhält den für ihn günstigeren Freibetrag.

2. Besteuerung der Versicherungsleistungen

a) Kapitalleistungen

Kapitalleistungen im Erlebensfall (auch Kündigung bzw. Rückkauf) sind grundsätzlich mit ihren (Kapital-)Erträgen (= Versicherungsleistung abzüglich Summe der auf sie entrichteten Beiträge = Unterschiedsbetrag) als Einkünfte aus Kapitalvermögen ertragsteuerpflichtig. Bei fondsgebundenen Lebensversicherungen sind 15 Prozent des Unterschiedsbetrages steuerfrei oder dürfen nicht bei der Ermittlung der Einkünfte abgezogen werden, soweit der Unterschiedsbetrag aus Investmenterträgen stammt. Wird die Versicherungsleistung nach Vollendung des 62. Lebensjahres und nach Ablauf von 12 Jahren seit Vertragsabschluss ausgezahlt (begünstigter Vertrag), unterliegt nur der hälftige Unterschiedsbetrag der Ertragsbesteuerung (zum Besteuerungsverfahren vgl. B 2 d)). Kapitalleistungen im Todesfall oder in Fällen der Berufsunfähigkeit unterliegen nicht der Ertragsbesteuerung.

b) Rentenleistungen

Renten aus privaten Rentenversicherungsverträgen gehören als wiederkehrende Bezüge zu den sonstigen Einkünften (§ 22 EStG).

- Lebenslange Leibrenten, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- und Hinterbliebenenrenten sind nur mit dem sog. Ertragsanteil zu versteuern. Das gleiche gilt, wenn für die Leibrenten eine Rentengarantiezeit vereinbart wurde und die vereinbarte Mindestlaufzeit nicht über die voraussichtliche durchschnittliche Lebenserwartung der versicherten Person hinausgeht.

Der Ertragsanteil von lebenslangen Leibrenten beträgt (für die gesamte Dauer des Rentenbezugs) bei erstmaligem Rentenbezug im vollendeten Alter von beispielsweise:

- 60 Jahren 22%
- 63 Jahren 20%
- 65 Jahren 18%
- 67 Jahren 17% usw.

- Für Waisen- und Berufsunfähigkeitsrenten gelten besondere Ertragsanteile, die von der Rentendauer abhängen (§ 55 EStDV).

Auf andere, als die hier genannten Leistungen (insbesondere auf abgekürzte Leibrenten aus einer Altersversorgung), sind die Regelungen zur Auszahlung von Kapitalleistungen anzuwenden (vgl. B 2 a).

c) Einsatz der kapitalbildenden Lebens- oder Rentenversicherungen für ein Policendarlehen

Werden vor Ablauf von 12 Jahren seit Abschluss des Versicherungsvertrages und vor Vollendung des 60. Lebensjahres des Steuerpflichtigen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag mit dem Darlehen und/oder Darlehensentgelt verrechnet (Teil-/Rückkauf), unterliegen die im Verrechnungsbetrag enthaltenen Erträge in vollem Umfang der Einkommensteuer. Für Verträge, die nach dem 31. Dezember 2011 abgeschlossen werden, gilt anstatt des 60. Lebensjahres des Steuerpflichtigen, das 62. Lebensjahr.

d) Besteuerungsverfahren (Kapitalertragsteuer bzw. Abgeltungsteuer)

Wir sind nach derzeitigem Stand verpflichtet, bei Auszahlung von Kapitalleistungen sowohl bei begünstigten als auch bei nicht begünstigten Verträgen Kapitalertragsteuer in Höhe von 25% (zuzüglich Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer) des vollen Unterschiedsbetrages (siehe B 2 a)) einzubehalten und abzuführen.

- Bei begünstigten Verträgen muss der Steuerpflichtige die Kapitalerträge im Rahmen seiner Einkommensteuerveranlagung angeben (Pflichtveranlagung). Das Finanzamt erstattet dann die zuviel gezahlte Steuer.

- Bei nicht begünstigten Verträgen hat die Kapitalertragsteuer grundsätzlich abgeltende Wirkung. Der Steuerpflichtige kann jedoch beantragen, dass die Kapitalerträge nicht mit dem Abgeltungssteuersatz, sondern mit seinem individuellen Steuersatz besteuert werden. Hierzu muss der Steuerpflichtige die Kapitalerträge in seiner Einkommensteuererklärung angeben. Das Finanzamt prüft dann von Amts wegen, ob die Besteuerung mit dem individuellen Steuersatz für den Steuerpflichtigen günstiger ist (Günstigerprüfung).

Wir sind verpflichtet, für alle kirchensteuerpflichtigen Personen die Kirchensteuer auf private Kapitalerträge automatisch abzuführen, sofern der Steuerpflichtige diesem Verfahren nicht ausdrücklich durch Einlegung eines Sperrvermerks beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) widerspricht. Die erforderlichen Daten zur Religionszugehörigkeit erhalten wir vom BZSt. Vor Auszahlung der Versicherungsleistungen müssen wir die Kirchensteuerabzugsmerkmale beim BZSt erfragen. Im Falle eines Sperrvermerks erfolgt die Kirchensteuererhebung im Rahmen des Veranlagungsverfahrens. Zur Sicherstellung der Nacherhebung der Kirchensteuer informiert das BZSt das zuständige Wohnsitzfinanzamt über den Sperrvermerk. Der Sperrvermerk verpflichtet den Kirchensteuerpflichtigen zur Abgabe einer Steuererklärung zum Zwecke der Veranlagung zur Kirchensteuer.

C. Erbschaft- und Schenkungsteuer

Ansprüche oder Leistungen aus privaten Kapital- und Rentenversicherungen sowie etwaigen Zusatzversicherungen unterliegen der Erbschaft und Schenkungsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z. B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.

Sind an einem Versicherungsvertrag mehrere Versicherungsnehmer beteiligt, sind Leistungen für die Beteiligten jeweils in Höhe ihres Anteils an der Versicherungsleistung erbschaft-/schenkungsteuerfrei. Die Anteile der einzelnen Beteiligten bestimmen sich nach dem Verhältnis, nach dem sie intern zur Prämienzahlung verpflichtet waren. Bei Ehegatten unterstellt die Finanzverwaltung bis zum Beweis des Gegenteils eine hälftige Beitragszahlung.

Ob sich aus den steuerpflichtigen Versicherungsleistungen eine Steuerschuld tatsächlich ergibt, ist von den individuellen Verhältnissen (z. B. den zur Verfügung stehenden Freibeträgen) abhängig.

D. Melde- und Anzeigepflichten

Der Versicherer ist verpflichtet, Leibrenten und andere Leistungen nach § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a und § 22 Nr. 5 EStG zum Zwecke ihrer Besteuerung an die Deutsche Rentenversicherung Bund zu melden (§ 22a EStG).

Eine ihm bekannt gewordene Veräußerung von kapitalbildenden Lebens- und Rentenversicherungen muss der Versicherer beim für den Steuerpflichtigen zuständigen Finanzamt anzeigen (§ 20 Abs. 2 Nr. 6 S. 2 EStG).

Daneben bestehen auch Anzeigepflichten nach dem Erbschaftsteuergesetz, beispielsweise in den Fällen, in denen die Versicherungsleistung an eine andere Person als den Versicherungsnehmer ausgezahlt wird (§ 33 Abs. 3 ErbStG). Wir sind zur Anzeige auch verpflichtet, wenn bei einem Versicherungsvertrag mit mehreren Versicherungsnehmern die Versicherungsleistung nicht an alle Versicherungsnehmer ausgezahlt wird.

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen besteht außerdem die Verpflichtung, Informationen zur steuerlichen Ansässigkeit mittels Selbstauskunft zu erheben. Diese Informationen werden zusammen mit bestimmten weiteren Daten für den automatisierten zwischenstaatlichen Informationsaustausch an das Bundeszentralamt für Steuern gemeldet, sofern es sich um einen meldepflichtigen Vertrag handelt.

E. Versicherungsteuer

Beiträge zu Kapitallebens- oder Rentenversicherungen, die Leistungen im Erlebens- oder Todesfall, bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, im Alter oder in besonderen Notfällen vorsehen, unterliegen in Deutschland grundsätzlich nicht der Versicherungsteuer (§ 4 Nr. 5 VersStG). Allerdings unterliegen o. g. Versicherungen in diversen anderen Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) der Versicherungsteuer. Die Steuerpflicht entsteht, wenn der Versicherungsnehmer bei Zahlung der Prämie seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, der der Versicherungsteuer auf Beiträge zu o. g. Versicherungen erhebt. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz nach Abschluss des Versicherungsvertrags aus Deutschland in einen solchen Staat verlegt. In diesen Fällen sind alle Lebensversicherer mit Sitz im EWR verpflichtet, die dort anfallende Versicherungsteuer (sowie ggfs. ähnliche Abgaben) zu erheben und abzuführen.

Hat der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat außerhalb des EWR, sind wir (als Versicherer mit Sitz im EWR) nicht verpflichtet eine evtl. in einem solchen Staat anfallende Versicherungsteuer auf Beiträge zu o. g. Versicherungen einzubehalten und abzuführen. In diesen Fällen hat der Versicherungsnehmer selbst für die Abführung der Versicherungsteuer zu sorgen.

F. Versorgungsausgleich

Im Falle eines Versorgungsausgleichs können für den Vertrag, der zu Gunsten der ausgleichsberechtigten Person begründet wird, bezüglich der Besteuerung der Leistungen (s. B 2.) abweichende Regelungen gelten.

Wurde der Ursprungsvertrag vor dem 1.1.2005 abgeschlossen, unterliegen Kapitalleistungen gem. § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG (i. d. Fassung vom 31.12.2004) der Einkommensbesteuerung. D. h., sie sind einkommensteuerfrei, wenn die Kapitalleistung:

- im Versicherungsfall (z. B. Ablauf des Vertrags oder bei Tod der versicherten Person) oder
- im Falle der Kündigung des Vertrags nach Ablauf von zwölf Jahren ausgezahlt oder mit Beiträgen verrechnet wird.

Werden diese Voraussetzungen nicht eingehalten, sind die in den Kapitalleistungen enthaltenen rechnungs- und außerrechnungsmäßigen Zinsen auf die Sparanteile einkommensteuerpflichtig.

Wurde der Ursprungsvertrag nach dem 31.12.2004 und vor dem 1.1.2012 abgeschlossen, gilt für die Erfüllung der Voraussetzung der hälftigen Besteuerung die Vollendung des 60. Lebensjahres.

A. Allgemeine Angaben über die Steuerregelung

Die folgenden Ausführungen enthalten Steuerhinweise zu einer privaten kapitalgedeckten Rentenversicherung der Basisversorgung gem. § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchst.b Doppelbuchst. aa EStG (Basisrente-Alter). Mit diesen Hinweisen geben wir Ihnen einen Überblick über die derzeit für Ihren Vertrag geltenden steuerlichen Bestimmungen in Deutschland.

Wegen der knappen Darstellung können die Steuerhinweise nicht vollständig sein und eine steuerliche Beratung nicht ersetzen. Die derzeitigen steuerlichen Rahmenbedingungen (Steuergesetze oder sonstige Bestimmungen der Finanzverwaltung) können sich in Zukunft ändern und zu einer gegenüber dem heutigen Stand ungünstigeren steuerlichen Behandlung führen.

B. Ertragsteuer (Einkommen- und Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag)

1. Absetzbarkeit der Beitragszahlungen

Beiträge zu Verträgen der privaten Basisversorgung gehören – wie beispielsweise Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung – zu den Altersvorsorgeaufwendungen.

- a) Altersvorsorgeaufwendungen sind nach § 10 Abs. 3 EStG bis zum Höchstbeitrag zur knappschaftlichen Rentenversicherung – (bei Zusammenveranlagung verdoppelt sich der Höchstbetrag) im Jahr 2018 in Höhe von 86 Prozent als Sonderausgaben abzugsfähig. Dieser Prozentsatz steigt in den folgenden Kalenderjahren jeweils um 2 Prozentpunkte an, sodass die Altersvorsorgeaufwendungen ab dem Jahr 2025 im Rahmen der oben genannten Höchstbeträge zu 100% abzugsfähig sind.
- b) Für Kalenderjahre bis 2019 prüft das Finanzamt von Amts wegen, ob das Abzugsvolumen für Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Abs. 1 Nr. 2, 3 und 3a EStG günstiger ist als das Abzugsvolumen nach § 10 Abs. 3 EStG in der in der für das Kalenderjahr 2004 geltenden Fassung unter Berücksichtigung reduzierter Höchstbeträge für den Vorwegabzug. Der Steuerpflichtige erhält den für ihn günstigeren Freibetrag.

Im Rahmen dieser Günstigerprüfung wird auch sichergestellt, dass sich die Beiträge zu einer eigenen Basisrente-Alter stets mit dem jeweils maßgeblichen Prozentsatz steuermindernd als Sonderausgaben auswirken, soweit die Höchstbeträge (vgl. B 1. a)) noch nicht durch Beiträge zu gesetzlichen Rentenversicherungen, landwirtschaftlichen Alterskassen sowie berufsständischen Versorgungswerken ausgeschöpft sind.

2. Besteuerung der Versicherungsleistungen

Rentenleistungen, deren Beginn vor dem 1.1.2006 lag, unterliegen zu 50% der Besteuerung. Ab 01.01.2018 erstmalig ausgezahlte Renten unterliegen einem Besteuerungsanteil von 76%. Der Besteuerungsanteil wächst nachfolgend für jeden neu hinzukommenden Rentengeneration (Kohortenprinzip) jährlich um jeweils 2 Prozentpunkte bis zum Jahr 2020, anschließend jährlich um jeweils 1 Prozentpunkt bis zum Jahr 2040. Im Jahr 2040 wird der Besteuerungsanteil sodann 100% betragen. Der Steuerpflichtige hat die Leibrenten und anderen Leistungen im Rahmen seiner Einkommensteuererklärung zu berücksichtigen.

Aufgrund dieses Kohortenprinzips ergibt sich ein steuerfreier Teil der Rente, der als persönlicher Rentenfreibetrag lebenslang festgeschrieben wird.

Der Steuerpflichtige hat die Leibrenten und anderen Leistungen im Rahmen seiner Einkommensteuererklärung zu berücksichtigen.

C. Erbschaftsteuer

Leistungen aus Rentenversicherungen unterliegen der Erbschaftsteuer, wenn sie bei Tod des Versicherungsnehmers als Erwerb von Todes wegen aufgrund eines Bezugsrechts erworben werden.

Ob sich aus den Hinterbliebenen-Leistungen eine Erbschaftsteuerschuld tatsächlich ergibt, ist von den individuellen Verhältnissen (z. B. den zur Verfügung stehenden Freibeträgen) abhängig.

D. Melde- und Anzeigepflichten

Der Versicherer ist verpflichtet, Leistungen aus Verträgen der privaten Basisversorgung zum Zwecke ihrer Besteuerung an die Deutsche Rentenversicherung Bund zu melden (§ 22a EStG).

Daneben bestehen auch Anzeigepflichten nach dem Erbschaftsteuergesetz, beispielsweise in den Fällen, in denen die Versicherungsleistung an eine andere Person als den Versicherungsnehmer ausgezahlt wird (§ 33 Abs. 3 ErbStG).

E. Versicherungsteuer

Beiträge zu Lebensversicherungen der Basisversorgung unterliegen in Deutschland grundsätzlich nicht der Versicherungsteuer (§ 4 Nr. 5 VersStG). Allerdings unterliegen o.g. Versicherungen in diversen anderen Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) der Versicherungsteuer. Die Steuerpflicht entsteht, wenn der Versicherungsnehmer bei Zahlung der Prämie seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, der Versicherungsteuer auf Beiträge zu o.g. Versicherungen erhebt. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz nach Abschluss des Versicherungsvertrags aus Deutschland in einen solchen Staat verlegt. In diesen Fällen sind alle Lebensversicherer mit Sitz im EWR verpflichtet, die dort anfallende Versicherungsteuer (sowie ggfs. ähnliche Abgaben) zu erheben und abzuführen.

Hat der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat außerhalb des EWR, sind wir (als Versicherer mit Sitz im EWR) nicht verpflichtet eine evtl. in einem solchen Staat anfallende Versicherungssteuer auf Beiträge zu o.g. Versicherungen einzubehalten und abzuführen. In diesen Fällen hat der Versicherungsnehmer selbst für die Abführung der Versicherungssteuer zu sorgen.

F. Versorgungsausgleich

Im Falle eines Versorgungsausgleichs gelten die Passagen zum Sonderausgabenabzug (B. 1.) nicht für den Ausgleichswert, der auf den Vertrag, der zu Gunsten der ausgleichsberechtigten Person begründet wird, übertragen wird.

Deutsche Ärzteversicherung Aktiengesellschaft

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln · Postanschrift: 51171 Köln
Internet: www.aerzteversicherung.de · E-Mail: service@aerzteversicherung.de
Sitz der Gesellschaft Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 27698
USt.-Ident-Nr. DE 122786679

Stellv. Vorsitzender des Aufsichtsrats: Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery;
Vorstand: Timmy Klebb, Vorsitzender; Jochen Brützel, Marcus Thiel.
Beirat der Gesellschaft: Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Vorsitzender;
Dr. med. dent. Peter Engel, stellv. Vorsitzender;
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karsten Vilmar (Ehrenvorsitzender),
Erik Bodendieck Dr. med. Andreas Crusius, Dr. med. Simone Heinemann-Meerz, Rudolf Henke,
Dr. med. Günther Jonitz, Dr. med. Max Kaplan, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach,
Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Kossow, Dr. Siegfried Moder, Dr. med. Klaus Reinhardt,
Gernot Schlösser, Apotheker Friedemann Schmidt, Harald Schrader, Dr. med. Theodor Windhorst.