

Sehr geehrter Kunde!

Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten, je nach Tarif und evtl. eingeschlossener Zusatzversicherung, die nachfolgenden Bedingungen:

### **Allgemeine Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (ABsBu)**

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

# Allgemeine Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (ABsBu)

## § 1 Was ist versichert?

(1) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Befreiung von der Beitragszahlungspflicht;
- b) Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente; die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

Endet der Anspruch auf Rente, weil Berufsunfähigkeit wieder gegeben ist, haben Sie Anspruch auf eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 Monatsrenten – höchstens jedoch 10.000 EUR –, sofern die Berufsunfähigkeit 3 Jahre ununterbrochen andauert hat und die restliche Leistungsdauer noch mindestens 5 Jahre beträgt.

Tritt innerhalb eines Jahres nach einer beendeten Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit, gleich aus welcher Ursache ein, entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe rückwirkend. Eine bereits gezahlte Wiedereingliederungshilfe wird mit den dann fälligen Renten verrechnet. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer der Berufsunfähigkeitsversicherung nur einmal in Anspruch genommen werden.

### Bei Einschluss der Option

#### Dread Disease

Liegt eine der nachfolgend genannten Erkrankungen mit den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vor, erbringen wir ohne weitere Prüfung die vereinbarten Berufsunfähigkeitsleistungen für die Dauer von sechs Monaten.

Zahlungen aus dieser Option beinhalten ausdrücklich keine Anerkennung einer etwaigen Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2; ob eine solche vorliegt, wird vielmehr erst nach Ablauf des sechsmonatigen Zeitraums geprüft.

Führt unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 vorliegt, sind erhaltene Leistungen aus dieser Option nicht zurück zu zahlen; im Falle des Anerkenntnisses einer Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 werden die vereinbarten Berufsunfähigkeitsleistungen frühestens im Anschluss an den sechsmonatigen Zeitraum erbracht.

Diese Option kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden und nur dann, wenn nicht bereits Berufsunfähigkeitsleistungen gemäß Abs. 1 oder Überbrückungshilfe gemäß Abs. 8 erbracht werden.

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

#### Krebs (maligne Tumoren)

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

Sollte eine Histologie nicht möglich sein, muss die Bösartigkeit durch eine andere schulmedizinisch anerkannte Untersuchungsmethode nachgewiesen

sein. In die Deckung eingeschlossen sind Leukämie und Lymphome.

Ausgeschlossen sind Formen des Krebses mit relativ hohen Heilungschancen:

- alle Tumoren, die histologisch als prä-maligne beschrieben werden oder eine frühe maligne Veränderung zeigen
- alle CIN Stadien (zervikale intraepitheliale Neoplasie)
- alle Carcinoma in situ
- alle Hautkrebsarten einschließlich des malignen Melanoms Stadium IA (T1aN0M0)
- Prostatakarzinom, Stadium 1 (T1a, 1b, 1c)

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

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

#### Koronare Bypassoperation

(Herzkrankheiten, die eine chirurgische Behandlung der Herzkranzgefäße erfordern)

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

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

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

#### Herzinfarkt (Myokardinfarkt)

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

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

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

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

#### Niereninsuffizienz (Nierenversagen)

Terminale Niereninsuffizienz (lebensbedrohliches Nierenversagen, Urämie), die sich als chronisch irreversibles Funktionsversagen beider Nieren manifestiert und die Einleitung einer regelmäßigen Nierendialyse oder einer Nierentransplantation bedingt. Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem die fachärztlich gesicherte Indikation für die Dialyse gestellt wird oder eine erfolgreiche Operation mit Transplantation abgeschlossen wurde.

Schlaganfall (Gehirnschlag, Apoplexie)  
Zerebrovaskulärer Insult mit dem plötzlichen Auftreten neurologischer Ausfallserscheinungen, die mehr als 24 Stunden andauern. Der Insult schließt eine Infarzierung von Hirngewebe, Blutung oder Embolie aus extrakranieller Quelle ein. Die neurologischen Ausfälle müssen über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten anhalten.

Von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen sind insbesondere vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (TIA's), die sich ohne Folgen zurückbilden sowie migränebedingte neurologische Ausfallserscheinungen.

Der Leistungsanspruch entsteht nach Ablauf von drei Monaten, beginnend mit dem Schluss des Monats, in dem die gesicherte ärztliche Diagnose gestellt wird.

#### Multiple Sklerose

Neurologische Störungen, die über einen kontinuierlichen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestanden oder neurologische Störungen in Form von mindestens zwei Schüben (von denen jeder über einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden bestanden haben muss, mit einem Mindestabstand von einem Monat zwischen den Schüben und bei denen die neurologischen Störungen an verschiedenen Stellen des Zentralnervensystems lokalisiert sein müssen). Die Diagnose muss anhand der typischen Symptome der Demyelinisierung (Nervenmarkabbau) und der Beeinträchtigung der motorischen und sensorischen Funktionen nachgewiesen werden. Außerdem müssen sich in der Kernspintomographie (MRT) die für die Multiple Sklerose typischen Veränderungen nachweisen lassen.

Der Leistungsanspruch entsteht nach Ablauf von sechs Monaten, beginnend mit dem Schluss des Monats, in dem die gesicherte neurologische Diagnose gestellt wird oder ein zweiter Schub vergleichbar bestätigt wurde.

#### Bei Einschluss der Option

##### Zusatzzahlung

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

#### Bei Einschluss der Option

##### Lebenslange Rente

Eine anerkannte Berufsunfähigkeitsrente geht in eine lebenslange Altersrente gleicher Höhe über, wenn die Berufsunfähigkeit vor Vollendung des 40. Lebensjahres eintritt. Erlischt der Leistungsanspruch gemäß § 1 Abs. 4 nach Vollendung des 40. Lebensjahres, so erlischt auch der Anspruch auf lebenslange Rente mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsfähigkeit wieder eintritt, sofern das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.

#### Bei Einschluss der Option

##### Nachversicherungsgarantie

Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente kann während der Beitragszahlungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung um bis zu 100 % der anfänglich versicherten Berufsunfähigkeitsrente, maximal je-

doch insgesamt begrenzt auf 40.000 EUR jährliche Berufsunfähigkeitsrente erhöht werden. Das Recht auf Erhöhung kann während der Beitragszahlungsdauer höchstens dreimal in Anspruch genommen werden.

Diese Nachversicherungsgarantie besteht nur, wenn die gesamte versicherte Berufsunfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater, gesetzlicher und betrieblicher Anwartschaften dann nicht mehr als 60% des letzten jährlichen Bruttoeinkommens beträgt. Dies ist in geeigneter Form nachzuweisen.

Das Recht auf Nachversicherung endet, wenn

- die versicherte Person das 45. Lebensjahr vollendet hat,
- vor Ausübung des Nachversicherungsrechts eine Berufsunfähigkeit der versicherten Person eingetreten ist oder ein Anspruch auf Leistungen aus der Option Dread Disease besteht, sofern diese mitversichert ist.

#### Bei Einschluss der Option

##### Rentendynamik im Leistungsfall

Während der Dauer der Berufsunfähigkeit erhöht sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente unabhängig von den jeweils festgelegten Überschussanteilsätzen (vgl. § 21) um den jeweils beantragten Prozentsatz.

Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Versicherungsjahresbeginn, erstmals zum auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgenden Versicherungsjahresbeginn.

#### Bei Einschluss der Option

##### Verzicht auf die Anwendung des § 172 VVG

Bei einer Zunahme unseres Leistungsbedarfs gegenüber den zugrundegelegten technischen Berechnungsgrundlagen verzichten wir auf unser nach § 172 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) unter bestimmten Voraussetzungen bestehendes Recht, die Beiträge auch für bestehende Versicherungen zu erhöhen.

- (2) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Abs. 3) berufsunfähig, erbringen wir die vereinbarten Leistungen, unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit.
- (3) Der Anspruch auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.
- (4) Der Anspruch auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt, die Pflegebedürftigkeit weniger als einen Punkt erreicht, die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.
- (5) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei gegebener Leistungspflicht ab dem Anerkennungszeitpunkt zurückzahlen.

Auf schriftlichen Antrag stunden wir bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht die Zahlung des laufenden Beitrags zinslos. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit werden die Beiträge für diesen Zeitraum weder gestundet noch zurückgezahlt.

- (6) Bei Vereinbarung einer Karenzzeit – dies ist der zu vereinbarenden Zeitraum in Kalendermonaten vom Eintritt der Berufsunfähigkeit bis zum Beginn der Leistungen aus dieser Versicherung - entsteht der Anspruch auf Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente erst mit Ablauf der Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit nach Absatz 1 bzw. 2 während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Die Bestimmungen gemäß § 13 dieser Bedingungen finden auch bis zum Ablauf der Karenzzeit sinngemäß Anwendung.

Die Karenzzeit beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache erneut Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

- (7) Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente kann während der Versicherungsdauer bis auf die maximal erforderliche Mindestrente abgesenkt und ohne erneute Gesundheitsprüfung in der ursprünglichen Höhe wiederhergestellt werden.

Die Anpassungsmöglichkeit besteht unter folgenden Voraussetzungen:

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

Die Wiederherstellung der ursprünglichen Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung kann jederzeit bis zum Ablauf der vorstehend genannten Fristen beantragt werden.

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

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

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

Führt unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmungen vorliegt, verzichten wir auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Überbrückungshilfe,

wenn die versicherte Person bis zum Abschluss unserer Leistungsprüfung nicht erneut Krankentagegeld von seinem Krankenversicherer bezieht oder noch beziehen wird.

## § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

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

Sofern bei selbständig Tätigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich ist, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und die versicherte Person eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat.

Hat die versicherte Person den Beruf innerhalb von 12 Monaten vor Eintritt der Berufsunfähigkeit weder auf ärztliches Anraten noch wegen unfreiwilligem Wegfall der früheren Tätigkeit gewechselt, wird bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit auch die berufliche Tätigkeit vor dem Berufswechsel berücksichtigt, sofern der versicherten Person die für die Berufsunfähigkeit verantwortlichen Gesundheitsstörungen beim Berufswechsel bekannt und absehbar gewesen sind.

Scheidet die versicherte Person nur vorübergehend aus ihrem bisherigen Beruf wegen Mutterschutz oder gesetzlicher Elternzeit aus, prüfen wir auf den zuvor ausgeübten Beruf gemäß Absatz 1 Satz 1.

- (2) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 % außerstande gewesen, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war – auszuüben und hat sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende, Tätigkeit ausgeübt, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Berufsunfähigkeit. Absatz 1 Satz 4 gilt sinngemäß.
- (3) Berufsunfähigkeit auf Grund Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens eine der in Absatz 5 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
- (4) Ist die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos gewesen, dass sie für mindestens eine der im Absatz 5 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf, so

- gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.
- (5) Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punkte-tabelle zu Grunde gelegt; wir leisten bei Vorliegen von mindestens einem Punkt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

**Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt**

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

**Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt**

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

**An- und Auskleiden 1 Punkt**

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

**Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt**

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

**Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt**

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

**Verrichten der Notdurft 1 Punkt**

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

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

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

- (6) Unabhängig von der Bewertung in Abs. 5 liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf. Das Gleiche gilt für eine versicherte Person, die dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

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

**§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.
- (2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:
- a) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb Deutschlands bzw. Österreichs ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Außerdem werden wir leisten, wenn die versicherte Person außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten berufsunfähig wird und als Mitglied der deutschen Bundeswehr bzw. des österreichischen Bundesheeres, Polizei oder Bundesgrenzschutz mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.
  - b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
  - c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
  - d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.

**§ 4 Wann beginnt der Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt und wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Aushändigung des Versicherungsscheins erklärt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.

**§ 5 Können Sie dem Vertragsabschluss widersprechen?**

Der Versicherungsvertrag gilt auf der Grundlage des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der weiteren für den Vertragsinhalt maßgeblichen Verbraucherinformationen (im Sinne des § 10 a des Versicherungsaufsichtsgesetzes) als abgeschlossen, wenn Sie nicht innerhalb von 14 Tagen nach Überlassung der Unterlagen in Textform widersprechen. Der Lauf der Frist beginnt erst, wenn Ihnen die erwähnten Unterlagen voll-

ständig vorliegen und wir Sie bei Aushändigung oder Übersendung des Versicherungsscheins schriftlich über das Widerspruchsrecht, den Fristbeginn und die Dauer belehrt haben. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Abweichend von Satz 2 erlischt das Recht zum Widerspruch jedoch ein Jahr nach Zahlung des ersten Beitrags.

#### **§ 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?**

- (1) Sie zahlen Jahresbeiträge, die jeweils zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig werden.
- (2) Nach Vereinbarung können Sie Jahresbeiträge auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zahlen. Hierfür werden Ratenzuschläge in Höhe von 2 % des Jahresbeitrags bei halbjährlicher, 3 % bei vierteljährlicher oder 5 % bei monatlicher Zahlungsweise erhoben. Die Beiträge sind bis zum Zeitpunkt der Anerkennung einer Berufsunfähigkeit, längstens bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, zu entrichten.
- (3) Der Einlösungsbeitrag wird sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag an uns zu zahlen. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.
- (4) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich

#### **§ 7 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**

##### **Einlösungsbeitrag**

- (1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir die Beiträge des ersten Versicherungsjahres auch bei Vereinbarung von Ratenzahlungen sofort verlangen. Stattdessen können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – auch vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen.

##### **Folgebeitrag**

- (2) Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns eine schriftliche Mahnung. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.
- (3) Zahlen Sie schon im ersten Versicherungsjahr einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, so werden außerdem die noch ausstehenden Raten des ersten Jahresbeitrags sofort fällig.

#### **§ 8 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?**

##### **Kündigung**

- (1) Sie können Ihre Versicherung ganz oder teilweise kündigen
  - jederzeit zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
  - bei Vereinbarung von Ratenzahlungen auch innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Ratenzahlungsabschnitts, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres.

- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Berufsunfähigkeitsrente unter einen Mindestbetrag von 900 EUR sinkt. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also ganz kündigen.

- (3) Aus der ganz gekündigten Versicherung fällt kein Rückkaufswert an. Jedoch wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Berufsunfähigkeitsrente um, wenn diese mindestens eine Höhe von 900 EUR erreicht. Für die Berechnung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente gelten die Regelungen in Absatz 4. Wird die genannte Mindesthöhe nicht erreicht, so erhalten Sie den Zeitwert der Versicherung (§ 176 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)), – soweit ein solcher vorhanden ist – wobei ausstehende Forderungen (z.B. rückständige Beiträge) von dem Zeitwert abgesetzt werden. Bei Kündigung einer beitragsfreien Versicherung erlischt diese.

##### **Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung**

- (4) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Berufsunfähigkeitsrente auf eine ganz oder teilweise beitragsfreie Rente herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode (Ratenzahlungsabschnitt) errechnet wird. Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der ganz oder teilweise beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um ausstehende Forderungen (z.B. rückständige Beiträge).

- (5) Haben Sie eine vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 4 zu berechnende beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente den Mindestbetrag von 900 EUR nicht, so erhalten Sie den Zeitwert der Versicherung (§ 176 Abs. 3 VVG), – soweit ein solcher vorhanden ist – wobei ausstehende Forderungen von dem Zeitwert abgesetzt werden. Haben Sie eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn die herabgesetzte Berufsunfähigkeitsrente einen Mindestbetrag von 900 EUR erreicht. Anderenfalls können Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragen. Dieser Antrag führt zur beitragsfreien Fortsetzung der Versicherung, wenn die nach Absatz 4 zu berechnende beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente den Mindestbetrag von 900 EUR erreicht. Ist das nicht der Fall, so erhalten Sie den Zeitwert der Versicherung, – soweit ein solcher vorhanden ist – wobei ausstehende Forderungen (z.B. rückständige Beiträge) von dem Zeitwert abgesetzt werden.

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren (vgl. § 19) keine beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente und ihrer Höhe können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

## Beitragsrückzahlung

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

## § 9 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- (1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitliche Störungen und Beschwerden.

Kommen nach Antragstellung erstmals weitere Erkrankungen, gesundheitliche Störungen oder Beschwerden hinzu, besteht keine Anzeigepflicht.

- (2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, so ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.
- (3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 2) unrichtig oder unvollständig angegeben worden sind, können wir binnen fünf Jahren seit Vertragsabschluss vom Vertrag zurücktreten. Den Rücktritt können wir aber nur innerhalb eines Monats erklären, nachdem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten haben. Wenn uns nachgewiesen wird, dass die unrichtigen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind, wird unser Rücktritt gegenstandslos. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber den Rücktritt erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.
- (4) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmensecheidung Einfluss genommen worden ist (arglistige Täuschung). Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der arglistigen Täuschung keine Kenntnis hatten.
- (5) Die Absätze 1 und 4 gelten bei einer Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die in Absatz 3 genannte Frist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.
- (6) Wenn der Versicherungsvertrag durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, haben Sie weder Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.
- (7) Auf den Rücktritt oder die Anfechtung des Versicherungsvertrages können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

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

- (1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
  - 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 über die Pflegebedürftigkeit;
  - Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
  - bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.
- Sämtliche Unterlagen für die Leistungsprüfung sind in deutscher Sprache einzureichen. Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

- (2) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Behörden, Krankenkassen und Sozialversicherungsträger zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.
- (3) Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers oder eines privaten Krankenversicherers über eine dort anerkannte Berufsunfähigkeit reicht als Nachweis einer Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht aus.
- (4) Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Berufsunfähigkeitsleistungen; ausgenommen ist der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z.B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen).

## § 11 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

- (1) Nach vollständigem Eingang der uns vorzulegenden sowie der von uns beigezogenen entscheidungsrelevanten Unterlagen erklären wir innerhalb von zehn Arbeitstagen, ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- Während der Dauer der Prüfung unserer Leistungspflicht werden wir ebenfalls jeweils innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang von Unterlagen dem Antragsteller bzw. dem Versicherungsnehmer eine Information über fehlende Unterlagen oder den weiteren Verlauf der Prüfung unserer Leistungspflicht zukommen lassen.
- (2) Zu künftig fällig werdenden wiederkehrenden Versicherungsleistungen - Beitragsbefreiung und Rente - sprechen wir grundsätzlich keine besondere

Befristung unserer Leistungspflicht aus. Ist jedoch anzunehmen, dass sich Umstände, die für die Beurteilung der Frage, ob Berufsunfähigkeit besteht, innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten, gerechnet ab dem Tag des Eingangs der Anzeige des Versicherungsfalls, ändern werden, können wir unsere Leistungspflicht zunächst einmalig oder mehrmals, längstens aber bis zum Ablauf dieses Zeitraumes befristet (befristete Leistungsentscheidungen).

- (3) Mit dem Ablauf des in einer befristeten Leistungsentscheidung genannten Zeitraumes endet unsere Leistungspflicht, ohne dass es einer besonderen Erklärung bedarf. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Werden Leistungen über diesen Zeitraum hinaus verlangt, ist zu prüfen, ob die versicherte Person weiterhin berufsunfähig ist. § 10 und die vorstehenden Absätze 1 und 2 gelten entsprechend. Eine nochmalige Befristung ist jedoch, sofern es um dieselbe maßgebende Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit geht, nur möglich, wenn der in Absatz 2 genannte Zeitraum von 12 Monaten insgesamt nicht überschritten wird.
- (4) Die Bestimmungen über die Nachprüfung des Fortbestehens der Berufsunfähigkeit (§ 13) sind im Falle einer befristeten Leistungsentscheidung nicht anwendbar.

#### **§ 12 Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden und wer entscheidet in diesen Fällen?**

- (1) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung erhebt, mit unserer Leistungsentscheidung (§ 11) nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer schriftlichen Entscheidung seinen Anspruch gerichtlich geltend machen.
- (2) Lässt der Anspruchserhebende die Sechsmonatsfrist verstreichen, ohne dass er den Anspruch gerichtlich geltend macht, so sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge werden wir in unserer Erklärung nach § 11 besonders hinweisen.
- (3) Bezieht sich unsere Leistungsentscheidung ausschließlich auf das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen, gilt die in Absatz 1 und 2 beschriebene gesetzliche Ausschlussfrist von sechs Monaten nicht; auch nach dieser Frist kann der Anspruch noch im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen gerichtlich geltend gemacht werden.

#### **§ 13 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?**

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir während der vereinbarten Leistungsdauer berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei sind Gesundheitsveränderungen ebenso zu berücksichtigen wie das konkrete Ausüben einer zumutbaren Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 10 Absatz 2 und 3 gelten entsprechend.
- (3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw.

Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

- (4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 Prozent vermindert, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 12 mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam, frühestens jedoch zu Beginn des darauf folgenden Monatsersten. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.
- (5) Abs. 4 gilt entsprechend, wenn sich bei Pflegebedürftigkeit die Art des Pflegefalls geändert hat oder ihr Umfang unter einen Punkt gesunken ist.

#### **§ 14 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?**

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 10 oder § 13 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche aus der Versicherung jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet, bei Vereinbarung einer Karenzzeit jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit.

#### **§ 15 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?**

- (1) Unsere Leistungen überweisen wir der empfangsberechtigten Person auf ihre Kosten. Bei Überweisungen in das Ausland trägt die empfangsberechtigte Person auch die damit verbundene Gefahr.
- (2) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht (vgl. § 6 Absatz 3 und § 7 Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag uns zugeht.

#### **§ 16 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?**

- (1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des § 18 Absatz 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

#### **§ 17 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?**

- (1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.
- (2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Wohnung abgesandt werden kann. Unsere Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie Ihnen ohne die Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre. Dies gilt

auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

- (3) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 2 entsprechend.

#### **§ 18 Wer erhält die Versicherungsleistung?**

- (1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an eine andere Person, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.
- (2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
- (3) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie schriftlich angezeigt worden sind.
- (4) Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

#### **§ 19 Wie werden die Abschlusskosten erhoben und ausgeglichen?**

- (1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sog. Abschlusskosten (§43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen) sind bereits pauschal bei der Tariffkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.
- (2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerverfahren) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung von Abschlusskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebes in der jeweiligen Versicherungsperiode bestimmt sind. Der zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4% der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
- (3) Das beschriebene Verrechnungsverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung keine beitragsfreie Versicherungsleistung vorhanden ist. Nähere Informationen können Sie der Ihrem Versicherungsschein beigefügten Tabelle entnehmen.

#### **§ 20 Welche Kosten, Zinsen und öffentliche Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?**

Alle das Versicherungsverhältnis unmittelbar betreffenden öffentlichen Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung. Das Gleiche gilt für die Kosten, die uns von Banken und Sparkassen bei Rückkläufem im Lastschriftverfahren belastet werden, sofern der Rücklauf durch Gründe auf Ihrer Seite veranlasst wurde. Schließlich gehen bei Zahlungserinnerungen und Mahnungen die anfallenden Portokosten zu Ihren Lasten. Geraten Sie mit der Beitragszahlung in Verzug, so können wir von Ihnen Verzugszinsen in Höhe von 5 % über dem jeweiligen Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank verlangen.

#### **§ 21 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?**

##### **Überschussermittlung**

- (1) Um zu jedem Zeitpunkt der Versicherungsdauer den vereinbarten Versicherungsschutz zu gewährleisten, bilden wir Rückstellungen. Die zur Bedeckung dieser Rückstellungen erforderlichen Mittel werden angelegt und erbringen Kapitalerträge. Aus diesen Kapitalerträgen, den Beiträgen und den angelegten Mitteln werden die zugesagten Versicherungsleistungen erbracht sowie die Kosten von Abschluss und Verwaltung des Vertrages gedeckt. Je höher die Erträge aus den Kapitalanlagen sind, je weniger vorzeitige Versicherungsfälle eintreten und je kostengünstiger wir arbeiten, umso größer sind die dann entstehenden Überschüsse, an denen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer beteiligen. Die Überschussermittlung erfolgt nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und des Handelsgesetzbuches (HGB) und den dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

##### **Überschussbeteiligung**

- (2) Die Überschussbeteiligung nehmen wir nach Grundsätzen vor, die § 81 c VAG und der dazu erlassenen Rechtsverordnung entsprechen und deren Einhaltung die Aufsichtsbehörde überwacht.

Danach sind von uns gleichartige Versicherungen in einer Bestandsgruppe zusammengefasst worden. Mindestens den in der Rechtsverordnung zu § 81 c VAG genannten Prozentsatz der auf eine Bestandsgruppe entfallenden Kapitalerträge verwenden wir – nach Abzug der Teile, die für die zugesagten Versicherungsleistungen benötigt werden –, für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer, deren Versicherungen dieser Bestandsgruppe angehören. Bei günstiger Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos und der Kostensituation kommen weitere Überschüsse hinzu. Den so ermittelten Überschuss für die Versicherungsnehmer ordnen wir den einzelnen Bestandsgruppen zu und stellen ihn –soweit er den Verträgen nicht direkt gutgeschrieben wird – in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) ein. Die in die RfB eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Mit Zustimmung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht können wir die RfB ausnahmsweise zur Abdeckung eines Notstandes (z.B. Verlustabdeckung) heranziehen (§ 56 a VAG) oder bei sehr ungünstigem Risikoverlauf bzw. einem eventuellen Solvabilitätsbedarf den in Satz 3 dieses Absatzes genannten Anteil unterschreiten (Rechtsverordnung zu § 81c VAG).

- (3) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsklasse "SBU 2004" und erhält Anteile an den Überschüssen dieser Bestandsklasse. Die Höhe dieser Anteile wird von unserem Vorstand auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der maßgebenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen jährlich festgelegt und in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht. Die Mittel für diese Überschussanteile werden den Überschüssen des Geschäftsjahres oder der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Überschüsse können bereits vor der Zuteilung verrechnet werden. Ein Rechtsanspruch besteht allerdings jeweils erst mit ihrer Zuteilung. In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung werden zu Beginn eines jeden Monats Überschussanteile zugeteilt. Diese Überschussanteile werden

---

gleich bleibend für das ganze Versicherungsjahr im Verhältnis zum überschussberechtigten Beitrag bemessen. Die innerhalb eines Zahlungsabschnittes fällig werden den Überschussanteile werden zu Beginn des Zahlungsabschnittes mit den Beiträgen verrechnet.

Bei Versicherungen im Rentenbezug erhöht sich die versicherte Rente jährlich um einen Betrag in Prozent der Vorjahresrente, erstmals zu Beginn des auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgenden Versicherungsjahres.

Die Bestimmungen zur Überschussbeteiligung können auch für bestehende Versicherungen mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (vgl. § 172 VVG) geändert werden.

Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Die Änderungen werden zwei Wochen nach Ihrer Benachrichtigung wirksam.

---

## **§ 22 Welche Besonderheiten gelten für eine Anpassung der Beiträge zu Ihrer Versicherung?**

- (1) Falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände wegen Unkenntnis oder unverschuldet nicht angezeigt werden, so sind wir nach § 41 VVG berechtigt, aufgrund des erhöhten Risikos die Beiträge zu erhöhen oder die Berufsunfähigkeitsversicherung zu kündigen. Auf dieses Recht verzichten wir hiermit.
- (2) Eine Änderung der Höhe des zu entrichtenden Beitrages aufgrund einer Neufestsetzung der Überschussanteile bei einer Verrechnung der Überschussanteile mit den fälligen Beiträgen (Sofortratt) bleibt von Absatz 1 unberührt.

## **§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?**

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Besitzt der Versicherungsnehmer die österreichische Staatsbürgerschaft und hat er im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses seinen ständigen Wohnsitz in Österreich, findet auf den Vertrag österreichisches Recht Anwendung.

## **§ 24 Wo ist der Gerichtsstand?**

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden.

Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht geltend machen. Weitere gesetzliche Gerichtsstände können sich bei dem für den Sitz oder die Niederlassung Ihres Geschäfts- oder Gewerbebetriebs örtlich zuständigen Gericht ergeben.

## **§ 25 Was gilt, wenn Einzelne der vorstehenden Bestimmungen unwirksam sind?**

Sollten einzelne Bestimmungen dieser dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Wirksamkeit des Vertrags bzw. der übrigen Bestimmungen nicht (vgl. § 6 Absatz 1 AGB-Gesetz). Im Übrigen können die Bedingungen unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (vgl. § 172 VVG) auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverträge geändert bzw. ergänzt werden sofern

- a) Bedingungen durch rechtskräftige Gerichtsurteile, Entscheidungen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden für unwirksam erklärt werden und eine Änderung bzw. Ergänzung zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder
- b) Gesetze geändert werden, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen.

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

## § 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

- (1) Der Beitrag für die Hauptversicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich
  - a) jeweils im selben Verhältnis wie der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten, mindestens um 5 %, oder
  - a) jeweils um einen fest vereinbarten, ganzzahligen Prozentsatz (wahlweise mindestens 2 % bis maximal 10 %) des Vorjahresbeitrages.
- (2) Bei der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung erhöht sich der Beitrag um einen fest vereinbarten, ganzzahligen Prozentsatz (wahlweise mindestens 2 % bis maximal 5 %) des Vorjahresbeitrages
- (3) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- (4) (Die Erhöhungen erfolgen bis 3 Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger, als bis die versicherte Person – bei Versicherung mehrerer Personen die älteste versicherte Person – das rechnungsmäßige Alter<sup>1)</sup> von 65 Jahren erreicht hat; bei der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung enden die Erhöhungen **auch** zu dem Zeitpunkt, zu dem eine Berufsunfähigkeit anerkannt wurde **oder eine Jahresrente von maximal 60.000 EUR überschritten würde. Bei berufsabhängigen Begrenzungen der Jahresrente enden die Erhöhungen entsprechend früher.**

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

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

## § 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person(en), der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.
- (2) Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht.

## § 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.
- (2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen der § 7 Abs. 1 - Verletzung der Anzeigepflicht - und § 9 - Selbsttötung - der Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung bzw. der § 8 Abs. 1 - Verletzung der Anzeigepflicht - und

§ 10 - Selbsttötung - der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung bzw. des § 9 Absatz 1 -Verletzung der Anzeigepflicht - der Allgemeinen Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung nicht erneut in Lauf.

- (3) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit eingeschlossen, erfolgen Erhöhungen der Hauptversicherung auch dann, wenn Ihre Beitragszahlungspflicht wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit ganz oder teilweise entfällt.

Sofern eine Erhöhung der Beiträge nach § 1 Absatz 1 a vereinbart ist, erfolgt eine jährliche Erhöhung um 5 %.

## § 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
- (2) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- (3) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

---

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