



Verbraucherinformationen

Stand 06.2017

Inhaltsverzeichnis	2
Kundeninformation	3
Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung	7
Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung für Beamte und Richter mit Einschluss des Dienstunfähigkeitsrisikos	21
Allgemeine Bedingungen für die Existenzschutzversicherung	33
Besondere Bedingungen für die Dynamik	49
Gebührentabelle	51
Steuermerkblatt	53

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten je nach Tariffkombination die nachfolgenden Versicherungsbedingungen. Die Tariffkombination können Sie Ihrem Angebot entnehmen.

Wichtiges Dokument!

Dieses Heft bildet zusammen mit dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein die Grundlage für das Vertragsverhältnis. Bitte bewahren Sie diese Unterlagen auf.

Auf gute Partnerschaft
Ihre HUK-COBURG-Lebensversicherung AG

Für Ihren Vertrag gelten bei Wahl:

Seite

- einer Berufsunfähigkeitsversicherung
Die Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung
(SBU 2017.1 Stand 01.2017) 7
- einer Dienst-/Berufsunfähigkeitsversicherung
Die Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung
für Beamte und Richter mit Einschluss des Dienstunfähigkeitsrisikos
(SDU 2017.1 Stand 01.2017) 21
- einer Existenzschutzversicherung
Die Allgemeinen Bedingungen für die Existenzschutzversicherung
(ESV 2017.1 Stand 06.2017) 33
- bei Einschluss einer Dynamik
Die Besonderen Bedingungen für die Dynamik
(DYN 2017.2 Stand 06.2017) 49

Weiterhin erhalten Sie folgende Informationen:

- Allgemeine Angaben zu derzeit anfallenden Gebühren 51
- Allgemeine Angaben zur steuerlichen Behandlung
Ihrer Arbeitskraftabsicherung
(LB7334 Stand 06.2017) 53

Ihre HUK-COBURG-Lebensversicherung AG



Kundeninformation

Für einen schnellen und besseren Überblick haben wir Ihnen alle wichtigen Informationen in dieser Kundeninformation zusammengestellt.

I. Allgemeine Informationen gemäß § 1 VVG-InfoV

Identität des Versicherers

Name: HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
Anschrift: Willi-Hussong-Str. 2, 96450 Coburg
Rechtsform: Aktiengesellschaft
Sitz: Bahnhofplatz, 96444 Coburg;
Handelsregister: Reg.-Gericht Coburg HRB 30; St.-Nr. 9212/101/00021

Identität eines Vertreters des Versicherers

Entfällt.

Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
Willi-Hussong-Str. 2
96450 Coburg

vertreten durch den Vorstand: Dr. Wolfgang Weiler (Vorsitzender), Stefan Gronbach, Klaus-Jürgen Heitmann, Dr. Hans Olav Herøy,
Sarah Rössler, Daniel Thomas (stv.).

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Gegenstand des Unternehmens ist der unmittelbare und mittelbare Betrieb der Lebensversicherung.

Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus Lebensversicherungen besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Postfach 102411 in 68024 Mannheim, www.protektor-ag.de, eingerichtet ist.

Die HUK-COBURG-Lebensversicherung AG gehört diesem Sicherungsfonds an.

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) Für das Vertragsverhältnis geltende Bedingungen

Mit Vertragsschluss finden die Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. die Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung für Beamte und Richter mit Einschluss des Dienstunfähigkeitsrisikos bzw. die Allgemeinen Bedingungen für die Existenzschutzversicherung und – sofern beantragt – die Besonderen Bedingungen für die Dynamik Anwendung.

b) Angaben über Art und Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers

Mit der Dienst- bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung bieten wir Ihnen eine finanzielle Absicherung bei Verlust des Arbeitseinkommens infolge Dienst-/ Berufsunfähigkeit.

Mit der Existenzschutzversicherung bieten wir Ihnen eine finanzielle Absicherung bei Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten.

Mit Einschluss einer Kapitalleistung bei schweren Krankheiten erbringen wir eine Einmalzahlung bei Eintritt einer schweren Krankheit.

Nähere Einzelheiten zu Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistung sind in den gemäß Abschnitt a) für Ihren Vertrag maßgeblichen Versicherungsbedingungen geregelt.

Ihrem Versicherungsschein können Sie entnehmen, welche Versicherungsleistungen Sie abgeschlossen haben.

Gesamtpreis der Versicherung

Den zu zahlenden Beitrag können Sie der Beispielrechnung, dem Produktinformationsblatt sowie dem Versicherungsschein entnehmen. Müssen nach Prüfung der Antragsangaben vom Antrag abweichende Vertragsbedingungen (Beitragszuschläge, Leistungseinschränkungen, Leistungsausschlüsse) vereinbart werden, erhalten Sie von uns ein neues Angebot. Sie können sich dann entscheiden, ob Sie dieses annehmen.

Gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten

Details entnehmen Sie bitte der Gebührentabelle.

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien

Für Ihre Versicherung sind laufende Beiträge für jede Versicherungsperiode zu entrichten. Versicherungsperiode ist entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr.

Zahlen Sie Ihren Beitrag nicht in jährlicher Form, erheben wir für zusätzliche Verwaltungsaufwendungen höhere Verwaltungskosten. Diese sind im Kostenausweis im Produktinformationsblatt entsprechend berücksichtigt.

Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung können wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

Der erste Beitrag ist unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages und Aufforderung zur Zahlung fällig.

Wenn Sie Folgebeiträge zu zahlen haben, richten sich diese nach der vereinbarten Zahlungsweise, die Sie dem Versicherungsschein entnehmen können. Bei Einzug von Ihrem Konto sorgen Sie bitte für entsprechende Deckung.

Die Beitragszahlung endet bei Tod der versicherten Person, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Dauer der Beitragszahlung.

Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die vorliegenden Unterlagen basieren auf der Grundlage unserer aktuellen Beiträge und des genannten Versicherungsbeginns. Wird ein anderer Versicherungsbeginn gewünscht oder wird in der Zwischenzeit ein neuer Tarif eingeführt, können sich bis zum Abschluss des Vertrags Abweichungen ergeben.

Hinweis auf spezielle Risiken der Finanzdienstleistung

entfällt

Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll

Der Vertrag kommt endgültig zu Stande, wenn Sie den Versicherungsschein erhalten haben und Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben.

Den Versicherungsbeginn können Sie den Angaben im Produktinformationsblatt bzw. im Versicherungsschein entnehmen.

Ihr Versicherungsschutz beginnt grundsätzlich mit Abschluss des Vertrages, nicht aber vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Wir sind grundsätzlich nicht zur Leistung verpflichtet, sofern der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt war und Sie diese Nichtzahlung zu vertreten hatten.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen 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:

HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
Bahnhofsplatz, 96444 Coburg
E-Mail: info@huk-coburg.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag

in Höhe von:

$\frac{1}{360} \times$ vereinbarter zu zahlender Beitrag für das erste Versicherungsjahr

bzw. bei abgekürzter Zahlungsdauer

$\frac{1}{360} \times$ vereinbarter, zu zahlender Beitrag für das erste Versicherungsjahr \times Jahre der vereinbarten Zahldauer
Anzahl der Versicherungsjahre

bzw. bei Einmalbeiträgen

$\frac{1}{360} \times$ Einmalbeitrag
Anzahl der Versicherungsjahre

Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 VVG 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.

Ende der Widerrufsbelehrung

Laufzeit und Beendigung des Vertrages

Die Laufzeit des Vertrages können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen.

Beendigung des Vertrags, Kündigungsbedingungen

Es besteht die Möglichkeit, den Vertrag jederzeit zum Ende der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise beitragsfrei zu stellen oder zu kündigen. Versicherungsperiode ist entsprechend der vereinbarten Beitragszahlung ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr.

Einzelheiten zur Beendigung des Vertrages finden Sie in den beigegeführten Versicherungsbedingungen im Abschnitt „Wann und mit welchen Folgen können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?“

Welches Recht legt der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrages zu Grunde?

Auf die vorvertraglichen Beziehungen findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Auf den Vertrag anwendbares Recht

Auf das Vertragsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Sprachen

Sämtliche Kommunikation und Korrespondenz findet in deutscher Sprache statt.

Aufsichtsbehörden, Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Einzelheiten dazu finden Sie in den entsprechenden Versicherungsbedingungen.

II. Vertragsspezifische Informationen gemäß § 2 WG-InfoV

Angaben zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten

Die einkalkulierten Kosten werden im Rahmen eines individuellen Angebots in dem dort zur Verfügung gestellten Produktinformationsblatt in Euro ausgewiesen.

Angaben zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können

Bei Vertragsänderungen, die zu Leistungserhöhungen führen, fallen erneut Abschluss- und Vertriebs- sowie Verwaltungskosten an. Die Kosten werden in den Beitrag eingerechnet.

Bei jeder durchgeführten Dynamikerhöhung entstehen erneut Abschluss- und Vertriebs- sowie Verwaltungskosten für den zusätzlichen Beitrag.

Anlassbezogen entstehen Kosten, die wir nicht im Beitrag berücksichtigen können. Diese entnehmen Sie bitte der Gebührentabelle.

Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe

Wir beteiligen Sie nach § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und den Bewertungsreserven. Dies nennen wir Überschussbeteiligung.

Im Abschnitt „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ in den für Ihre Versicherung gültigen Versicherungsbedingungen erfahren Sie unter anderem

- zu welcher Gewinngruppe Ihr Vertrag gehört,
 - welche Arten von Überschüssen für Ihre Versicherung maßgeblich sind und
 - wie die Überschüsse bei Ihrer Versicherung verwendet werden können.
-

Angabe der in Betracht kommenden Rückkaufswerte

Die in Betracht kommenden Rückkaufswerte werden im Rahmen eines individuellen Angebots in den Abschnitten „Leistungen bei Kündigung“ und „Leistungen bei Beitragsfreistellung“ ausgewiesen.

Angaben über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung

Anstatt zu kündigen, können Sie Ihren Vertrag teilweise oder vollständig beitragsfrei stellen. Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie auch einzelne Vertragsteile wie zum Beispiel eingeschlossene Zusatzversicherungen alleine teilweise oder vollständig beitragsfrei stellen.

Einzelheiten dazu finden Sie im Abschnitt „Leistungen bei Beitragsfreistellung“ in unserem Angebot sowie in den beigefügten Versicherungsbedingungen im Abschnitt „Wann und mit welchen Folgen können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?“

Garantierte Rückkaufswerte und Leistungen aus einer prämienfreien Versicherung

Gemäß den Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. den Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung für Beamte und Richter mit Einschluss des Dienstunfähigkeitsrisikos bzw. den Allgemeinen Bedingungen für die Existenzschutzversicherung beteiligen wir Sie im Falle einer Kündigung an den Überschüssen. Es wird kein Rückkaufswert ausgezahlt. Kündigen Sie die Dienst-/Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. die Existenzschutzversicherung, so enden auch eingeschlossene Zusatzversicherungen.

Anstatt zu kündigen, können Sie Ihre Versicherung unter bestimmten Voraussetzungen teilweise oder vollständig beitragsfrei stellen.

Einzelheiten dazu finden Sie in den Abschnitten „Leistungen bei Kündigung“ und „Leistungen bei Beitragsfreistellung“ in unserem Angebot sowie in den beigefügten Versicherungsbedingungen im Abschnitt „Wann und mit welchen Folgen können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?“.

Angaben über die der Versicherung zugrunde liegenden Fonds und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte

Entfällt

Allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung

Die Berufs- und Dienstunfähigkeitsversicherung sowie die Existenzschutzversicherung ist steuerlich begünstigt. Die Beiträge können als Sonderausgaben im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen abgezogen werden. Die Rente aus Ihrer Berufs- und Dienstunfähigkeitsversicherung bzw. aus Ihrer Existenzschutzversicherung ist als zeitlich begrenzte Leibrente mit dem Ertragsanteil zu versteuern.

Nähere Informationen finden Sie auf unserem Merkblatt „Allgemeine Angaben zur steuerlichen Behandlung Ihrer Arbeitskraftabsicherung“.

Modellrechnung im Sinne von § 154 Abs. 1 VVG

Siehe gegebenenfalls in unserem Angebot.

Begriff der Berufsunfähigkeit

Der Begriff der „Berufsunfähigkeit“ sowie die Begriffe der Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten und Pflegebedürftigkeit stimmen nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne den entsprechenden Begriffen im Sinne der Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung überein.



Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung

SBU 2017.1

Versicherungsmathematischer Hinweis:

Bei der Tarifikkulation haben wir unternehmensindividuelle, geschlechtsunabhängige Ausscheideordnungen verwendet. Als Rechnungszins haben wir 0,9 % angesetzt.

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?	§ 12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
§ 2 Was sind Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit und was ist der versicherte Beruf im Sinne dieser Bedingungen?	§ 13 Wer erhält die Leistung?
§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 14 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
§ 4 Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?	§ 15 Was gilt bei Abschluss einer Start Police?
§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 16 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	§ 17 Wann und mit welchen Folgen können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?
§ 7 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 18 Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?
§ 8 Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen?	§ 19 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?
§ 9 Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?	§ 20 Welche Kosten und Gebühren dürfen wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?
§ 10 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?	§ 21 Welches Recht und welche Sprache finden auf Ihren Vertrag Anwendung?
§ 11 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die versicherte Rente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?	§ 22 Wo ist der Gerichtsstand?
	§ 23 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

§ 1 – Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Es besteht weltweiter Versicherungsschutz.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

(2) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir folgende Leistungen:

- Wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu leisten.
- Wir zahlen eine Berufsunfähigkeits-Rente monatlich im Voraus.
- Wir zahlen ein einmaliges Sofortkapital, wenn dies mitversichert ist. Es ist begrenzt auf die sechsfache Monatsrente. Es wird fällig, wenn wir erstmals unsere Leistungspflicht anerkennen. Diese Leistung zahlen wir maximal einmal während der Dauer des Vertrages.

(3) Nach dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, haben Sie erstmals Anspruch auf die in Absatz 2 genannten Leistungen.

Teilen Sie uns die Berufsunfähigkeit mehr als sechs Monate nach dem Monat mit, in dem sie eingetreten ist, gilt: Wir leisten rückwirkend für maximal sechs Monate. Die Beschränkung auf sechs Monate gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Meldung nicht zu vertreten haben.

Haben Sie die **Premium-Variante** abgeschlossen, ist dieser Zeitraum auf drei Jahre verlängert.

- (4) Der Anspruch auf die Leistungen erlischt, wenn
- der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt.
 - bei Berufsunfähigkeit auf Grund von Pflegebedürftigkeit die Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absätze 8 und 9 nicht mehr vorliegt.

- bei Berufsunfähigkeit auf Grund eines Tätigkeitsverbots das Tätigkeitsverbot nach § 2 Absatz 10 nicht mehr vorliegt.
- die versicherte Person stirbt.
- das Ende der vereinbarten Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung erreicht wird.

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (AU-Option)

(5) Haben Sie die AU-Option abgeschlossen, gilt: Wir erbringen folgende Leistungen, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig ist:

- Wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu leisten.
- Wir zahlen eine Arbeitsunfähigkeits-Rente in Höhe der Berufsunfähigkeits-Rente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.
- Ein Sofortkapital wird bei Arbeitsunfähigkeit nicht gezahlt.

(6) Nach dem Ablauf des Monats, in dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist, haben Sie erstmals Anspruch auf die in Absatz 5 genannten Leistungen.

Teilen Sie uns die Arbeitsunfähigkeit mehr als drei Jahre nach dem Monat mit, in dem sie eingetreten ist, gilt: Wir leisten rückwirkend für maximal 18 Monate. Die Beschränkung auf drei Jahre gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Meldung nicht zu vertreten haben.

- (7) Der Anspruch auf die Leistungen aus der AU-Option erlischt, wenn eines der folgenden Ereignisse eintritt:
- Die ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person endet.

- Die versicherte Person stirbt.
- Das Ende der vereinbarten Leistungsdauer dieser Versicherung wird erreicht.
- Sie haben während der Laufzeit des Vertrags insgesamt 18 Monate Leistungen aus der AU-Option dieses Vertrags bezogen.
- Die versicherte Person erhält Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus diesem Vertrag. Weitere Informationen dazu finden Sie in Absatz 9.

Verhältnis der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit

- (8) Leistungen wegen Berufsunfähigkeit und Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit können nicht für den gleichen Zeitraum bezogen werden.
- (9) Ergibt unsere Prüfung, dass bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit nach § 2 vorliegt, erbringen wir Leistungen. Diese Leistungen erbringen wir ab dem Monat, der dem Monat folgt, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit eingestellt. Haben wir für diesen Zeitraum schon Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht, gelten diese als Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Dieser Zeitraum wird nicht auf den maximal 18-monatigen Leistungszeitraum wegen Arbeitsunfähigkeit angerechnet.
- (10) Soweit in den einzelnen Paragraphen nichts anderes geregelt ist, gelten die Regelungen bei Berufsunfähigkeit auch für die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.

Regelungen für Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit

- (11) Bis wir über unsere Leistungspflicht entscheiden, müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter zahlen. Wir werden diese bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Wenn gewünscht, stunden wir Ihnen die Beiträge unverzinst bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht. Lehnen wir es ab zu leisten, müssen Sie uns die gestundeten Beiträge nachzahlen. Sie haben dafür die folgenden Möglichkeiten:
 - Sie zahlen die gestundeten Beiträge in einem Betrag nach.
 - Sie vereinbaren mit uns die Rückzahlung der gestundeten Beiträge in Raten innerhalb eines Zeitraums von maximal 24 Monaten. Die Ratenzahlung kann dabei monatlich, vierteljährlich, oder halbjährlich erfolgen.
- (12) Ansprüche, die durch den Eintritt einer Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, können auch nach deren Ablauf geltend gemacht werden.
- (13) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.
- (14) Bei Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung erhöht sich die Rente im Leistungsbezug jährlich. Die erste Erhöhung führen wir zu Beginn des Versicherungsjahres durch, das auf den Beginn der Rentenzahlung folgt.
- (15) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen beteiligen wir Sie an Überschüssen. Dadurch entstehen zusätzliche Leistungen. Weitere Informationen dazu finden Sie in § 3.

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

Berufsunfähigkeit

- (1) Haben Sie die **Classic-Variante** abgeschlossen, gilt:

Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

 - Die versicherte Person ist voraussichtlich für mindestens drei Jahre ununterbrochen außerstande, ihren Beruf auszuüben. Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer sechs Monate ununterbrochen außerstande war, ihren Beruf auszuüben und dieser Zustand fort dauert, gilt diese Voraussetzung zum Ende dieses Sechs-Monats-Zeitraums auch als erfüllt.
 - Die Ursache für die Berufsunfähigkeit ist eine Krankheit, eine Körperverletzung oder ein mehr als altersentsprechender Kräfteverfall. Die Ursache ist ärztlich nachgewiesen.
 - Die versicherte Person übt keinen Verweisungsberuf aus.

Haben Sie die **Premium-Variante** abgeschlossen, gilt:

Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person ist voraussichtlich für mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande, ihren Beruf auszuüben. Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer sechs Monate ununterbrochen außerstande war, ihren Beruf auszuüben und dieser Zustand fort dauert, gilt diese Voraussetzung bereits ab Beginn dieses Sechs-Monats-Zeitraums auch als erfüllt.

- Die Ursache für die Berufsunfähigkeit ist eine Krankheit, eine Körperverletzung oder ein mehr als altersentsprechender Kräfteverfall. Die Ursache wurde ärztlich nachgewiesen.

- Die versicherte Person übt keinen Verweisungsberuf aus.

Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die oben genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad erfüllt sind. Die Mindestzeiträume (sechs Monate beziehungsweise drei Jahre) gelten auch für die teilweise Berufsunfähigkeit.

- (2) Als versicherter Beruf im Sinne von Absatz 1 gilt der zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübte Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. Bei Hausfrauen oder Hausmännern ist deren hauswirtschaftliche Tätigkeit versichert.

- (3) Ein Verweisungsberuf ist eine vom bisherigen Beruf abweichende Tätigkeit,

- die die versicherte Person auf Grund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und

- die der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person hinsichtlich Einkommen und sozialer Wertschätzung entspricht.

Die für die versicherte Person im Verweisungsberuf zumutbare Einkommensreduzierung bewerten wir bezogen auf den Einzelfall. Wir vergleichen das im Verweisungsberuf erzielte Einkommen mit dem Einkommen im zuletzt ausgeübten Beruf. Dabei orientieren wir uns an den Grundsätzen der Rechtsprechung.

- (4) Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung. Das heißt, wir verweigern die Anerkennung einer Berufsunfähigkeit nicht mit der Begründung, dass die versicherte Person im Stande wäre, einen Verweisungsberuf auszuüben.

- (5) Bei Selbstständigen berücksichtigen wir bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit

- die konkrete Gestaltung des Betriebs und

- die zumutbaren Möglichkeiten einer Umorganisation.

Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn Folgendes gilt:

- Sie ist betrieblich sinnvoll.

- Eine Einkommensreduzierung liegt in einem zumutbaren Rahmen. Dies bewerten wir bezogen auf den Einzelfall. Dabei orientieren wir uns an den Grundsätzen der Rechtsprechung.

- Die Stellung der versicherten Person bezogen auf die Weisungs- und Direktionsbefugnis bleibt gleich.

- (6) Nach einem Berufswechsel der versicherten Person, können wir auch den vor dem Wechsel ausgeübten Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit heranziehen. Die Voraussetzungen dafür sind:

- Der Beruf wurde innerhalb der letzten zwölf Monate vor Eintritt der Berufsunfähigkeit gewechselt.

- Die Gesundheitsstörungen, die den Eintritt der Berufsunfähigkeit verursacht haben, waren der versicherten Person bereits bei der Aufgabe des früheren Berufs bekannt.

- Der Berufswechsel erfolgte nicht auf ärztliches Anraten oder wegen unfreiwilligen Wegfalls der früheren Tätigkeit.

Dadurch wird gewährleistet, dass eine Berufsunfähigkeit nicht absichtlich durch einen Wechsel des Berufs herbeigeführt wurde.

Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, gilt bei der Prüfung auf Berufsunfähigkeit nach Absatz 1 Folgendes:

- Es ist nicht der zuletzt ausgeübte Beruf maßgebend.

- Es kommt darauf an, ob die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, zu der sie auf Grund ihrer Ausbildung und ihrer Fähigkeiten in der Lage ist.

- Diese Tätigkeit muss der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person beim Ausscheiden aus dem Berufsleben entsprechen.

Ein Ausscheiden aus dem Berufsleben liegt nicht vor, wenn die versicherte Person

- längstens bis zu drei Jahre Ihre Berufsausübung unterbricht oder
- ihre Berufsausübung unterbricht, weil sie die gesetzliche Elternzeit in Anspruch nimmt und vorsieht, nach deren Ende ihren Beruf wieder auszuüben.

In diesen Fällen sind der vor der Unterbrechung ausgeübte Beruf und die damit verbundene Lebensstellung maßgebend.

- (7) Solange der Versicherungsfall nicht eingetreten ist, müssen Sie uns einen Wechsel oder ein Ende der beruflichen Tätigkeit nicht mitteilen.

Für die **Premium-Variante** gelten zusätzlich folgende Auslöser für die Berufsunfähigkeit:

Berufsunfähigkeit als Folge von Pflegebedürftigkeit

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

- Die versicherte Person ist so hilflos, dass sie für mindestens drei der in Absatz 9 genannten Verrichtungen die Hilfe einer anderen Person benötigt.
- Die Ursache der Hilflosigkeit ist eine Krankheit, eine Körperverletzung oder ein mehr als alterssprechender Kräfteverfall.
- Die Hilfe wird
 - in erheblichem Umfang,
 - täglich,
 - auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel und
 - voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen

benötigt.

Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

- (9) Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer

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

Aufstehen und Zubettgehen

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

An- und Auskleiden

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

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

Waschen, Kämmen oder Rasieren

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

Verrichten der Notdurft

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

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

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

Berufsunfähigkeit auf Grund eines Tätigkeitsverbots

- (10) Berufsunfähigkeit auf Grund eines Tätigkeitsverbots liegt vor, wenn bei der versicherten Person folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Sie ist als Folge eines vollständigen Tätigkeitsverbots nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten außerstande, ihren Beruf auszuüben.
- Sie wird für die Dauer des Verbots von ihrem Arbeitgeber nicht mit einer anderen Tätigkeit betraut.
- Sie übt keine andere Tätigkeit (Verweisungsberuf) tatsächlich aus, zu der sie auf Grund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Für die **Premium-Variante** mit AU-Option gilt zusätzlich folgender Auslöser:

Arbeitsunfähigkeit

- (11) Die versicherte Person gilt als arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, wenn sie von einem Arzt krankgeschrieben ist. Die Krankenschreibung muss mit einer auf die versicherte Person ausgestellten Bescheinigung entsprechend § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) nachgewiesen werden.

§ 3 – Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) Wir beteiligen Sie nach § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und den Bewertungsreserven. Dies nennen wir Überschussbeteiligung.

Die Überschüsse und die zum Bilanzstichtag vorhandenen Bewertungsreserven des Unternehmens ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB). Wir veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Nachfolgend beantworten wir Ihnen diese Fragen:

- Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Gesamtheit der Versicherungsnehmer? Lesen Sie dazu die Absätze 2 bis 4.
- Wie führen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags durch? Lesen Sie dazu die Absätze 5 bis 7.
- Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren? Lesen Sie dazu Absatz 8.

Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Gesamtheit der Versicherungsnehmer?

- (2) **Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:**

- aus Kapitalerträgen,
- aus dem Risikoergebnis und
- aus dem übrigen Ergebnis.

Wir beteiligen die Versicherungsnehmer grundsätzlich an diesen Überschüssen. Dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

1. Kapitalerträge

In der Mindestzuführungsverordnung wird Folgendes geregelt:

Es werden die Kapitalanlagen genannt, die wir bei der Ermittlung der Nettoerträge berücksichtigen müssen.

Es wird die Höhe des Anteils an den Nettoerträgen dieser Kapitalanlagen genannt, den die Versicherungsnehmer grundsätzlich mindestens erhalten. Aktuell liegt die Höhe des Anteils bei 90 % dieser Erträge.

Aus diesem Anteil, finanzieren wir zunächst die Beträge, die wir für die garantierten Leistungen insgesamt benötigen.

Ist der verbleibende Betrag positiv, verwenden wir ihn für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Sind die Beträge, die wir für die garantierten Leistungen insgesamt benötigen, höher als die gesamten Nettoerträge der berücksichtigten Kapitalanlagen, wird diese Finanzierungslücke aufgefüllt. Dafür können die Anteile der Versicherungsnehmer am positiven Risikoergebnis und am positiven übrigen Ergebnis verwendet werden.

Die Beiträge einer Berufsunfähigkeitsversicherung haben wir so berechnet, wie wir sie zur Deckung des Berufsunfähigkeitsrisikos und der Kosten benötigen.

Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit stehen daher keine oder nur geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

2. Risikoergebnis

Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ist die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos der wichtigste Einflussfaktor auf die Höhe der

Überschussbeteiligung. Das Risikoergebnis spielt also eine bedeutende Rolle als Quelle von Überschüssen.

Risikoüberschüsse entstehen, wenn sich die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko günstiger entwickeln, als wir in den Tarif eingerechnet haben. Das bedeutet, wir müssen weniger Leistungen wegen Berufsunfähigkeit zahlen, als ursprünglich angenommen.

Nach der aktuell geltenden Mindestzuführungsverordnung werden die Versicherungsnehmer grundsätzlich zu mindestens 90 % am positiven Risikoergebnis beteiligt.

3. Übriges Ergebnis

Das übrige Ergebnis ist die Summe der Ergebnisse verschiedener Positionen. Eine Position ist das Kostenergebnis. Überschüsse aus dem Kostenergebnis können beispielsweise entstehen, wenn die Kosten niedriger sind, als wir in den Tarif eingerechnet haben.

Nach der aktuell geltenden Mindestzuführungsverordnung werden die Versicherungsnehmer grundsätzlich zu mindestens 50 % am positiven übrigen Ergebnis beteiligt.

(3) Überschüsse:

Die in Absatz 2 beschriebenen Anteile an den Überschüssen, die auf die Versicherungsnehmer entfallen,

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

Nach der aktuell geltenden Mindestzuführungsverordnung kann diese Mindestzuführung zur RfB mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde BaFin in Ausnahmefällen reduziert werden.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)

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

Die RfB dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Von diesem Grundsatz dürfen wir nur in bestimmten Ausnahmefällen abweichen. Dafür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde BaFin. Diese Ausnahmen sind in § 140 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) geregelt. Nach der derzeitigen Fassung können wir im Interesse der Versicherten die RfB heranziehen, um

- einen drohenden Notstand abzuwenden.
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen auszugleichen. Diese Verluste müssen auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sein. Dabei belasten wir den Bestand verursachungsorientiert.
- die Deckungsrückstellung zu erhöhen. Voraussetzung dafür ist: Wir müssen die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse anpassen. Dabei belasten wir den Bestand verursachungsorientiert.

In diesen Fällen dürfen wir nur den Teil der RfB verwenden, der nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

(4) Bewertungsreserven:

Wir ermitteln die Bewertungsreserven, indem wir den Marktwert der Kapitalanlagen mit dem Bilanzwert der Kapitalanlagen vergleichen. Ist der Marktwert höher als der Bilanzwert, gibt es Bewertungsreserven. Da es sich bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung um eine Risikoversicherung handelt, stehen keine oder nur geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden. Dadurch entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Wir ordnen die Bewertungsreserven den berechtigten Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Voraussetzung dafür ist:

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

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

Wie führen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags durch?

- (5) Wir haben gleichartige Versicherungen zu Gewinngruppen zusammengefasst. Gewinngruppen bilden wir, um beispielsweise die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Gewinngruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Wir ordnen sie dabei in dem Maß zu, wie die Gewinngruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Gewinngruppe, zu der sie gehört. Ihre Versicherung gehört zur Gewinngruppe Berufsunfähigkeitsversicherungen. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung eine Überschussbeteiligung.

Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen sie in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

(6) 1. Laufende Überschussanteile

Im Zeitabschnitt, in dem keine Leistung bezogen wird, berechnen wir die laufenden Überschussanteile zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres. Diese Überschussanteile teilen wir jeweils anteilig mit jeder Fälligkeit des Beitrags zu. Bei beitragsfreien Versicherungen erfolgt die Zuteilung monatlich. Die erste Zuteilung führen wir zum vereinbarten Beginn der Versicherung durch.

Wir berechnen für Ihren Vertrag laufende Überschussanteile in Prozent der folgenden Bemessungsgrundlage:

- Bei laufender Beitragszahlung ist die Bemessungsgrundlage die Summe der Risiko-, Spar- und Kostenbeiträge eines Versicherungsjahres abzüglich eventueller Risikozuschläge.
- Für beitragsfreie Versicherungen entspricht die Bemessungsgrundlage dem tatsächlichen Risikobeitrag des Zuteilungsjahres abzüglich eventueller Risikozuschläge.

Im Zeitabschnitt, in dem eine Leistung bezogen wird, berechnen wir die laufenden Überschussanteile zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres. Diese Überschussanteile teilen wir jeweils anteilig mit jeder Fälligkeit der Leistung zu.

Im Versicherungsjahr, in dem die Leistung beginnt, erhalten Sie diese Überschüsse anteilig für die Zeit vom Leistungsbeginn bis zum folgenden Jahrestag.

Wir berechnen für Ihren Vertrag laufende Überschussanteile in Prozent einer Bemessungsgrundlage: Diese Bemessungsgrundlage ermitteln wir aus dem Deckungskapital zum Jahrestag der Versicherung.

2. Beteiligung an Bewertungsreserven

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

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

- (7) Für den Zeitabschnitt, in dem keine Leistung bezogen wird, können Sie wählen, auf welche Art die laufenden Überschüsse verwendet werden. Die Überschussanteile können

- verzinslich angesammelt oder
- mit laufenden Beiträgen verrechnet werden.

Im Zeitabschnitt, in dem eine Leistung bezogen wird, ermitteln wir aus den laufenden Überschussanteilen eine Bonusrente. Die Bonusrente wird zusätzlich im Leistungsbezug ausgezahlt. Sie erhöht die Berufsunfähigkeits-Rente.

Warum können wir die Höhe der Überschüsse nicht garantieren?

- (8) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese Einflüsse sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos. Aber auch die Entwicklung des Kapitalmarkts und der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung können wir also nicht garantieren. Über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung werden wir Sie jährlich informieren.

§ 4 – Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

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

Ihre Versicherung beginnt um 0:00 Uhr des ersten Tages und endet um 24:00 Uhr des letzten Tages der vereinbarten Dauer des Vertrags.

§ 5 – In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

- a) durch die vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person. Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr sind davon ausgeschlossen.
- b) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- c) durch eine der folgenden Handlungen der versicherten Person:
 - Absichtliche Herbeiführung von Krankheit.
 - Absichtliche Herbeiführung von mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall.
 - Absichtliche Selbstverletzung.
 - Versuchte Selbsttötung.

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

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

Dieser Ausschluss gilt in folgendem Fall nicht:

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

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

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

- f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder durch den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von:
 - atomaren, biologischen oder chemischen Waffen.
 - radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

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

Dieser Ausschluss gilt in folgendem Fall nicht: Die versicherte Person war kriegerischen Auseinandersetzungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und nicht aktiv an ihnen beteiligt.

Dieser Ausschluss gilt in folgendem weiteren Fall nicht:

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

- Die Menschen sterben unmittelbar nach dem Ereignis.
- Die Menschen sterben voraussichtlich innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis.

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

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

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

- (2) Soll eine andere Person versichert werden, muss auch diese unsere Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

- (3) Im folgenden Fall werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst von den gefahrerheblichen Umständen Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt:

- Eine andere Person hat die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet.
- Diese Person kennt den gefahrerheblichen Umstand oder handelt arglistig.

Rechtsfolgen der Verletzung der Anzeigepflicht

- (4) Bei einer Verletzung der Anzeigepflicht haben wir grundsätzlich folgende Möglichkeiten:

- Wir können vom Vertrag zurücktreten.
- Wir können den Vertrag kündigen.
- Wir können den Vertrag ändern.
- Wir können den Vertrag anfechten.

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

Rücktritt

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

Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie uns Folgendes nachweisen:

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

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

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

- (6) Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn wir vom Vertrag zurücktreten.

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

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

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

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

Kündigung

- (8) Beruht die Verletzung der Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit, ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen. In diesem Fall können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.
- (9) Wir können nicht kündigen, wenn Sie uns einen der folgenden Punkte nachweisen:
- Wir hätten den Vertrag auch bei Kenntnis der uns nicht mitgeteilten Umstände geschlossen.
 - Wir hätten den Vertrag zu anderen Bedingungen geschlossen.
- (10) Kündigen wir die Versicherung, wird sie zu einer beitragsfreien Versicherung. Die Grundsätze zur Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie in § 17 Absätze 3 bis 9 dieser Bedingungen nachlesen.

Vertragsanpassung

- (11) Hätten wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen, wenn auch zu anderen Bedingungen, können wir nicht zurücktreten oder kündigen. Die anderen Bedingungen werden jedoch dann auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag zu anderen Bedingungen fortzuführen.
- (12) Nachdem Sie unsere Mitteilung über die Anpassung des Vertrags erhalten haben, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats fristlos kündigen. Dieses Recht auf Kündigung besteht nur, wenn die Anpassung des Vertrags zu einer der folgenden Änderungen führt:
- Der Beitrag erhöht sich um mehr als 10 %.
 - Der Versicherungsschutz für einen nicht angezeigten Umstand wird ausgeschlossen.

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

- (13) Unsere Rechte stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen haben.
- (14) Wir haben keines der Rechte, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (15) Innerhalb eines Monats müssen wir unsere Rechte schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem uns die Verletzung der Anzeigepflicht bekannt wird, die das von uns geltend gemachte Recht begründet. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsabschluss erlöschen unsere Rechte. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

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

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

- (19) Unsere Rechte nach den Absätzen 5 bis 12 sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Nach Ihrem Tod geben wir unsere Erklärung gegenüber folgenden Personen ab:
- Haben Sie uns eine Person als Bevollmächtigte genannt, erhält diese unsere Erklärung.
 - Falls der Aufenthalt dieser Person nicht ermittelt werden kann oder von Ihnen niemand benannt wurde, erhält ein Bezugsberechtigter unsere Erklärung.
 - Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht zu ermitteln, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

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

Berufsunfähigkeit

- (1) Die Person, die eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit verlangt, muss uns folgende Dokumente vorlegen:
- Versicherungsschein.
 - Ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person.
 - Eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit.
 - Ausführliche Berichte der früher und aktuell behandelnden Ärzte über
 - Ursache, Beginn und Art,
 - Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens
 - sowie über den Umfang der Berufsunfähigkeit.
 - Eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person. Das umfasst die Stellung und Tätigkeit beim Eintritt der Berufsunfähigkeit. Es umfasst auch danach eingetretene Veränderungen. Bei einem Berufswechsel innerhalb eines Jahres vor Eintritt der Berufsunfähigkeit sind die Informationen auch über den vorletzten ausgeübten Beruf notwendig.
 - Angaben über das Einkommen aus beruflicher Tätigkeit.
 - Eine Liste
 - der Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird.
 - der Einrichtungen, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte. Das können Versicherer, Sozialversicherungsträger oder sonstige Versorgungsträger sein.
 - des derzeitigen Arbeitgebers und früherer Arbeitgeber mit der Tätigkeit, die die versicherte Person dort jeweils ausgeübt hat.
 - Zusätzlich bei Berufsunfähigkeit als Folge von Pflegebedürftigkeit: Eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege. Dafür benötigen wir einen der folgenden Berichte:
 - Den Bericht des Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) oder
 - den Arztbericht über die Begutachtung und Einstufung der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person.
 - Zusätzlich bei Berufsunfähigkeit auf Grund eines Tätigkeitsverbots nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG): Den Bescheid über das Tätigkeitsverbot und Unterlagen, die zum Bescheid gehören.
- Die dabei entstehenden Kosten trägt die Person, die die Leistung beansprucht.
- (2) Wir können außerdem Folgendes verlangen, soweit dies zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist:
- Weitere Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte.
 - Notwendige Nachweise. Notwendige Nachweise können sich auch auf die wirtschaftlichen und beruflichen Verhältnisse und ihre Veränderungen beziehen.
 - Zusätzliche Auskünfte.

Die Kosten dafür tragen wir. Wir können verlangen, dass die ärztlichen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Das gilt auch, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält. In diesem Fall übernehmen wir die Reise- und Aufenthaltskosten. Diese müssen aber vorher mit uns abgestimmt sein. Die versicherte Person hat die folgenden Personen und Einrichtungen zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen:

- Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung war oder ist.
 - Pflegepersonen.
 - Andere Personenversicherer.
 - Gesetzliche Krankenkassen.
 - Berufsgenossenschaften.
 - Behörden.
- (3) Die versicherte Person muss ärztliche Anordnungen nicht befolgen, damit wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Davon ausgenommen sind
- der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (zum Beispiel Seh- und Hörhilfen)
 - sowie Maßnahmen, die eine sichere Aussicht bieten, dass sich der Gesundheitszustand verbessert. Das gilt nur, wenn sie gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind.
- Lässt die versicherte Person darüber hinausgehende Maßnahmen nicht durchführen, führt dies nicht dazu, dass wir die Leistung verweigern. Das gilt insbesondere für operative Maßnahmen.

Arbeitsunfähigkeit

- (4) Die Person, die eine Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit verlangt, muss uns eine oder mehrere auf die versicherte Person ausgestellte Bescheinigungen entsprechend § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz vorlegen. Dabei muss ein Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mindestens eine der vorgelegten Bescheinigungen ausgestellt haben. Der Grund der Arbeitsunfähigkeit muss sich aus der Bescheinigung ergeben oder gesondert ärztlich bestätigt werden. Auf Verlangen müssen Sie uns zusätzlich die Auskünfte entsprechend der Absätze 1 und 2 erteilen.
- (5) Wenn eine Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit verlangt wird, muss nicht gleichzeitig eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden. Wir sind allerdings berechtigt, auch eine Prüfung wegen Berufsunfähigkeit durchzuführen.

Regelungen bei Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit

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

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

- (1) Wir prüfen die uns vorliegenden Unterlagen nach § 7 Absätze 1, 2 und 4. Danach erklären wir in Textform,
- ob und
 - in welchem Umfang
- wir unsere Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Wir verzichten auf zeitlich befristete Anerkenntnisse unserer Leistungspflicht.
- (3) Während wir Ihren Anspruch auf Leistungen prüfen, informieren wir Sie über den Stand der Bearbeitung. Innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der Unterlagen nach § 7 erhalten Sie von uns eine Mitteilung. Dabei gibt es zwei Möglichkeiten:
- Wir treffen eine Leistungsentscheidung nach Absatz 1.
 - Wir informieren Sie über notwendige weitere Prüfungsschritte oder fehlende Unterlagen.

Während der Prüfung informieren wir Sie regelmäßig – mindestens alle sechs Wochen – über den aktuellen Stand.

§ 9 – Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

Berufsunfähigkeit

Unser Recht auf Nachprüfung

- (1) Haben wir die Berufsunfähigkeit anerkannt oder wurde unsere Leistungspflicht festgestellt, können wir Folgendes nachprüfen:
- Bei der versicherten Person liegt weiterhin eine Berufsunfähigkeit vor.
 - Den Grad der Berufsunfähigkeit.
 - Die versicherte Person übt eine andere Tätigkeit nach § 2 Absatz 1 aus. Dabei werden wir neu erworbene berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse berücksichtigen.
- (2) Die notwendigen Auskünfte zur Nachprüfung nach Absatz 1 können wir jederzeit verlangen. Einmal jährlich können wir umfassende Untersuchungen der versicherten Person verlangen. Die Ärzte dafür beauftragen wir.
- Die Kosten dafür tragen wir.
- § 7 Absatz 2 gilt entsprechend.

Ihre Mitteilungspflicht

- (3) Nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit müssen Sie uns wesentliche Änderungen unverzüglich mitteilen. Darunter verstehen wir:
- Die Berufsunfähigkeit der versicherten Person hat sich gemindert.
 - Die versicherte Person hat eine berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen oder geändert.
- (4) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden. Als Nachweis benötigen wir eine amtliche Sterbeurkunde. Darin müssen Alter und Geburtsort der versicherten Person enthalten sein.

Unsere Leistungsfreiheit

- (5) In folgenden Fällen werden wir von der Leistung frei:
- Die Berufsunfähigkeit der versicherten Person ist weggefallen.
 - Der Grad der Berufsunfähigkeit der versicherten Person hat sich auf weniger als 50 % vermindert.
- (6) **Berufsunfähigkeit als Folge von Pflegebedürftigkeit**
- Wir werden von der Leistung frei, wenn folgende Voraussetzung erfüllt ist: Die Art oder der Umfang des Pflegefalls hat sich geändert. In der Folge liegt eine Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absätze 8 bis 9 nicht mehr vor.

Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend.

(7) Berufsunfähigkeit auf Grund Tätigkeitsverbots

Wir werden von der Leistung frei, wenn das Tätigkeitsverbot endet.

Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend.

- (8) Werden wir von der Leistung frei erhalten Sie und die versicherte Person eine Erklärung über die geänderte Situation in Textform. Unterliegen Gründe für die Leistungseinstellung dem Datenschutz, teilen wir diese nur der versicherten Person mit.
- (9) Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung müssen Sie die Zahlung der Beiträge wieder aufnehmen.
- (10) Der Zeitpunkt, zudem wir unsere Leistungen einstellen, ist davon abhängig, wann Ihnen unsere Erklärung zur Leistungseinstellung zugeht. Mit Ablauf des dritten Monats danach stellen wir die Leistung ein.

Arbeitsunfähigkeit

Unser Recht auf Nachprüfung

- (11) Haben wir unsere Leistungspflicht wegen Arbeitsunfähigkeit anerkannt, können wir jederzeit nachprüfen, ob bei der versicherten Person Arbeitsunfähigkeit vorliegt.
- (12) Die notwendigen Auskünfte für die Nachprüfung nach Absatz 11 können wir jederzeit verlangen. Die Kosten dafür tragen wir.

Ihre Mitteilungspflicht

- (13) Nach Anerkennung der Arbeitsunfähigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen, wenn die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person nicht mehr vorliegt.
- (14) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden. Als Nachweis benötigen wir eine amtliche Sterbeurkunde. Darin müssen Alter und Geburtsort der versicherten Person enthalten sein.

Unsere Leistungsfreiheit

(15) In folgendem Fall sind wir von der Leistung frei: Die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person ist weggefallen. Die Absätze 8 und 9 gelten entsprechend.

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

Ihre Pflichten nach § 9 nennen wir Mitwirkungspflicht.

Solange die Mitwirkungspflicht von

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

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

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

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

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

Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

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

Erhöhungsoption bei bestimmten Ereignissen

(1) Sie können die versicherte Rente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen. Dies ist möglich, solange Sie Beiträge für diese Versicherung zahlen. Eine Erhöhung des Sofortkapitals erfolgt nicht. Außerdem muss bezogen auf die versicherte Person eines der folgenden Ereignisse eintreten:

1. Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.
2. Geburt eines Kindes.
3. Adoption eines minderjährigen Kindes.
4. Erwerb und Finanzierung einer selbst bewohnten Immobilie mit einem Finanzierungsbetrag von mindestens 100.000 Euro.
5. Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit als Hauptberuf.
6. Berufliche Veränderung mit nachhaltiger, nachweislicher Einkommenssteigerung:
 - Bei Angestellten muss dazu das monatlich erzielte Bruttoeinkommen aus nicht selbstständiger Arbeit um mindestens 10 % in einem Schritt steigen.
 - Bei Besoldungsempfängern muss eine Erhöhung der Besoldung um mindestens 10 % als Folge einer Beförderung in eine höhere Laufbahngruppe in einem Schritt erfolgen.

In der **Premium-Variante** können Sie zusätzlich bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse die versicherte Rente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen:

7. Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft.
8. Berufseinstieg mit regelmäßigem Einkommen innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss einer Berufsausbildung oder eines (Promotions-) Studiums.
9. Nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern für selbstständige Versicherte. Der Gewinn muss in den vier Jahren vor Optionsausübung durchschnittlich um mindestens 30 % höher liegen als im Jahr, in dem Sie den Antrag gestellt haben.

10. Erstmaliges Überschreiten der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung mit dem Bruttoeinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit.

11. Reduzierung oder Wegfall des Invaliditätsschutzes aus einer der folgenden Versicherungen:

- Gesetzliche Rentenversicherung.
- Vom Arbeitgeber finanzierte betriebliche Altersvorsorge, sofern garantierte Werte reduziert werden oder wegfallen.
- Berufsständisches Versorgungswerk, in dem die versicherte Person wegen einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist.

12. Erwerb eines der folgenden Abschlüsse:

- Meistertitel
- geprüfte/r Fachwirt/in
- geprüfte/r Operativer Professional
- geprüfte/r Fachkauffrau/mann

13. Erhalt von Prokura zusammen mit einer nachweislichen, nachhaltigen Steigerung des monatlich erzielten Bruttoeinkommens aus nichtselbstständiger Arbeit um mindestens 10 % in einem Schritt.

(2) Sie können die Erhöhung innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt eines der vorgenannten Ereignisse in Textform bei uns beantragen. Danach kann die versicherte Rente nur noch mit regulärer Risikoprüfung erhöht werden.

(3) Die Option, die versicherte Rente bei bestimmten Ereignissen zu erhöhen, besteht nur bis die versicherte Person das 49. Lebensjahr vollendet hat. Danach kann die versicherte Rente nur noch mit regulärer Risikoprüfung erhöht werden.

Erhöhungsoption unabhängig von Ereignissen

(4) Sie können in der **Premium-Variante** die versicherte Rente einmalig auch ohne Eintritt der in Absatz 1 aufgeführten Ereignisse erhöhen. Dafür müssen zwei Bedingungen erfüllt sein:

- Der Vertragsabschluss liegt höchstens fünf Jahre zurück.
- Die versicherte Person hat das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Grenzen der Erhöhungsoptionen

(5) Jede Erhöhung der Rente muss zwischen 300 Euro und 3.000 Euro im Jahr betragen.

(6) Die Erhöhungen der versicherten Rente durch Nutzung der Erhöhungsoptionen dürfen insgesamt nicht höher sein als die ursprüngliche versicherte Rente. Haben Sie eine dynamische Erhöhung der versicherten Leistung vereinbart, können diese Erhöhungen von Beitrag und Leistungen trotzdem weiter erfolgen. Dynamische Erhöhungen von Beitrag und Leistungen berücksichtigen wir bei den Höchstbeträgen nicht.

(7) Die insgesamt erreichbare versicherte Jahresrente darf höchstens 80 % des im vorangegangenen Kalenderjahr erzielten Netto-Arbeits-einkommens der versicherten Person betragen. Bei Selbstständigen bezieht sich die Grenze auf den Durchschnitt des Gewinns nach Steuern der letzten drei Jahre. Bei Beamten beträgt die Höchstgrenze 50 % des Netto-Arbeits-einkommens. Dabei darf die Jahresrente maximal 30.000 Euro betragen. Bei Hausfrauen, Hausmännern und in der Ausbildung Befindlichen ist die Grenze der Jahresrente bei 12.000 Euro. Diese Grenzen beziehen sich auf die Gesamtabsicherung durch alle Verträge bei

- allen Versicherern und
- berufsständischen Versorgungswerken.

Dabei werden auch sonstige Invaliditätsversicherungen und bei Beamten auch Versicherungen mit Absicherung gegen Dienstunfähigkeit einbezogen.

Weitere Hinweise zu Ihren Erhöhungsoptionen

(8) Die Erhöhungsoptionen können nicht mehr ausgeübt werden, wenn

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

Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder sonstigen Invaliditätsversicherungen rückwirkend anerkannt gilt: Erhöhungen der versicherten Rente, die in dem Zeitraum erfolgten, für den rückwirkend Leistungen anerkannt wurde, sind unwirksam.

- (9) Bestehen bei der HUK-COBURG-Lebensversicherung AG weitere Versicherungen oder Zusatzversicherungen gegen Berufsunfähigkeit oder sonstige Invaliditätsversicherungen für die versicherte Person, können die Erhöhungsoptionen nur für eine dieser Versicherungen in Anspruch genommen werden.

- (10) Haben Sie die „**Start Police**“ gewählt, gilt:

Die Erhöhungsoptionen können Sie auch während der Startphase nutzen. Der Beginn der Zielphase wird auf den Termin der beitragswirksamen Vertragsänderung vorverlegt und die Beiträge neu berechnet.

Prüfungsrecht und Pflicht zur Mitwirkung

- (11) Im Rahmen des Antrags auf Erhöhung müssen Sie uns eine der vereinbarten Voraussetzungen nachweisen. Sie müssen uns eine Prüfung, ob die Voraussetzung vorliegt, ermöglichen.

§ 12 – Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.

- (2) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen. Dazu zählt das Recht, Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

§ 13 – Wer erhält die Leistung?

- (1) Sie können bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn Sie keine Bestimmung getroffen haben, leisten wir an Sie.

Bezugsberechtigung

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

Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Mit jeder Fälligkeit einer Rente tritt ein eigener Versicherungsfall ein.

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

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

Abtretung und Verpfändung

- (3) Sofern dies gesetzlich zulässig ist, können Sie das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt eines Versicherungsfalls

- ganz oder teilweise
- an Dritte abtreten oder verpfänden.

Anzeige

- (4) Die folgenden Verfügungen:

- Einräumung und Widerruf eines Bezugsrechts nach Absatz 2
- Abtretung und Verpfändung nach Absatz 3

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

§ 14 – Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung durch Monatsbeiträge, Vierteljahresbeiträge, Halbjahresbeiträge oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) zahlen. Für die hier genannten Zahlweisen

sind für Ihren Vertrag Mindestbeträge für Leistung und Beitrag festgelegt. Werden beide Mindestbeträge erreicht, können Sie die Beiträge in der gewünschten Weise zahlen.

- (2) Den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zahlen. Sie müssen ihn jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung zahlen. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig (Fälligkeitstag). Die Versicherungsperiode ist abhängig von der Zahlweise der Beiträge.

Die Versicherungsperiode umfasst bei

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

Bei beitragsfreien Verträgen beträgt die Versicherungsperiode einen Monat.

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

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

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

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

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

Die Stundung kann für maximal sechs Monate ab Fälligkeit des ersten gestundeten Beitrags erfolgen. Sie können mehrmals eine Stundung vereinbaren. Insgesamt haben Sie das Recht auf eine Stundung der Beiträge für höchstens 24 Monate während der gesamten Vertragsdauer.

Der Versicherungsschutz bleibt während der Stundung in vollem Umfang bestehen.

Wir erheben keine Stundungszinsen. Im Leistungsfall wird die Leistung um die ausstehenden Beiträge gekürzt.

Für die Stundung ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns notwendig.

Ein Anspruch auf eine Stundung besteht, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Das Deckungskapital des Vertrags hat bereits einen Wert in Höhe der zu stundenden Beiträge.
- Zwischen dem Ende des Zeitraums der Stundung und dem Ende der Laufzeit des Vertrags liegen noch mindestens fünf Jahre.

In der oben genannten schriftlichen Vereinbarung wird festgelegt, wie Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen:

- Sie zahlen die gestundeten Beiträge in einem Betrag am Ende des vereinbarten Zeitraums der Stundung nach.
- Sie zahlen die gestundeten Beiträge innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten in monatlichen, vierteljährlichen oder halbjährlichen Raten nach.

§ 15 – Was gilt bei Abschluss einer Start Police?

- (1) Bei der „Start Police“ haben Sie die Möglichkeit am Anfang verminderte Beiträge zu zahlen. Dies nennen wir Startphase. Sie setzt sich aus einer konstanten Phase und einer anschließenden Steigerungsphase zusammen. In der Steigerungsphase steigt der Beitrag stufenweise an.

Diese Beitragssteigerungen vereinbaren wir mit Ihnen zu Vertragsbeginn. Die Steigerungsphase endet in einem vereinbarten Versicherungsjahr. In der Zielphase zahlen Sie den Zielbeitrag. Dieser Beitrag ist konstant.

- (2) Sie haben mit der „Start Police“ bereits ab Versicherungsbeginn den Versicherungsschutz in voller Höhe. Voraussetzung dafür ist, dass Sie die Beiträge wie vertraglich vereinbart zahlen. Den zu Vertragsbeginn vereinbarten Beitragsverlauf mit den Beiträgen für Start- und Zielphase finden Sie im Versicherungsschein. Die Erhöhungen des Beitrags erfolgen jeweils zum Jahrestag der Versicherung.
- (3) Im Vergleich zu einem für die gesamte Vertragslaufzeit gleichbleibenden Beitrag, zahlen Sie nach Ende der Startphase einen höheren Beitrag.

Während der Startphase haben Sie jeweils zum Jahrestag der Versicherung das Recht, die Startphase vorzeitig zu beenden. Voraussetzung ist, dass keine Leistungspflicht anerkannt wurde. Nähere Informationen zur Anerkennung der Leistungspflicht finden Sie im § 8.

Beenden Sie die Startphase vorzeitig, treten Sie früher in die Zielphase ein. Je früher Sie in die Zielphase wechseln, desto geringer wird der Zielbeitrag. Der Zielbeitrag wird bei einem Wechsel gemäß den versicherungsmathematischen Grundsätzen der Tarifikalkulation für Ihren Vertrag neu festgelegt. Machen Sie während der Startphase von Ihrem vorzeitigen Umwandlungsrecht keinen Gebrauch, so beginnt die Zielphase zum vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

- (4) Die Möglichkeit der Beitragsstundung nach § 14 Absatz 7 besteht in der Startphase nur eingeschränkt. Das Deckungskapital des Vertrags ist dafür in der Startphase selten hoch genug.

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

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

Einlösungsbeitrag

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

Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (3) Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen.
- (4) Mit der Mahnung kündigen wir vorsorglich den Vertrag zum Ablauf der Zahlungsfrist. Unsere Kündigung wird automatisch wirksam, wenn Sie dann noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Zahlen Sie innerhalb eines Monats nach Ablauf der Frist den angeforderten Betrag nach, so wird die Kündigung wieder unwirksam. Tritt ein Versicherungsfall zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Nachzahlung ein, besteht kein oder nur verminderter Versicherungsschutz.
- (5) Befinden Sie sich bei Eintritt eines Versicherungsfalls mit der Zahlung in Verzug, gilt Folgendes:
 - Tritt ein Versicherungsfall vor Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist ein, bleibt der Versicherungsschutz in vollem Umfang bestehen. Wir können die noch ausstehenden Beiträge mit unserer Leistung verrechnen.
 - Tritt ein Versicherungsfall nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist ein, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz.
- (6) Auf die in Absätzen 4 und 5 genannten Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

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

Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode in Textform kündigen.
- (2) Im Falle einer Kündigung beteiligen wir Sie an den Überschüssen nach § 3. Es wird kein Rückkaufswert ausgezahlt.

Beitragsfreistellung

- (3) Anstatt Ihre Versicherung nach Absatz 1 zu kündigen, können Sie sie auch vollständig oder teilweise beitragsfrei stellen. Dies können Sie jederzeit in Textform zum Schluss der Versicherungsperiode verlangen.

Die Beitragsfreistellung ist grundsätzlich durchführbar, wenn die neu ermittelte beitragsfreie Leistung die Mindestleistung in Höhe von

- 200 Euro bei vollständiger oder
- 300 Euro bei teilweiser

Beitragsfreistellung erreicht. Diese Begrenzung gilt für den Jahresbetrag der Berufsunfähigkeits-Rente.

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

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

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

- (5) Die Beitragsfreistellung der Versicherung kann unter anderem folgende Auswirkungen haben:
 - a) Die neu ermittelte Leistung aus der Versicherung ist niedriger als zuvor.
 - b) Ist Ihre Versicherung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vollständig oder teilweise beitragsfrei gestellt, zahlen wir nur die reduzierte Leistung, auch wenn unsere Leistungspflicht erst nach der beitragsfreien Zeit beginnt.
 - c) Das Einschlussverhältnis zwischen Berufsunfähigkeits-Rente und Sofortkapital verändert sich.
 - d) Erreicht die neu ermittelte beitragsfreie Berufsunfähigkeits-Rente die Mindestleistung nach Absatz 3 nicht, so erlischt die Versicherung.
- (6) Erlischt Ihre Versicherung nach Absatz 5 d) wenden wir auf Ihre Versicherung die Regelungen der Kündigung gemäß den Absätzen 1 und 2 an.
- (7) Bei einer vollständigen oder teilweisen Beitragsfreistellung berechnen wir die Höhe der Leistung Ihres Vertrags neu.

Dies betrifft die Berufsunfähigkeits-Rente und – sofern mitversichert – das Sofortkapital.

Die neue Höhe der Leistung berechnen wir wie folgt:

 - nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
 - für den Zeitpunkt der Beitragsfreistellung und
 - unter Zugrundelegung des Wertes nach den Absätzen 8 und 9 abzüglich offener Beiträge.
- (8) Wir berechnen den für die Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Wert nach § 169 VVG Absätze 3 bis 5. Der Wert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete Deckungskapital der Versicherung. Die Berechnung erfolgt mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung.

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

Abzug

- (9) Von dem nach Absatz 8 ermittelten Wert erfolgt ein Abzug von 45 %.
- Die Beweislast für die Angemessenheit des vereinbarten und beziffer-ten Abzugs tragen wir.
- Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht, gilt Folgendes:
- Wir reduzieren den Abzug, wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall wesentlich niedriger liegen muss.
 - Der Abzug entfällt, wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist.

Keine Beitragsrückzahlung

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

Nachteile und Vorteile

- (11) Die vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung oder die Kündigung Ihrer Versicherung kann für Sie Nachteile und Vorteile haben.

Nachteile:

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

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

Bei einer Kündigung wird kein Rückkaufswert ausgezahlt.

Ist Ihre Versicherung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vollständig oder teilweise beitragsfrei gestellt, erhalten Sie nur die reduzierte Leistung.

Vorteile:

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

Ihre Entscheidung:

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

Hilfe zur Entscheidung:

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

Wiederaufnahme der Beitragszahlung

- (12) Sie können bei einer vollständig beitragsfrei gestellten Versicherung jederzeit beantragen, die Beitragszahlung wieder aufzunehmen. Dabei gilt:

- Die Beitragszahlung setzt zum nächsten Termin der Beitragsfälligkeit ein.
- Die Leistung wird zum Einsetzen der Beitragszahlung neu ermittelt.
- Die Beitragszahlweise wird beibehalten.

Erfolgt die Wiederaufnahme innerhalb der ersten sechs Monate nach der Beitragsfreistellung, verzichten wir auf eine Risikoprüfung.

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

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

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

Fortbestehen von Leistungsansprüchen

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

§ 18 – Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören zum Beispiel Kosten für

- Beratung,
- Anforderung von Gesundheitsauskünften und
- Ausstellung des Versicherungsscheins.

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

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

Den verbleibenden Anteil der ersten Beiträge verwenden wir zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten.

Der zu tilgende Betrag ist auf 2,5 % der Beiträge beschränkt, die Sie während der Laufzeit des Vertrags zahlen müssen.

Das ist in der Deckungsrückstellungsverordnung festgelegt.

- (3) Die übrigen Kosten fallen verteilt über die gesamte Laufzeit des Vertrags an.
- (4) Die beschriebene Verrechnung der Kosten hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur der Mindestwert nach § 17 Absätze 8 und 9 zur Bildung der beitragsfreien Leistung vorhanden ist. Nähere Informationen zu den beitragsfreien Leistungen sowie zu ihrer jeweiligen Höhe finden Sie in der Garantiewerttabelle. Diese ist Ihrem Versicherungsschein beigelegt.

Kosten für eine Erhöhung Ihres Beitrags und für die Dynamisierung

- (5) Erhöhen Sie ihren Beitrag oder führen wir eine vereinbarte Dynamisierung durch, entsteht uns ein Aufwand. Zur Finanzierung dieses Aufwands erheben wir erneut Kosten nach Absatz 1. Diese verteilen wir wie in den Absätzen 2 und 3 beschrieben.

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

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

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

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

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

- (1) Wir können Ihnen separate Kosten berechnen, falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht.

- (2) In folgenden Fällen können wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert berechnen:

- Schriftliche Fristsetzung bei der Nichtzahlung von Folgebeiträgen.
- Rückläufer im Lastschriftverfahren.
- Erstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein.
- Durchführung von Vertragsänderungen.

- Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen.
 - Bearbeitung von Zahlungsrückständen.
 - Zusätzliche individuelle Wertanfragen.
- (3) Die Höhe der Kosten finden Sie in der beiliegenden Gebührentabelle. Dort ist auch vermerkt, ob die Kosten derzeit erhoben werden. Wir können eine Änderung der Gebührensätze und der derzeit kostenfreien Vorgänge für die Zukunft nach billigem Ermessen vornehmen. Erklärungen zum billigen Ermessen finden Sie in § 315 BGB. Die jeweils aktuelle Gebührentabelle können Sie bei uns anfordern.
- (4) Wir orientieren uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand.

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

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

§ 21 – Welches Recht und welche Sprache finden auf Ihren Vertrag Anwendung?

Soweit zulässig, findet auf Ihren Vertrag das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die Vertragssprache ist Deutsch.

§ 22 – Wo ist der Gerichtsstand?

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

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

verlegt, gilt: Anders als in den Absätzen 1 und 2 beschrieben, sind für Klagen aus dem Vertrag nur die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

- (4) Haben Sie keinen Wohnsitz, gilt Absatz 3 entsprechend für den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.
- (5) Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt bei Erhebung der Klage nicht bekannt, sind für Klagen aus dem Vertrag nur die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 23 – Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

- (1) Einzelne Bestimmungen dieser Bedingungen können unwirksam sein oder werden. Ist dies der Fall, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen und des Vertrags.

Wir können die unwirksamen Bestimmungen auch für die bestehenden Verträge ersetzen. Dafür muss mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

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

Dass die Klausel unwirksam ist, muss durch

- eine höchstrichterliche Entscheidung oder
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt

festgestellt worden sein.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn Folgendes gilt:

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

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

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

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

Grundsätze unseres Beschwerdemanagements

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

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

HUK-COBURG-Lebensversicherung AG

Beschwerdemanagement
Bahnhofsplatz
96440 Coburg

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

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

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

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

Versicherungsombudsmann

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

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Tel. 0800 3696000*

Fax 0800 3699000*

(* kostenlos aus deutschen Telefonnetzen)

www.versicherungsombudsmann.de

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

Online-Streitbeilegungsplattform:

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

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

Die für uns zuständige Versicherungsaufsicht:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

Tel. 0228 4108-0

Fax 0228 4108-1550

Die Inanspruchnahme des Rechtsweges bleibt davon unberührt.



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

SDU 2017.1

Versicherungsmathematischer Hinweis:

Bei der Tarifikalkulation haben wir unternehmensindividuelle, geschlechtsunabhängige Ausscheideordnungen verwendet. Als Rechnungszins haben wir 0,9 % angesetzt.

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Regelungen für Beamte und Richter

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

Abschnitt B: Allgemeine Regelungen

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

- § 8 Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen?
- § 9 Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?
- § 10 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?
- § 11 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die versicherte Rente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?
- § 12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 13 Wer erhält die Leistung?
- § 14 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- § 15 Was gilt bei Abschluss einer Start Police?
- § 16 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 17 Wann und mit welchen Folgen können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?
- § 18 Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?
- § 19 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?
- § 20 Welche Kosten und Gebühren dürfen wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?
- § 21 Welches Recht und welche Sprache finden auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 22 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 23 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

Abschnitt A: Regelungen für Beamte und Richter

Mit der Bezeichnung Beamte sind in diesen Bedingungen Beamte auf Lebenszeit, auf Widerruf und auf Probe im Sinn des deutschen Beamtenrechts gemeint, mit der Bezeichnung Richter hauptamtliche Richter im Sinn des Deutschen Richtergesetzes.

§ 1 – Was ist versichert?

Beamte auf Lebenszeit

- (1) Wird ein versicherter Beamter auf Lebenszeit während der Dauer dieser Versicherung gemäß § 2 zu mindestens 50 % berufsunfähig, erbringen wir die Leistungen gemäß Abschnitt B § 1 Absatz 2 Buchstaben a) bis c). Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

Beamte auf Widerruf bzw. auf Probe

- (2) Wird ein versicherter Beamter auf Widerruf bzw. auf Probe während der Dauer dieser Versicherung gemäß § 2 zu mindestens 50 % berufsunfähig, erbringen wir die Leistungen gemäß Abschnitt B § 1 Absatz 2 Buchstaben a) bis c). Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit

besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen. Die versicherten Leistungen werden maximal für die Dauer von sechs Jahren gewährt. Wir leisten über die Dauer von sechs Jahren hinaus, wenn die versicherte Person bei Ablauf dieses Zeitraums die Voraussetzungen für eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit gemäß Abschnitt B § 2 erfüllt.

Entstehen und Erlöschen des Anspruchs

- (3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung, Rente und Sofortkapital entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum ersten des Monats, der auf
 - die Bekanntgabe der Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit oder
 - den Eintritt der Wirksamkeit der Entlassung aus dem öffentlichen Dienst oder
 - der Bekanntgabe der Reduzierung der Arbeitszeit auf Grund einer begrenzten Dienstfähigkeitfolgt.
Teilen Sie uns die Berufsunfähigkeit mehr als sechs Monate nach dem Monat mit, in dem sie eingetreten ist, gilt: Wir leisten rückwirkend für

maximal sechs Monate. Die Beschränkung auf sechs Monate gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Meldung nicht zu vertreten haben.

- (4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, bei jedem der folgenden Ereignisse:
- Die Voraussetzungen gemäß § 2 Absatz 1 oder 2 liegen nicht mehr vor.
 - Der Grad der Berufsunfähigkeit sinkt unter 50 %.
 - Die versicherte Person stirbt.
 - Das vereinbarte Ende der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung wird erreicht.

Umtauschrecht

- (5) Die Versicherung kann ohne erneute Risikoprüfung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Einschluss des Dienstunfähigkeitsrisikos umgetauscht werden. Für die neue Berufsunfähigkeitsversicherung gilt:
- Sie ist mit den zum Termin des Umtauschs gültigen Rechnungsgrundlagen kalkuliert.
 - Ihre Art und ihr Umfang sind vergleichbar mit der bisherigen Versicherung.
 - Für sie gelten die zum Termin des Umtauschs gültigen Versicherungsbedingungen.
 - Die neuen Versicherungsleistungen können in geringerer oder gleicher Höhe, wie vor dem Umtausch vereinbart werden.
- Ist die versicherte Person Beamter, kann das Umtauschrecht nur wahrgenommen werden, wenn
- der Beamte in den Ruhestand versetzt wird oder
 - der Beamte aus dem Beamtenverhältnis ausscheidet.
- (6) Liegt eine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Absatz 1 oder 2 vor, ist das Umtauschrecht ausgeschlossen.

Ruhestand oder Ausscheiden aus dem Beamtenverhältnis

- (7) Steht einem versicherten Beamten das Umtauschrecht gemäß Absatz 6 zu und nimmt er es nicht in Anspruch, so wird die Versicherung ab dem Zeitpunkt
- der Versetzung in den Ruhestand oder
 - des Ausscheidens aus dem Beamtenverhältnis
- ausschließlich nach Maßgabe des Abschnitts B fortgeführt. Nimmt die versicherte Person
- den aktiven Dienst wieder auf oder
 - tritt sie wieder in das Beamtenverhältnis ein,
- gelten ab diesem Zeitpunkt wieder die Vereinbarungen der Abschnitte A und B.

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

Allgemeine Dienstunfähigkeit

- (1) Ein versicherter Beamter gilt als vollständig berufsunfähig, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Er wird ausschließlich in Folge seines Gesundheitszustands wegen Dienstunfähigkeit vor Erreichen der gesetzlich vorgesehenen Altersgrenze entlassen oder in den Ruhestand versetzt. Dies erfolgt nach den Bestimmungen des Beamtenrechts dann, wenn der Beamte zur Erfüllung seiner Dienstpflichten dauernd unfähig ist.
 - Es liegt ein Zeugnis über diese Dienstunfähigkeit vor.
 - Das Zeugnis wurde durch den Amtsarzt oder einen vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arzt erstellt.

Begrenzte Dienstfähigkeit (Teildienstunfähigkeit)

- (2) Ein versicherter Beamter gilt als teilweise berufsunfähig, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die Arbeitszeit des Beamten wird ausschließlich in Folge seines Gesundheitszustands wegen begrenzter Dienstfähigkeit reduziert. Dies erfolgt nach den Bestimmungen des Beamtenrechts dann, wenn der

Beamte unter Beibehaltung des übertragenen Amtes die Dienstpflichten noch während mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit erfüllen kann. Der Grad der Berufsunfähigkeit entspricht dem Grad der Teildienstunfähigkeit.

- Es liegt ein Zeugnis über die begrenzte Dienstfähigkeit vor.
- Das Zeugnis wurde durch den Amtsarzt oder einen vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arzt erstellt.

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

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

- Die in Abschnitt B § 6 genannten Unterlagen.
- Das Zeugnis des Amtsarztes oder eines vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arztes.
- Sowie bei Dienstunfähigkeit:
 - Die Verfügung und die Urkunde über die Versetzung in den Ruhestand oder
 - Die Verfügung und die Urkunde über die Entlassung aus dem öffentlichen Dienst.
- Sowie bei begrenzter Dienstfähigkeit:
 - Den Bescheid des Dienstherrn über die begrenzte Dienstfähigkeit.

Bei Verletzung dieser Mitwirkungspflicht gilt Abschnitt B § 10 entsprechend.

§ 4 – Was gilt im Nachprüfungsverfahren?

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

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

Sie erhalten die versicherten Leistungen, solange sie den fortlaufenden Erhalt von Bezügen nach dem Beamtenversorgungsgesetz nachweisen. Unter Bezügen sind ein Ruhegehalt, ein Unterhaltsbeitrag oder ein Unfallruhegehalt zu verstehen. Wir verzichten also auf konkrete und abstrakte Verweisung.

Für Beamte, die entlassen wurden, gilt während der sechsjährigen Leistungsdauer nach § 1 Absatz 2:

- Wir verzichten auf konkrete und abstrakte Verweisung.
- Wir können jederzeit einen Nachweis verlangen, dass die Erkrankungen unverändert fortbestehen, die zur Entlassung geführt haben.

Danach gelten für Beamte, die entlassen wurden, die Regelungen in Abschnitt B § 9.

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

Üben Sie die Erhöhungsoption nach Abschnitt B § 11 aus, gilt für die insgesamt erreichbare Jahresrente wegen Dienstunfähigkeit Folgendes:

- Die Jahresrente darf höchstens 40 % der im vorangegangenen Kalenderjahr erzielten Netto-Bezüge des versicherten Beamten betragen.
- Die Jahresrente darf höchstens 14.400 Euro betragen.
- Die Jahresrente darf höchstens 12.000 Euro betragen, wenn sich die versicherte Person noch in der Ausbildung befindet.

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

- allen Versicherern und
- berufsständischen Versorgungswerken.

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

§ 6 – Was gilt für Richter?

Die Regelungen des Abschnitts A gelten für Richter entsprechend.

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

Soweit dieser Abschnitt A nichts Abweichendes regelt, finden im Übrigen die Regelungen des Abschnitts B Anwendung.

Abschnitt B: Allgemeine Regelungen

§ 1 – Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Es besteht weltweiter Versicherungsschutz.
- (2) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir folgende Leistungen:
 - a) Wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu leisten.
 - b) Wir zahlen eine Berufsunfähigkeits-Rente monatlich im Voraus.
 - c) Wir zahlen ein einmaliges Sofortkapital, wenn dies mitversichert ist. Es ist begrenzt auf die sechsfache Monatsrente. Es wird fällig, wenn wir erstmals unsere Leistungspflicht anerkennen. Diese Leistung zahlen wir maximal einmal während der Dauer des Vertrages.
- (3) Nach dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, haben Sie erstmals Anspruch auf die in Absatz 2 genannten Leistungen.

Teilen Sie uns die Berufsunfähigkeit mehr als sechs Monate nach dem Monat mit, in dem sie eingetreten ist, gilt: Wir leisten rückwirkend für maximal sechs Monate. Die Beschränkung auf sechs Monate gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Meldung nicht zu vertreten haben.
- (4) Der Anspruch auf die Leistungen erlischt, wenn
 - der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt.
 - die versicherte Person stirbt.
 - das Ende der vereinbarten Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung erreicht wird.
- (5) Bis wir über unsere Leistungspflicht entscheiden, müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter zahlen. Wir werden diese bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Wenn gewünscht, stunden wir Ihnen die Beiträge unverzinst bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht. Lehnen wir es ab zu leisten, müssen Sie uns die gestundeten Beiträge nachzahlen. Sie haben dafür die folgenden Möglichkeiten:
 - Sie zahlen die gestundeten Beiträge in einem Betrag nach.
 - Sie vereinbaren mit uns die Rückzahlung der gestundeten Beiträge in Raten innerhalb eines Zeitraums von maximal 24 Monaten. Die Ratenzahlung kann dabei monatlich, vierteljährlich, oder halbjährlich erfolgen.
- (6) Ansprüche, die durch den Eintritt einer Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, können auch nach deren Ablauf geltend gemacht werden.
- (7) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.
- (8) Bei Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung erhöht sich die Rente im Leistungsbezug jährlich. Die erste Erhöhung führen wir zu Beginn des Versicherungsjahres durch, das auf den Beginn der Rentenzahlung folgt.
- (9) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen beteiligen wir Sie an Überschüssen. Dadurch entstehen zusätzliche Leistungen. Weitere Informationen dazu finden Sie in § 3.

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

- (1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
 - Die versicherte Person ist voraussichtlich für mindestens drei Jahre ununterbrochen außerstande, ihren Beruf auszuüben. Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer sechs Monate ununterbrochen außerstande war, ihren Beruf auszuüben und dieser Zustand fort dauert, gilt diese Voraussetzung zum Ende dieses Sechs-Monats-Zeitraums auch als erfüllt.
 - Die Ursache für die Berufsunfähigkeit ist eine Krankheit, eine Körperverletzung oder ein mehr als altersentsprechender Kräfteverfall. Die Ursache ist ärztlich nachgewiesen.
 - Die versicherte Person übt keinen Verweisungsberuf aus.

Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die oben genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad erfüllt sind. Die Mindestzeiträume (sechs Monate beziehungsweise drei Jahre) gelten auch für die teilweise Berufsunfähigkeit.

- (2) Als versicherter Beruf im Sinne von Absatz 1 gilt der zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübte Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. Bei Hausfrauen oder Hausmännern ist deren hauswirtschaftliche Tätigkeit versichert.
- (3) Ein Verweisungsberuf ist eine vom bisherigen Beruf abweichende Tätigkeit,
 - die die versicherte Person auf Grund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und
 - die der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person hinsichtlich Einkommen und sozialer Wertschätzung entspricht.

Die für die versicherte Person im Verweisungsberuf zumutbare Einkommensreduzierung bewerten wir bezogen auf den Einzelfall. Wir vergleichen das im Verweisungsberuf erzielte Einkommen mit dem Einkommen im zuletzt ausgeübten Beruf. Dabei orientieren wir uns an den Grundsätzen der Rechtsprechung.
- (4) Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung. Das heißt, wir verweigern die Anerkennung einer Berufsunfähigkeit nicht mit der Begründung, dass die versicherte Person im Stande wäre, einen Verweisungsberuf auszuüben.

- (5) Bei Selbstständigen berücksichtigen wir bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit
 - die konkrete Gestaltung des Betriebs und
 - die zumutbaren Möglichkeiten einer Umorganisation.

Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn Folgendes gilt:

- Sie ist betrieblich sinnvoll.
 - Eine Einkommensreduzierung liegt in einem zumutbaren Rahmen. Dies bewerten wir bezogen auf den Einzelfall. Dabei orientieren wir uns an den Grundsätzen der Rechtsprechung.
 - Die Stellung der versicherten Person bezogen auf die Weisungs- und Direktionsbefugnis bleibt gleich.
- (6) Nach einem Berufswechsel der versicherten Person, können wir auch den vor dem Wechsel ausgeübten Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit heranziehen. Die Voraussetzungen dafür sind:
 - Der Beruf wurde innerhalb der letzten zwölf Monate vor Eintritt der Berufsunfähigkeit gewechselt.
 - Die Gesundheitsstörungen, die den Eintritt der Berufsunfähigkeit verursacht haben, waren der versicherten Person bereits bei der Aufgabe des früheren Berufs bekannt.
 - Der Berufswechsel erfolgte nicht auf ärztliches Anraten oder wegen unfreiwilligen Wegfalls der früheren Tätigkeit.

Dadurch wird gewährleistet, dass eine Berufsunfähigkeit nicht absichtlich durch einen Wechsel des Berufs herbeigeführt wurde.

Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, gilt bei der Prüfung auf Berufsunfähigkeit nach Absatz 1 Folgendes:

- Es ist nicht der zuletzt ausgeübte Beruf maßgebend.
- Es kommt darauf an, ob die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, zu der sie auf Grund ihrer Ausbildung und ihrer Fähigkeiten in der Lage ist.
- Diese Tätigkeit muss der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person beim Ausscheiden aus dem Berufsleben entsprechen.

Ein Ausscheiden aus dem Berufsleben liegt nicht vor, wenn die versicherte Person

- längstens bis zu drei Jahre Ihre Berufsausübung unterbricht oder
- ihre Berufsausübung unterbricht, weil sie die gesetzliche Elternzeit in Anspruch nimmt und vorsieht, nach deren Ende ihren Beruf wieder auszuüben.

In diesen Fällen sind der vor der Unterbrechung ausgeübte Beruf und die damit verbundene Lebensstellung maßgebend.

- (7) Solange der Versicherungsfall nicht eingetreten ist, müssen Sie uns einen Wechsel oder ein Ende der beruflichen Tätigkeit nicht mitteilen.

§ 3 – Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) Wir beteiligen Sie nach § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und den Bewertungsreserven. Dies nennen wir Überschussbeteiligung.

Die Überschüsse und die zum Bilanzstichtag vorhandenen Bewertungsreserven des Unternehmens ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB). Wir veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Nachfolgend beantworten wir Ihnen diese Fragen:

- Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Gesamtheit der Versicherungsnehmer? Lesen Sie dazu die Absätze 2 bis 4.
- Wie führen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags durch? Lesen Sie dazu die Absätze 5 bis 7.
- Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren? Lesen Sie dazu Absatz 8.

Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Gesamtheit der Versicherungsnehmer?

- (2) **Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:**

- aus Kapitalerträgen,
- aus dem Risikoergebnis und
- aus dem übrigen Ergebnis.

Wir beteiligen die Versicherungsnehmer grundsätzlich an diesen Überschüssen. Dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

1. Kapitalerträge

In der Mindestzuführungsverordnung wird Folgendes geregelt:

Es werden die Kapitalanlagen genannt, die wir bei der Ermittlung der Nettoerträge berücksichtigen müssen.

Es wird die Höhe des Anteils an den Nettoerträgen dieser Kapitalanlagen genannt, den die Versicherungsnehmer grundsätzlich mindestens erhalten. Aktuell liegt die Höhe des Anteils bei 90 % dieser Erträge.

Aus diesem Anteil, finanzieren wir zunächst die Beträge, die wir für die garantierten Leistungen insgesamt benötigen.

Ist der verbleibende Betrag positiv, verwenden wir ihn für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Sind die Beträge, die wir für die garantierten Leistungen insgesamt benötigen, höher als die gesamten Nettoerträge der berücksichtigten Kapitalanlagen, wird diese Finanzierungslücke aufgefüllt. Dafür können die Anteile der Versicherungsnehmer am positiven Risikoergebnis und am positiven übrigen Ergebnis verwendet werden.

Die Beiträge einer Berufsunfähigkeitsversicherung haben wir so berechnet, wie wir sie zur Deckung des Berufsunfähigkeitsrisikos und der Kosten benötigen.

Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit stehen daher keine oder nur geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

2. Risikoergebnis

Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ist die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos der wichtigste Einflussfaktor auf die Höhe der Überschussbeteiligung. Das Risikoergebnis spielt also eine bedeutende Rolle als Quelle von Überschüssen.

Risikoüberschüsse entstehen, wenn sich die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko günstiger entwickeln, als wir in den Tarif eingerechnet haben. Das bedeutet, wir müssen weniger Leistungen wegen Berufsunfähigkeit zahlen als ursprünglich angenommen.

Nach der aktuell geltenden Mindestzuführungsverordnung werden die Versicherungsnehmer grundsätzlich zu mindestens 90 % am positiven Risikoergebnis beteiligt.

3. Übriges Ergebnis

Das übrige Ergebnis ist die Summe der Ergebnisse verschiedener Positionen. Eine Position ist das Kostenergebnis. Überschüsse aus dem Kostenergebnis können beispielsweise entstehen, wenn die Kosten niedriger sind, als wir in den Tarif eingerechnet haben.

Nach der aktuell geltenden Mindestzuführungsverordnung werden die Versicherungsnehmer grundsätzlich zu mindestens 50 % am positiven übrigen Ergebnis beteiligt.

- (3) **Überschüsse:**

Die in Absatz 2 beschriebenen Anteile an den Überschüssen, die auf die Versicherungsnehmer entfallen,

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

Nach der aktuell geltenden Mindestzuführungsverordnung kann diese Mindestzuführung zur RfB mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde BaFin in Ausnahmefällen reduziert werden.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)

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

Die RfB dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Von diesem Grundsatz dürfen wir nur in bestimmten Ausnahmefällen abweichen. Dafür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde BaFin. Diese Ausnahmen sind in § 140 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) geregelt. Nach der derzeitigen Fassung können wir im Interesse der Versicherten die RfB heranziehen, um

- einen drohenden Notstand abzuwenden.
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen auszugleichen. Diese Verluste müssen auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sein. Dabei belasten wir den Bestand verursachungsorientiert.
- die Deckungsrückstellung zu erhöhen. Voraussetzung dafür ist: Wir müssen die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse anpassen. Dabei belasten wir den Bestand verursachungsorientiert.

In diesen Fällen dürfen wir nur den Teil der RfB verwenden, der nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

- (4) **Bewertungsreserven:**

Wir ermitteln die Bewertungsreserven, indem wir den Marktwert der Kapitalanlagen mit dem Bilanzwert der Kapitalanlagen vergleichen. Ist der Marktwert höher als der Bilanzwert, gibt es Bewertungsreserven. Da es sich bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung um eine Risikoversicherung handelt, stehen keine oder nur geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden. Dadurch entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Wir ordnen die Bewertungsreserven den berechtigten Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Voraussetzung dafür ist:

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

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

Wie führen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags durch?

- (5) Wir haben gleichartige Versicherungen zu Gewinngruppen zusammengefasst. Gewinngruppen bilden wir, um beispielsweise die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Gewinngruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Wir ordnen sie dabei in dem Maß zu, wie die Gewinngruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Gewinngruppe, zu der sie gehört. Ihre Versicherung gehört zur Gewinngruppe Berufsunfähigkeitsversicherungen. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung eine Überschussbeteiligung.

Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen sie in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

- (6) **1. Laufende Überschussanteile**

Im Zeitabschnitt, in dem keine Leistung bezogen wird, berechnen wir die laufenden Überschussanteile zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres. Diese Überschussanteile teilen wir jeweils anteilig mit jeder Fälligkeit des Beitrags zu. Bei beitragsfreien Versicherungen

erfolgt die Zuteilung monatlich. Die erste Zuteilung führen wir zum vereinbarten Beginn der Versicherung durch.

Wir berechnen für Ihren Vertrag laufende Überschussanteile in Prozent der folgenden Bemessungsgrundlage:

- Bei laufender Beitragszahlung ist die Bemessungsgrundlage die Summe der Risiko-, Spar- und Kostenbeiträge eines Versicherungsjahres abzüglich eventueller Risikozuschläge.
- Für beitragsfreie Versicherungen entspricht die Bemessungsgrundlage dem tatsächlichen Risikobeitrag des Zuteilungsjahres abzüglich eventueller Risikozuschläge.

Im Zeitabschnitt, in dem eine Leistung bezogen wird, berechnen wir die laufenden Überschussanteile zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres. Diese Überschussanteile teilen wir jeweils anteilig mit jeder Fälligkeit der Leistung zu.

Im Versicherungsjahr, in dem die Leistung beginnt, erhalten Sie diese Überschüsse anteilig für die Zeit vom Leistungsbeginn bis zum folgenden Jahrestag.

Wir berechnen für Ihren Vertrag laufende Überschussanteile in Prozent einer Bemessungsgrundlage: Diese Bemessungsgrundlage ermitteln wir aus dem Deckungskapital zum Jahrestag der Versicherung.

2. Beteiligung an Bewertungsreserven

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

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

- (7) Für den Zeitabschnitt, in dem keine Leistung bezogen wird, können Sie wählen, auf welche Art die laufenden Überschüsse verwendet werden. Die Überschussanteile können
- verzinslich angesammelt oder
 - mit laufenden Beiträgen verrechnet werden.

Im Zeitabschnitt, in dem eine Leistung bezogen wird, ermitteln wir aus den laufenden Überschussanteilen eine Bonusrente. Die Bonusrente wird zusätzlich im Leistungsbezug ausgezahlt. Sie erhöht die Berufsunfähigkeits-Rente.

Warum können wir die Höhe der Überschüsse nicht garantieren?

- (8) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese Einflüsse sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos. Aber auch die Entwicklung des Kapitalmarkts und der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung können wir also nicht garantieren. Über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung werden wir Sie jährlich informieren.

§ 4 – Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

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

Ihre Versicherung beginnt um 0:00 Uhr des ersten Tages und endet um 24:00 Uhr des letzten Tages der vereinbarten Dauer des Vertrags.

§ 5 – In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

- a) durch die vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person. Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr sind davon ausgeschlossen.

- b) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- c) durch eine der folgenden Handlungen der versicherten Person:
- Absichtliche Herbeiführung von Krankheit.
 - Absichtliche Herbeiführung von mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall.
 - Absichtliche Selbstverletzung.
 - Versuchte Selbsttötung.

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

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

Dieser Ausschluss gilt in folgendem Fall nicht:

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

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

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

- f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder durch den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von:
- atomaren, biologischen oder chemischen Waffen.
 - radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

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

Dieser Ausschluss gilt in folgendem Fall nicht: Die versicherte Person war kriegerischen Auseinandersetzungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und nicht aktiv an ihnen beteiligt.

Dieser Ausschluss gilt in folgendem weiteren Fall nicht:

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

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

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

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

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

Rechtsfolgen der Verletzung der Anzeigepflicht

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

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

Rücktritt

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

Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie uns Folgendes nachweisen:

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

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

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

- (6) Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn wir vom Vertrag zurücktreten.

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

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

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

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

Kündigung

- (8) Beruht die Verletzung der Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit, ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen. In diesem Fall können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.
- (9) Wir können nicht kündigen, wenn Sie uns einen der folgenden Punkte nachweisen:
 - Wir hätten den Vertrag auch bei Kenntnis der uns nicht mitgeteilten Umstände geschlossen.
 - Wir hätten den Vertrag zu anderen Bedingungen geschlossen.
- (10) Kündigen wir die Versicherung, wird sie zu einer beitragsfreien Versicherung. Die Grundsätze zur Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie in § 17 Absätze 3 bis 9 dieser Bedingungen nachlesen.

Vertragsanpassung

- (11) Hätten wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen, wenn auch zu anderen Bedingungen, können wir nicht zurücktreten oder kündigen. Die anderen Bedingungen werden jedoch dann auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag zu anderen Bedingungen fortzuführen.
- (12) Nachdem Sie unsere Mitteilung über die Anpassung des Vertrags erhalten haben, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats fristlos kündigen. Dieses Recht auf Kündigung besteht nur, wenn die Anpassung des Vertrags zu einer der folgenden Änderungen führt:
 - Der Beitrag erhöht sich um mehr als 10 %.
 - Der Versicherungsschutz für einen nicht angezeigten Umstand wird ausgeschlossen.

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

- (13) Unsere Rechte stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen haben.
- (14) Wir haben keines der Rechte, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (15) Innerhalb eines Monats müssen wir unsere Rechte schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem uns die Verletzung der Anzeigepflicht bekannt wird, die das von uns geltend gemachte Recht begründet. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsabschluss erlöschen unsere Rechte. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

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

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

- (19) Unsere Rechte nach den Absätzen 5 bis 12 sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Nach Ihrem Tod geben wir unsere Erklärung gegenüber folgenden Personen ab:
 - Haben Sie uns eine Person als Bevollmächtigte genannt, erhält diese unsere Erklärung.
 - Falls der Aufenthalt dieser Person nicht ermittelt werden kann oder von Ihnen niemand benannt wurde, erhält ein Bezugsberechtigter unsere Erklärung.
 - Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht zu ermitteln, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

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

- (1) Die Person, die eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit verlangt, muss uns folgende Dokumente vorlegen:
 - Den Versicherungsschein.
 - Ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person.

- Eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit.
- Ausführliche Berichte der früher und aktuell behandelnden Ärzte über
 - Ursache, Beginn und Art,
 - Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens
 - sowie über den Umfang der Berufsunfähigkeit.
- Eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person. Das umfasst die Stellung und Tätigkeit beim Eintritt der Berufsunfähigkeit. Es umfasst auch danach eingetretene Veränderungen. Bei einem Berufswechsel innerhalb eines Jahres vor Eintritt der Berufsunfähigkeit sind die Informationen auch über den vorletzten ausgeübten Beruf notwendig.
- Angaben über das Einkommen aus beruflicher Tätigkeit.
- Eine Liste
 - der Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird.
 - der Einrichtungen, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte. Das können Versicherer, Sozialversicherungsträger oder sonstige Versorgungsträger sein.
 - des derzeitigen Arbeitgebers und früherer Arbeitgeber mit der Tätigkeit, die die versicherte Person dort jeweils ausgeübt hat.

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

- (2) Wir können außerdem Folgendes verlangen, soweit dies zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist:
- Weitere Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte.
 - Notwendige Nachweise. Notwendige Nachweise können sich auch auf die wirtschaftlichen und beruflichen Verhältnisse und ihre Veränderungen beziehen.
 - Zusätzliche Auskünfte.

Die Kosten dafür tragen wir. Wir können verlangen, dass die ärztlichen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Das gilt auch, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält. In diesem Fall übernehmen wir die Reise- und Aufenthaltskosten. Diese müssen aber vorher mit uns abgestimmt sein. Die versicherte Person hat die folgenden Personen und Einrichtungen zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen:

- Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung war oder ist.
- Pflegepersonen.
- Andere Personenversicherer.
- Gesetzliche Krankenkassen.
- Berufsgenossenschaften.
- Behörden.

- (3) Die versicherte Person muss ärztliche Anordnungen nicht befolgen, damit wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Davon ausgenommen sind
- der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (zum Beispiel Seh- und Hörhilfen)
 - sowie Maßnahmen, die eine sichere Aussicht bieten, dass sich der Gesundheitszustand verbessert. Das gilt nur, wenn sie gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind.

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

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

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

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

Während der Prüfung informieren wir Sie regelmäßig – mindestens alle sechs Wochen – über den aktuellen Stand.

§ 9 – Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

Unser Recht auf Nachprüfung

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

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

Die Kosten dafür tragen wir.

§ 7 Absatz 2 gilt entsprechend.

Ihre Mitteilungspflicht

- (3) Nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit müssen Sie uns wesentliche Änderungen unverzüglich mitteilen. Darunter verstehen wir:
- Die Berufsunfähigkeit der versicherten Person hat sich gemindert.
 - Die versicherte Person hat eine berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen oder geändert.
- (4) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden. Als Nachweis benötigen wir eine amtliche Sterbeurkunde. Darin müssen Alter und Geburtsort der versicherten Person enthalten sein.

Unsere Leistungsfreiheit

- (5) In folgenden Fällen werden wir von der Leistung frei:
- Die Berufsunfähigkeit der versicherten Person ist weggefallen.
 - Der Grad der Berufsunfähigkeit der versicherten Person hat sich auf weniger als 50 % vermindert.

Werden wir von der Leistung frei, erhalten Sie und die versicherte Person eine Erklärung über die geänderte Situation in Textform. Unterliegen Gründe für die Leistungseinstellung dem Datenschutz, teilen wir diese nur der versicherten Person mit.

Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung müssen Sie die Zahlung der Beiträge wieder aufnehmen.

Der Zeitpunkt, zudem wir unsere Leistungen einstellen, ist davon abhängig, wann Ihnen unsere Erklärung zur Leistungseinstellung zugeht. Mit Ablauf des dritten Monats danach stellen wir die Leistung ein.

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

Ihre Pflichten nach § 9 nennen wir Mitwirkungspflicht.

Solange die Mitwirkungspflicht von

- Ihnen,
- der versicherten Person oder
- der Person, die den Anspruch erhebt,

nicht erfüllt wird, gilt:

- Wird die Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt, leisten wir nicht.
- Wird die Mitwirkungspflicht grob fahrlässig nicht erfüllt, kürzen wir unsere Leistung. Dies erfolgt in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis.

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

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

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

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

Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

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

Erhöhungsoption bei bestimmten Ereignissen

- (1) Sie können die versicherte Rente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen. Dies ist möglich, solange Sie Beiträge für diese Versicherung zahlen. Eine Erhöhung des Sofortkapitals erfolgt nicht. Außerdem muss bezogen auf die versicherte Person eines der folgenden Ereignisse eintreten:
 1. Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.
 2. Geburt eines Kindes.
 3. Adoption eines minderjährigen Kindes.
 4. Erwerb und Finanzierung einer selbst bewohnten Immobilie mit einem Finanzierungsbetrag von mindestens 100.000 Euro.
 5. Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit als Hauptberuf.
 6. Berufliche Veränderung mit nachhaltiger, nachweislicher Einkommenssteigerung:
 - Bei Angestellten muss dazu das monatlich erzielte Bruttoeinkommen aus nicht selbstständiger Arbeit um mindestens 10 % in einem Schritt steigen.
 - Bei Besoldungsempfängern muss eine Erhöhung der Besoldung um mindestens 10 % als Folge einer Beförderung in eine höhere Laufbahngruppe in einem Schritt erfolgen.
- (2) Sie können die Erhöhung innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt eines der vorgenannten Ereignisse in Textform bei uns beantragen. Danach kann die versicherte Rente nur noch mit regulärer Risikoprüfung erhöht werden.
- (3) Die Option, die versicherte Rente bei bestimmten Ereignissen zu erhöhen, besteht nur bis die versicherte Person das 49. Lebensjahr vollendet hat. Danach kann die versicherte Rente nur noch mit regulärer Risikoprüfung erhöht werden.

Grenzen der Erhöhungsoptionen

- (4) Jede Erhöhung der Rente muss zwischen 300 Euro und 3.000 Euro im Jahr betragen.
- (5) Die Erhöhungen der versicherten Rente durch Nutzung der Erhöhungsoptionen dürfen insgesamt nicht höher sein als die ursprüngliche versicherte Rente. Haben Sie eine dynamische Erhöhung der versicherten Leistung vereinbart, können diese Erhöhungen von Beitrag und Leistungen trotzdem weiter erfolgen. Dynamische Erhöhungen von Beitrag und Leistungen berücksichtigen wir bei den Höchstbeträgen nicht.
- (6) Die insgesamt erreichbare versicherte Jahresrente darf höchstens 80 % des im vorangegangenen Kalenderjahr erzielten Netto-Arbeitseinkommens der versicherten Person betragen. Bei Selbstständigen bezieht sich die Grenze auf den Durchschnitt des Gewinns nach Steuern der letzten drei Jahre. Bei Beamten beträgt die Höchstgrenze 50 % des Netto-Arbeitseinkommens. Dabei darf die Jahresrente maximal 30.000 Euro betragen. Bei Hausfrauen, Hausmännern und in der Ausbildung Befindlichen ist die Grenze der Jahresrente bei 12.000 Euro. Diese Grenzen beziehen sich auf die Gesamtabsicherung durch alle Verträge bei

- allen Versicherern und
- berufsständischen Versorgungswerken.

Dabei werden auch sonstige Invaliditätsversicherungen und bei Beamten auch Versicherungen mit Absicherung gegen Dienstunfähigkeit einbezogen.

Weitere Hinweise zu Ihren Erhöhungsoptionen

- (7) Die Erhöhungsoptionen können nicht mehr ausgeübt werden, wenn
 - die Versicherung beitragsfrei ist oder
 - Leistungen aus
 - einer Berufsunfähigkeits-(Zusatz)versicherung,
 - einer Arbeitsunfähigkeits-(Zusatz)versicherung oder
 - einer sonstigen Invaliditäts-(Zusatz)versicherungerbracht, anerkannt oder von Ihnen verlangt worden sind.
- (8) Bestehen bei der HUK-COBURG-Lebensversicherung AG weitere Versicherungen oder Zusatzversicherungen gegen Berufsunfähigkeit oder sonstige Invaliditätsversicherungen für die versicherte Person, können die Erhöhungsoptionen nur für eine dieser Versicherungen in Anspruch genommen werden.
- (9) Haben Sie die „Start Police“ gewählt, gilt:

Die Erhöhungsoptionen können Sie auch während der Startphase nutzen. Der Beginn der Zielphase wird auf den Termin der beitragswirksamen Vertragsänderung vorverlegt und die Beiträge neu berechnet.

Prüfungsrecht und Pflicht zur Mitwirkung

- (10) Im Rahmen des Antrags auf Erhöhung müssen Sie uns eine der vereinbarten Voraussetzungen nachweisen. Sie müssen uns eine Prüfung, ob die Voraussetzung vorliegt, ermöglichen.

§ 12 – Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

§ 13 – Wer erhält die Leistung?

- (1) Sie können bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn Sie keine Bestimmung getroffen haben, leisten wir an Sie.

Bezugsberechtigung

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

Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Mit jeder Fälligkeit einer Rente tritt ein eigener Versicherungsfall ein.

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

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

Abtretung und Verpfändung

- (3) Sofern dies gesetzlich zulässig ist, können Sie das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt eines Versicherungsfalls
 - ganz oder teilweise
 - an Dritte abtreten oder verpfänden.

Anzeige

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

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

§ 14 – Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung durch Monatsbeiträge, Vierteljahresbeiträge, Halbjahresbeiträge oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) zahlen. Für die hier genannten Zahlweisen sind für Ihren Vertrag Mindestbeträge für Leistung und Beitrag festgelegt. Werden beide Mindestbeträge erreicht, können Sie die Beiträge in der gewünschten Weise zahlen.

- (2) Den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zahlen. Sie müssen ihn jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung zahlen. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig (Fälligkeitstag). Die Versicherungsperiode ist abhängig von der Zahlungsweise der Beiträge.

Die Versicherungsperiode umfasst bei

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

Bei beitragsfreien Verträgen beträgt die Versicherungsperiode einen Monat.

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

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

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

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

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

§ 15 – Was gilt bei Abschluss einer Start Police?

- (1) Bei der „Start Police“ haben Sie die Möglichkeit am Anfang verminderte Beiträge zu zahlen. Dies nennen wir Startphase. Sie setzt sich aus einer konstanten Phase und einer anschließenden Steigerungsphase zusammen. In der Steigerungsphase steigt der Beitrag stufenweise an. Diese Beitragssteigerungen vereinbaren wir mit Ihnen zu Vertragsbeginn. Die Steigerungsphase endet in einem vereinbarten Versicherungsjahr. In der Zielphase zahlen Sie den Zielbeitrag. Dieser Beitrag ist konstant.
- (2) Sie haben mit der „Start Police“ bereits ab Versicherungsbeginn den Versicherungsschutz in voller Höhe. Voraussetzung dafür ist, dass Sie die Beiträge wie vertraglich vereinbart zahlen. Den zu Vertragsbeginn vereinbarten Beitragsverlauf mit den Beiträgen für Start- und Zielphase finden Sie im Versicherungsschein. Die Erhöhungen des Beitrags erfolgen jeweils zum Jahrestag der Versicherung.
- (3) Im Vergleich zu einem für die gesamte Vertragslaufzeit gleichbleibenden Beitrag zahlen Sie nach Ende der Startphase einen höheren Beitrag.

Während der Startphase haben Sie jeweils zum Jahrestag der Versicherung das Recht, die Startphase vorzeitig zu beenden. Voraussetzung ist, dass keine Leistungspflicht anerkannt wurde. Nähere Informationen zur Anerkennung der Leistungspflicht finden Sie im § 8.

Beenden Sie die Startphase vorzeitig, treten Sie früher in die Zielphase ein. Je früher Sie in die Zielphase wechseln, desto geringer wird der Zielbeitrag. Der Zielbeitrag wird bei einem Wechsel gemäß den versicherungsmathematischen Grundsätzen der Tarifikalkulation für Ihren Vertrag neu festgelegt. Machen Sie während der Startphase von Ihrem vorzeitigen Umwandlungsrecht keinen Gebrauch, so beginnt die Zielphase zum vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

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

Einlösungsbeitrag

- (1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Risikoprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

- (2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt eines Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir von der Leistung befreit, vorausgesetzt wir haben Sie

- durch eine gesonderte Mitteilung in Textform oder
- durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht.

Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (3) Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen.

- (4) Mit der Mahnung kündigen wir vorsorglich den Vertrag zum Ablauf der Zahlungsfrist. Unsere Kündigung wird automatisch wirksam, wenn Sie dann noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Zahlen Sie innerhalb eines Monats nach Ablauf der Frist den angeforderten Betrag nach, so wird die Kündigung wieder unwirksam. Tritt ein Versicherungsfall zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Nachzahlung ein, besteht kein oder nur verminderter Versicherungsschutz.

- (5) Befinden Sie sich bei Eintritt eines Versicherungsfalls mit der Zahlung in Verzug, gilt Folgendes:

- Tritt ein Versicherungsfall vor Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist ein, bleibt der Versicherungsschutz in vollem Umfang bestehen. Wir können die noch ausstehenden Beiträge mit unserer Leistung verrechnen.
- Tritt ein Versicherungsfall nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist ein, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz.

- (6) Auf die in Absätzen 4 und 5 genannten Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

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

Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode in Textform kündigen.
- (2) Im Falle einer Kündigung beteiligen wir Sie an den Überschüssen nach § 3. Es wird kein Rückkaufwert ausgezahlt.

Beitragsfreistellung

- (3) Anstatt Ihre Versicherung nach Absatz 1 zu kündigen, können Sie sie auch vollständig oder teilweise beitragsfrei stellen. Dies können Sie jederzeit in Textform zum Schluss der Versicherungsperiode verlangen.

Die Beitragsfreistellung ist grundsätzlich durchführbar, wenn die neu ermittelte beitragsfreie Leistung die Mindestleistung in Höhe von

- 200 Euro bei vollständiger oder
- 300 Euro bei teilweiser

Beitragsfreistellung erreicht. Diese Begrenzung gilt für den Jahresbeitrag der Berufsunfähigkeits-Rente.

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

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

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

- (5) Die Beitragsfreistellung der Versicherung kann unter anderem folgende Auswirkungen haben:

- Die neu ermittelte Leistung aus der Versicherung ist niedriger als zuvor.
- Ist Ihre Versicherung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vollständig oder teilweise beitragsfrei gestellt, zahlen wir nur die reduzierte Leistung, auch wenn unsere Leistungspflicht erst nach der beitragsfreien Zeit beginnt.
- Das Einschlussverhältnis zwischen Berufsunfähigkeits-Rente und Sofortkapital verändert sich.
- Erreicht die neu ermittelte beitragsfreie Berufsunfähigkeits-Rente die Mindestleistung nach Absatz 3 nicht, so erlischt die Versicherung.

- (6) Erlischt Ihre Versicherung nach Absatz 5 d) wenden wir auf Ihre Versicherung die Regelungen der Kündigung gemäß den Absätzen 1 und 2 an.

- (7) Bei einer vollständigen oder teilweisen Beitragsfreistellung berechnen wir die Höhe der Leistung Ihres Vertrags neu.

Dies betrifft die Berufsunfähigkeits-Rente und – sofern mitversichert – das Sofortkapital.

Die neue Höhe der Leistung berechnen wir wie folgt:

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

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

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

Abzug

- (9) Von dem nach Absatz 8 ermittelten Wert erfolgt ein Abzug von 45 %.

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

Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht, gilt Folgendes:

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

Keine Beitragsrückzahlung

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

Nachteile und Vorteile

- (11) Die vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung oder die Kündigung Ihrer Versicherung kann für Sie Nachteile und Vorteile haben.

Nachteile:

In der Anfangszeit Ihrer Versicherung erfolgt die der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten. Weitere Informationen zur Verrech-

nung von Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 18. Durch diese Verrechnung sind in der Anfangszeit keine oder nur geringe Beträge vorhanden, um eine beitragsfreie Berufsunfähigkeits-Rente zu bilden.

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

Bei einer Kündigung wird kein Rückkaufswert ausgezahlt.

Ist Ihre Versicherung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vollständig oder teilweise beitragsfrei gestellt, erhalten Sie nur die reduzierte Leistung.

Vorteile:

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

Ihre Entscheidung:

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

Hilfe zur Entscheidung:

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

Wiederaufnahme der Beitragszahlung

- (12) Sie können bei einer vollständig beitragsfrei gestellten Versicherung jederzeit beantragen, die Beitragszahlung wieder aufzunehmen. Dabei gilt:

- Die Beitragszahlung setzt zum nächsten Termin der Beitragsfälligkeit ein.
- Die Leistung wird zum Einsetzen der Beitragszahlung neu ermittelt.
- Die Beitragszahlweise wird beibehalten.

Erfolgt die Wiederaufnahme innerhalb der ersten sechs Monate nach der Beitragsfreistellung, verzichten wir auf eine Risikoprüfung.

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

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

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

Fortbestehen von Leistungsansprüchen

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

§ 18 – Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören zum Beispiel Kosten für

- Beratung,
- Anforderung von Gesundheitsauskünften und
- Ausstellung des Versicherungsscheins.

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

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

Den verbleibenden Anteil der ersten Beiträge verwenden wir zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten.

Der zu tilgende Betrag ist auf 2,5 % der Beiträge beschränkt, die Sie während der Laufzeit des Vertrags zahlen müssen.

Das ist in der Deckungsrückstellungsverordnung festgelegt.

- (3) Die übrigen Kosten fallen verteilt über die gesamte Laufzeit des Vertrags an.
- (4) Die beschriebene Verrechnung der Kosten hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur der Mindestwert nach § 17 Absätze 8 und 9 zur Bildung der beitragsfreien Leistung vorhanden ist. Nähere Informationen zu den beitragsfreien Leistungen sowie zu ihrer jeweiligen Höhe finden Sie in der Garantiewerttabelle. Diese ist Ihrem Versicherungsschein beigelegt.

Kosten für eine Erhöhung Ihres Beitrags und für die Dynamisierung

- (5) Erhöhen Sie Ihren Beitrag oder führen wir eine vereinbarte Dynamisierung durch, entsteht uns ein Aufwand. Zur Finanzierung dieses Aufwands erheben wir erneut Kosten nach Absatz 1. Diese verteilen wir wie in den Absätzen 2 und 3 beschrieben.

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 21 – Welches Recht und welche Sprache finden auf Ihren Vertrag Anwendung?

Soweit zulässig, findet auf Ihren Vertrag das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die Vertragssprache ist Deutsch.

§ 22 – Wo ist der Gerichtsstand?

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

- (1) Klagen aus dem Vertrag gegen uns

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

Zuständig sind grundsätzlich folgende Gerichte:

- Gericht, in dessen Bezirk unser Sitz liegt.
- Gericht, in dessen Bezirk unsere für den Versicherungsvertrag zuständige Niederlassung liegt.

Unter bestimmten Voraussetzungen können weitere Gerichte zuständig sein:

- Sind Sie eine natürliche Person, gilt:

Zusätzlich ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Wohnsitz haben.

Haben Sie keinen Wohnsitz, gilt stattdessen: Zusätzlich ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

- Sind Sie eine juristische Person, gilt:

Zusätzlich ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

- (2) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie

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

Zuständig sind grundsätzlich folgende Gerichte:

- Sind Sie eine natürliche Person, gilt:

Es ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Wohnsitz haben.

Haben Sie keinen Wohnsitz, gilt stattdessen: Es ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

- Sind Sie eine juristische Person, gilt:

Es ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

- (3) Haben Sie nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb

- der Europäischen Union,
- Islands,
- Norwegens oder
- der Schweiz

verlegt, gilt: Anders als in den Absätzen 1 und 2 beschrieben, sind für Klagen aus dem Vertrag nur die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

- (4) Haben Sie keinen Wohnsitz, gilt Absatz 3 entsprechend für den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

- (5) Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt bei Erhebung der Klage nicht bekannt, sind für Klagen aus dem Vertrag nur die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 23 – Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

- (1) Einzelne Bestimmungen dieser Bedingungen können unwirksam sein oder werden. Ist dies der Fall, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen und des Vertrags.

Wir können die unwirksamen Bestimmungen auch für die bestehenden Verträge ersetzen. Dafür muss mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

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

Dass die Klausel unwirksam ist, muss durch

- eine höchstrichterliche Entscheidung oder
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt festgestellt worden sein.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn Folgendes gilt:

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

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

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

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

Grundsätze unseres Beschwerdemanagements

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

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

HUK-COBURG-Lebensversicherung AG

Beschwerdemanagement
Bahnhofplatz
96440 Coburg

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

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

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

- Name
- Adresse

- Telefon
- Versicherungsnummer
- Schilderung Ihres Anliegens

Versicherungsombudsmann

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

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Tel. 0800 3696000*

Fax 0800 3699000*

(* kostenlos aus deutschen Telefonnetzen)

www.versicherungsombudsmann.de

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

Online-Streitbeilegungsplattform:

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

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

Die für uns zuständige Versicherungsaufsicht:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

Tel. 0228 4108-0

Fax 0228 4108-1550

Die Inanspruchnahme des Rechtsweges bleibt davon unberührt.



Allgemeine Bedingungen für die Existenzschutzversicherung

ESV 2017.1

Versicherungsmathematischer Hinweis:

Bei der Tarifikalkulation haben wir unternehmensindividuelle, geschlechtsunabhängige Ausscheideordnungen verwendet. Als Rechnungszins haben wir 0,9 % angesetzt.

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|--|---|
| § 1 Welche Leistungen erbringen wir? | § 12 Unter welchen Voraussetzungen können Sie den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung erhöhen? |
| § 2 Was ist eine Beeinträchtigung einer körperlichen oder geistigen Fähigkeit im Sinne dieser Bedingungen? | § 13 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? |
| § 3 Was ist eine Krankheit im Sinne dieser Bedingungen? | § 14 Wer erhält die Leistung? |
| § 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung? | § 15 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? |
| § 5 Wann beginnt und wann endet ihr Versicherungsschutz? | § 16 Was gilt bei Abschluss einer Start Police? |
| § 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? | § 17 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? |
| § 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? | § 18 Wann und mit welchen Folgen können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen? |
| § 8 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? | § 19 Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet? |
| § 9 Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen? | § 20 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? |
| § 10 Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht? | § 21 Welche Kosten und Gebühren dürfen wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen? |
| § 11 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Anerkennung unserer Leistungspflicht? | § 22 Welches Recht gilt für den Vertrag und welche Sprache ist Vertragssprache? |
| | § 23 Wo ist der Gerichtsstand? |
| | § 24 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen? |

§ 1 – Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Es besteht weltweiter Versicherungsschutz.

Der Vertrag umfasst einen Schutz bei Beeinträchtigung körperlicher und geistiger Fähigkeiten.

Im Folgenden ist mit Beeinträchtigung immer eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach § 2 gemeint.

Bei Abschluss des Bausteins **Kapitalleistung bei schweren Krankheiten** erbringen wir eine Einmalzahlung bei Eintritt einer Krankheit.

Im Folgenden ist mit einer Krankheit immer eine Krankheit nach § 3 gemeint.

Leistungen wegen Beeinträchtigung

- (2) Tritt bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer eine Beeinträchtigung ein, so erbringen wir folgende Leistungen:
- Wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen.
 - Wir zahlen die vereinbarte Rente monatlich im Voraus.
 - Haben Sie die **Kapitalleistung bei schweren Krankheiten** eingeschlossen, gilt: Wir befreien Sie auch von der Pflicht Beiträge für den Baustein zu zahlen.
- (3) Das Vorliegen mehrerer Beeinträchtigungen führt nicht zu einer höheren Rentenleistung.
- (4) Nach dem Ablauf des Monats, in dem die Beeinträchtigung eingetreten ist, haben Sie erstmals Anspruch auf die in Absatz 2 genannten Leistungen. Die Beeinträchtigung ist eingetreten, wenn die gesicherte Diagnose der Beeinträchtigung gestellt ist. Die Beeinträchtigung muss mindestens den in § 2 beschriebenen Umfang haben.

Wir leisten rückwirkend für maximal drei Jahre. Die drei Jahre gelten ab dem Monat, in dem Sie uns mitteilen, dass eine Beeinträchtigung vorliegt. Die Beschränkung auf drei Jahre gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Meldung nicht zu vertreten haben.

- (5) Der Anspruch auf die Leistungen erlischt, wenn
- der Umfang des Leidens und dessen Auswirkung auf eine Beeinträchtigung der versicherten Person sich so vermindert haben, dass die Beeinträchtigung nach § 2 nicht mehr besteht;
 - die versicherte Person stirbt;
 - das Ende der vereinbarten Leistungsdauer erreicht wird.
- (6) Bis wir über unsere Leistungspflicht entscheiden, müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter zahlen. Wir werden diese bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Wenn gewünscht, stunden wir Ihnen die Beiträge unverzinst bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht. Lehnen wir es ab, zu leisten, müssen Sie uns die gestundeten Beiträge nachzahlen. Sie haben dafür die folgenden Möglichkeiten:
- Sie zahlen die gestundeten Beiträge in einem Betrag nach.
 - Sie vereinbaren mit uns die Rückzahlung der gestundeten Beiträge in Raten innerhalb eines Zeitraums von maximal 24 Monaten. Die Ratenzahlung kann dabei monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich erfolgen.

Leistungen wegen Krankheit

Haben Sie die **Kapitalleistung bei schweren Krankheiten** eingeschlossen, gilt:

- (7) Wir erbringen die im Versicherungsschein genannte Leistung, wenn bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer eine Krankheit eintritt.

Der Anspruch auf die Leistung entsteht nach Ablauf von 28 Tagen nach Diagnosestellung der Krankheit nach § 3 Absatz 1 durch einen Facharzt. Abweichende Fristen finden Sie in § 3 Absatz 2 Buchstabe c, d, f und g.

Wenn die versicherte Person vor Ablauf der jeweiligen Frist nach Eintritt der Krankheit stirbt, erbringen wir keine Leistung. Die Versicherung erlischt.

- (8) Nach Anerkennung einer Leistungspflicht wegen einer Krankheit besteht der Baustein fort.

Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Wenn bei der versicherten Person nacheinander mehrere versicherte Krankheiten eintreten, besteht unsere Leistungspflicht grundsätzlich auch für diese weiteren Krankheiten. Dabei sind folgende Einschränkungen zu beachten:

- Nach fachärztlicher Diagnose einer Krankheit gilt eine Wartezeit von sechs Monaten. Dies bedeutet, der Eintritt einer weiteren Krankheit während dieses Zeitraums begründet keinen neuen Versicherungsfall nach Absatz 7.
- Wenn die versicherte Krankheit, die bereits zur Leistungspflicht geführt hat, ein weiteres Mal eintritt, kann kein weiterer Versicherungsfall für diese Krankheit nach Absatz 7 geltend gemacht werden.
- Leisten wir bei Eintritt
 - eines Herzinfarkts nach § 3 Absatz 2 Buchstabe b oder
 - eines Schlaganfalls nach § 3 Absatz 2 Buchstabe c oder
 - eines chronischen Nierenversagens nach § 3 Absatz 2 Buchstabe g, besteht Ihr Baustein ohne Versicherungsschutz für die Krankheiten Schlaganfall, Herzinfarkt und chronisches Nierenversagen fort.

- (9) Wir leisten maximal drei Jahre rückwirkend. Die drei Jahre gelten ab dem Monat, in dem Sie uns mitteilen, dass eine Krankheit vorliegt oder vorgelegen hat. Die Beschränkung auf drei Jahre gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Meldung nicht zu vertreten haben.

Regelungen für Beeinträchtigung und Krankheit

- (10) Ansprüche, die durch den Eintritt einer Beeinträchtigung oder einer Krankheit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, können auch nach deren Ablauf geltend gemacht werden.
- (11) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.
- (12) Bei Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung erhöht sich die Rente im Leistungsbezug jährlich. Die erste Erhöhung führen wir zu Beginn des Versicherungsjahres durch, das auf den Beginn der Rentenzahlung folgt. Haben Sie die **Kapitalleistung bei schweren Krankheiten** eingeschlossen, ändert die garantierte Rentensteigerung nichts an der Kapitalleistung. Das heißt, das Verhältnis der Kapitalleistung und der Rente ändert sich während des Leistungsbezugs jährlich.
- (13) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen beteiligen wir Sie an Überschüssen. Dadurch entstehen zusätzliche Leistungen. Weitere Informationen dazu finden Sie in § 4.

§ 2 – Was ist eine Beeinträchtigung einer körperlichen oder geistigen Fähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn die versicherte Person mindestens eine der in Absatz 2 aufgeführten Fähigkeiten als Folge
- von Krankheit,
 - von Körperverletzung oder
 - eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls
- während der Versicherungsdauer verliert. Dies muss ein Arzt bestätigen, vergleichen Sie dazu auch Absatz 4.
- Die versicherte Person darf diese Fähigkeit
- für voraussichtlich mindestens zwölf Monate (Prognosezeitraum) nicht wiedererlangen oder

- bereits vor mindestens zwölf Monaten verloren und seitdem nicht wiedererlangt haben.

Liegen die Leistungsvoraussetzungen während der Versicherungsdauer zwölf Monate ununterbrochen vor und besteht dieser Zustand fort, gilt: Er stellt von Beginn an eine Beeinträchtigung dar.

In diesem Fall erbringen wir unsere Leistungen bereits ab Beginn dieses Zwölf-Monats-Zeitraums rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der zwölfmonatige Zeitraum begonnen hat. Die Beeinträchtigung und die Dauer sind ärztlich nachzuweisen, vergleichen Sie dazu auch Absatz 4.

- (2) Der Versicherungsschutz umfasst folgende körperlichen oder geistigen Fähigkeiten:

- Sehen
- Hören
- Sprechen
- Geistige Leistungsfähigkeit
- Gleichgewicht
- Gebrauch eines Arms
- Gebrauch einer Hand
- Schreiben
- Knien und Bücken
- Gehen oder Treppensteigen
- Stehen
- Sitzen
- Autofahren
- Eigenverantwortliches Handeln
- Beeinträchtigung als Folge von Pflegebedürftigkeit

Die Definition der einzelnen Fähigkeiten können Sie im Absatz 5 und 6 nachlesen. Abhängig vom Alter der versicherten Person gelten unterschiedliche Regelungen zu den einzelnen Fähigkeiten. Die Regelungen dazu finden Sie in Absatz 5 und Absatz 6.

- (3) Vorübergehende Erkrankungen oder Besserungen bleiben unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt als nicht vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält. Vergleichen Sie dazu auch Absatz 4.

- (4) Die Krankheit, die Körperverletzung oder der Kräfteverfall muss
- zu nachweisbaren physischen Veränderungen führen und
 - durch eine objektive Befunderhebung nachgewiesen werden.

Die Nachweispflicht für die physischen Veränderungen entfällt für die Fähigkeiten

- „Geistige Leistungsfähigkeit“ aus Absatz 5 Buchstabe d und
- „Eigenverantwortliches Handeln“ aus Absatz 5 Buchstabe n.

Der Verlust von Fähigkeiten auf Grund von psychischen Beeinträchtigungen oder neurotischen Fehlentwicklungen ist nicht versichert. Diese Einschränkung gilt nicht für den Verlust der Fähigkeiten

- „Geistige Leistungsfähigkeit“ nach Absatz 5 Buchstabe d und
- „Eigenverantwortliches Handeln“ nach Absatz 5 Buchstabe n.

Der Verlust einer der versicherten Fähigkeiten und die Ursache dafür sind

- durch die Diagnose eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung
- mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen und Testverfahren

nachzuweisen.

- (5) Versicherte Fähigkeiten

Diese Fähigkeiten sind nur für die versicherte Person abgesichert. Vergleichen Sie hierzu auch Absatz 1.

a) Sehen

Ein Verlust der Fähigkeit „Sehen“ liegt vor, wenn das Sehvermögen auch

- nach Einsatz von Hilfsmitteln (zum Beispiel Brille, Kontaktlinsen) oder

- anderen zumutbaren medizinischen Behandlungen
- so stark eingeschränkt ist, dass beim besseren Auge
- nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder
 - eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum
- besteht.

b) Hören

Ein Verlust der Fähigkeit „Hören“ liegt vor, wenn auf beiden Ohren jeweils ein Hörverlust von mindestens 80% nachgewiesen wird. Das Resthörvermögen darf auch unter Nutzung von Hilfsmitteln (zum Beispiel Hörgeräte) die 20 % nicht überschreiten. Den Hörverlust muss ein Facharzt anhand eines anerkannten sprachaudiometrischen Testverfahrens nachweisen.

c) Sprechen

Ein Verlust der Fähigkeit „Sprechen“ liegt vor, wenn nach abgeschlossenem Spracherwerb auf Grund körperlicher Ursachen

- die Sprechfähigkeit völlig verloren ist oder
- die Sprechfähigkeit auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (zum Beispiel eines Kehlkopfmikrofons) so weit eingeschränkt ist, dass die Person von ihrem sozialen Umfeld nicht mehr verstanden wird, oder
- die Person Worte spricht, die ohne jegliche Bedeutung oder Vorkommen in jeglicher bekannten gesprochenen Sprache sind.

Stottern und psychogene Sprachstörungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

d) Geistige Leistungsfähigkeit

Fähigkeiten wie zum Beispiel

- Gedächtnisleistung,
- Konzentrationsfähigkeit,
- Aufmerksamkeit,
- Auffassungsgabe,
- Orientierungsfähigkeit oder
- Handlungsplanung

fassen wir unter geistige Leistungsfähigkeit zusammen.

Bei Abschluss der Versicherung nach Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person gilt:

Ein Verlust der Fähigkeit „Geistige Leistungsfähigkeit“ liegt vor, wenn die geistige Leistungsfähigkeit der Person so schwer gestört ist, dass sie alltagsrelevante Tätigkeiten nicht mehr ausüben kann.

Störungen treten beispielsweise durch eine

- Hirnschädigung,
- Schizophrenie,
- Psychose oder
- Demenz

auf.

Zu alltagsrelevanten Tätigkeiten zählen zum Beispiel

- Essenszubereitung,
- Führung des Haushalts,
- Vereinbarung von Terminen,
- Strukturierung des Tages oder
- Tätigkeiten, die Gedächtnisleistung, Aufmerksamkeit und Konzentration fordern.

Den Verlust der „Geistigen Leistungsfähigkeit“ muss ein

- Neuropsychologe oder
- ein Facharzt für Neurologie

bestätigen. Dies muss auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit

- körperlicher sowie
- psychopathologischer

Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests erfolgen. Es muss mindestens die Diagnose einer mittelgradigen Intelligenzminderung (klassifiziert nach ICD-10 F 71) vorliegen.

Leichtgradige Intelligenzminderungen, beispielsweise nach ICD-10 F 70 klassifiziert, erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

Bei Abschluss der Versicherung vor dem 15. Lebensjahr der versicherten Person gilt:

Die Fähigkeit „Geistige Leistungsfähigkeit“ ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Sie können den Einschluss dieser Fähigkeit zwischen Vollendung des 14. und 18. Lebensjahres der versicherten Person beantragen. Für diesen Einschluss ist eine neue Gesundheitsprüfung nötig. Der Einschluss muss mindestens drei Monate vor dem gewünschten Einschlussstermin beantragt werden. Frühestens kann der Einschluss mit Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person erfolgen.

e) Gleichgewicht

Nach Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person gilt:

Ein Verlust der Fähigkeit „Gleichgewicht“ liegt vor, wenn die Person alle folgenden Punkte nicht mehr erfüllen kann:

- 10 m Strichgang mit geschlossenen Augen ohne Fallneigung
- 50 Schritte mit geschlossenen Augen auf der Stelle treten, ohne sich dabei um mehr als 45 Grad zur Seite zu drehen
- mit geschlossenen Augen und parallelem Fußstand 60 Sekunden ohne Fallneigung auf der Stelle stehen

Der Nachweis ist anhand eines anerkannten Testverfahrens (zum Beispiel Cranio-Corpo-Graphie) zu führen.

Vor Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person gilt:

Die Fähigkeit „Gleichgewicht“ ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

f) Gebrauch eines Arms

Nach Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person gilt:

Ein Verlust der Fähigkeit „Gebrauch eines Arms“ liegt vor, wenn die Person

- nicht fähig ist, den linken oder rechten Arm bis auf Schulterhöhe zu heben und 10 Sekunden zu halten und
- mit demselben Arm auch nicht fähig ist, einen mit einem Griff versehenen Gegenstand von 5 kg von einem Tisch zu heben und 5 m weit auf festem und ebenem Boden gehend zu tragen.

Vor Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person gilt:

Ein Verlust der Fähigkeit „Gebrauch eines Arms“ liegt vor, wenn die Person

- nicht fähig ist, den linken oder rechten Arm bis auf Schulterhöhe zu heben und 10 Sekunden zu halten und
- mit demselben Arm auch nicht fähig ist, einen mit einem Griff versehenen Gegenstand von 2 kg vom Boden zu heben und 5 m weit auf festem und ebenem Boden gehend zu tragen.

g) Gebrauch einer Hand

Nach Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person gilt:

Ein Verlust der Fähigkeit „Gebrauch einer Hand“ liegt vor, wenn die Person mit der linken oder mit der rechten Hand zu Folgendem nicht fähig ist:

- eine geöffnete Flasche mit Schraubverschluss zu schließen und wieder zu öffnen oder
- eine 5mm-Schraube mit dem Schraubendreher in ein gedübeltes Loch zu schrauben und zu lösen.

Auf die Zuhilfenahme der anderen Hand kommt es hierbei jeweils nicht an.

Vor Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person gilt:

Ein Verlust der Fähigkeit „Gebrauch einer Hand“ liegt vor, wenn die Person mit der linken oder mit der rechten Hand zu Folgendem nicht fähig ist:

- eine geöffnete Flasche mit Schraubverschluss zu schließen und wieder zu öffnen

Auf die Zuhilfenahme der anderen Hand kommt es hierbei jeweils nicht an.

h) Schreiben

Bei Abschluss der Versicherung nach dem 15. Lebensjahr der versicherten Person gilt:

Ein Verlust der Fähigkeit „Schreiben“ liegt vor, wenn die Person wegen motorischer Einschränkungen zu Folgendem nicht mehr in der Lage ist:

Sie kann mit einem Schreibstift mit der linken oder der rechten Hand nicht fünf Wörter in Druckbuchstaben schreiben oder abschreiben. Diese Wörter haben jeweils mindestens zehn Buchstaben. Ein unbeeiliger Dritter muss diese Wörter lesen können.

Die Beschwerden müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein. Krankhafte Befunde sind zum Beispiel der Zustand nach einem Schlaganfall oder Morbus Parkinson.

Bei Abschluss der Versicherung vor dem 15. Lebensjahr der versicherten Person gilt:

Der Verlust der Fähigkeit „Schreiben“ ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Sie können den Einschluss dieser Fähigkeit zwischen Vollendung des 14. und 18. Lebensjahres der versicherten Person beantragen. Für diesen Einschluss ist eine neue Gesundheitsprüfung nötig. Der Einschluss muss mindestens drei Monate vor dem gewünschten Einschlussstermin beantragt werden. Frühestens kann der Einschluss mit Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person erfolgen.

i) Knien und Bücken

Ein Verlust der Fähigkeit „Knien und Bücken“ liegt vor, wenn die Person weder durch Bücken noch durch Niederknien fähig ist, mit dem Finger den Boden zu berühren, und sich danach wieder aus eigener Kraft aufzurichten.

j) Gehen oder Treppensteigen

Ein Verlust der Fähigkeit „Gehen oder Treppensteigen“ liegt vor, wenn Folgendes selbstständig nicht mehr möglich ist: Ohne eine Pause von mehr als einer Minute

- eine Strecke von 400 m über einen ebenen und festen Boden mit einem für Gehwege üblichen Bodenbelag gehend zurückzulegen oder
- eine gerade Treppe von 12 Stufen mit einer Stufenhöhe von 16 cm und Handlauf hinauf- und hinabzusteigen.

Dies gilt nur, wenn die Person auch mit geeigneten Hilfsmitteln dazu nicht in der Lage ist.

k) Stehen

Ein Verlust der Fähigkeit „Stehen“ liegt vor, wenn es nicht mehr möglich ist,

- auch mit Veränderung der Körperhaltung,
- ohne sich abzustützen,

10 Minuten lang barfuß auf festem und ebenem Boden zu stehen.

l) Sitzen

Ein Verlust der Fähigkeit „Sitzen“ liegt vor, wenn es nicht mehr möglich ist, 20 Minuten ununterbrochen auf einem ergonomischen Stuhl zu sitzen, auch nicht mit Änderung der Sitzposition oder mit Abstützen auf Armlehnen.

m) Autofahren

Die Fähigkeit „Autofahren“ ist vor Vollendung des 18. Lebensjahres der versicherten Person vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Bei Abschluss der Versicherung nach dem 15. Lebensjahr der versicherten Person gilt:

Nach Vollendung des 18. Lebensjahres der versicherten Person gilt: Ein Verlust der Fähigkeit „Autofahren“ liegt vor, wenn die Person nicht mehr zum Führen eines Personenkraftwagens (Pkw) in der Lage ist. Dazu muss die Fahrerlaubnis nachweislich aus gesundheitlichen Gründen entzogen oder nicht erteilt werden. Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen.

Alle Fälle, in denen die Fahrerlaubnis auf Grund von

- Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum oder
- psychischen Beeinträchtigungen entzogen wird,

gelten nicht als Versicherungsfall.

Bei Abschluss der Versicherung vor dem 15. Lebensjahr gilt:

Der Verlust der Fähigkeit „Autofahren“ ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Sie können den Einschluss dieser Fähigkeit zwischen Vollendung des 14. und 18. Lebensjahres der versicherten Person beantragen. Für diesen Einschluss ist eine neue Gesundheitsprüfung nötig. Der Einschluss muss mindestens drei Monate vor dem gewünschten Einschlussstermin beantragt werden. Frühestens kann der Einschluss mit Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person erfolgen.

n) Eigenverantwortliches Handeln

Nach Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person gilt:

Ein Verlust der Fähigkeit „Eigenverantwortliches Handeln“ liegt vor, wenn für die Person gerichtlich ein Betreuer zur Besorgung aller Angelegenheiten bestellt wird. Der gerichtliche Beschluss muss auf einem psychiatrischen Gutachten beruhen. Ein Versicherungsfall liegt dann vor, wenn

- die Betreuung bereits mindestens zwölf Monate andauert oder
- der im Beschluss genannte Überprüfungstermin mindestens zwölf Monate nach dem Beschlusdatum liegt.

Vom Versicherungsschutz nicht erfasst ist die Bestellung eines Betreuers auf Grund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum.

Vor Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person gilt:

Die Fähigkeit „Eigenverantwortliche Handeln“ ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Beeinträchtigung als Folge von Pflegebedürftigkeit

(6) Nach Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person gilt:

Eine Beeinträchtigung als Folge von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Ursache der Hilflosigkeit ist eine Krankheit, eine Körperverletzung oder ein mehr als altersentsprechender Kräfteverfall.
- Die Hilfe wird

- in erheblichem Umfang,
- täglich,

– auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel und

– voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen

benötigt.

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

– Fortbewegen im Zimmer

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

– Aufstehen und Zubettgehen

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

– An- und Auskleiden

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

– Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

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

– Waschen, Kämmen oder Rasieren

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

– Verrichten der Notdurft

Die Person ist hilfbedürftig, wenn sie die Hilfe einer anderen Person benötigt, weil:

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

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

Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

Vor Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person gilt:

Eine Beeinträchtigung als Folge von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Person als Folge von Krankheit oder Körperverletzung für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen auf eine der nachfolgend genannten technischen oder medizinischen Hilfestellungen angewiesen sein wird oder bereits seit mindestens sechs Monaten darauf angewiesen ist.

- Die Person muss aus medizinischen Gründen an 24 Stunden pro Tag künstlich beatmet werden.
- Die Person muss aus medizinischen Gründen ausschließlich durch eine Magensonde oder intravenös ernährt werden.
- Die Person befindet sich im Koma beziehungsweise Wachkoma.
- Die Person kann aus medizinischen Gründen das Bett eigenständig nicht verlassen.
- Die Person ist querschnittsgelähmt (d.h. komplette Para- oder Tetraplegie).
- Die Person ist zur Fortbewegung auf die Verwendung eines Rollstuhls aus medizinischen Gründen angewiesen.

Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

§ 3 – Was ist eine Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?

Haben Sie den Baustein **Kapitalleistung bei schweren Krankheiten** eingeschlossen, gilt:

- (1) Die in Absatz 2 genannten Krankheiten gelten als Krankheit im Sinne dieser Bedingungen, wenn sie die im Einzelnen genannten Voraussetzungen erfüllen. Sie haben den Nachweis für den Eintritt einer der versicherten Krankheiten erbracht, wenn folgende Punkte erfüllt sind:
 - Ein entsprechender Facharzt hat die Leistungsvoraussetzungen bestätigt.
 - Befunde von Untersuchungen belegen die Leistungsvoraussetzungen.
 - Die angewendeten Verfahren entsprechen dem aktuellen Stand der Wissenschaft.
- (2) Die folgenden Krankheiten sind versichert:
 - Krebs
 - Herzinfarkt
 - Schlaganfall
 - Multiple Sklerose
 - Koma
 - Querschnittslähmung
 - Chronisches Nierenversagen

Eine Definition der einzelnen Krankheiten können Sie unter den Buchstaben a bis g nachlesen.

a) Krebs

Bei einer Krebserkrankung muss ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten zwischen Versicherungsbeginn und Erstdiagnosestellung gelegen haben. Zudem muss Folgendes nachgewiesen werden:

- ein solider, bösartiger Tumor ab einer Tumorgroße T2 (oder entsprechender alternativer Stadieneinteilung)
- ein Tumor mit Lymphknoten- (N1) oder Fernmetastasen (M1)
- ein Gehirntumor ab WHO II
- eine Leukämie oder ein malignes Lymphom in allen Stadien

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind

- Carzinoma in situ, das heißt alle prä-malignen Erkrankungen oder nicht-invasiven Krebserkrankungen (zum Beispiel CIN-1 bis CIN-3 bei Gebärmutterhalsveränderungen, Krebserkrankungen im Stadium 0),
- früher Prostatakrebs nach TNM Klassifikation T1a N0 M0 und T1b N0 M0,
- maligne Melanome der Haut nach TNM Klassifikation T1a N0 M0 und T1b N0 M0 und T2a N0 M0,
- Hyperkeratosen, Basaliome und Spinaliome und
- alle anderen Tumorerkrankungen im Stadium I, wenn für die Behandlung weder eine Strahlen- noch eine Chemotherapie erforderlich ist. Die Notwendigkeit einer Strahlen- oder Chemotherapie muss ein Facharzt für Onkologie bestätigen.

b) Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt liegt bei Absterben eines Teils des Herzmuskels durch einen akuten Verschluss eines Herzkranzgefäßes vor.

Die Diagnose muss gesichert sein durch mindestens zwei der folgenden Kriterien:

- typische Brustschmerzen
- Erhöhung der herzmuskelspezifischen Laborwerte (Enzyme)
- für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen

Stumme Herzinfarkte und eine stabile oder instabile Angina pectoris gelten nicht als Krankheit im Sinne dieser Bedingungen.

c) Schlaganfall

Ein Schlaganfall liegt bei akutem Absterben von Hirngewebe durch einen intrakraniellen Gefäßverschluss oder eine intrakranielle Blutung vor. Entsprechende bildgebende Befunde müssen den Schlaganfall nachweisen.

Der Schlaganfall muss mindestens einen der folgenden Punkte bewirken:

- Es können dauerhaft drei oder mehr Verrichtungen nach § 2 Absatz 6 nicht mehr selbstständig durchgeführt werden.
- Es liegt dauerhafte Bettlägerigkeit vor und ein Aufstehen ohne fremde Hilfe ist nicht mehr möglich.

Dieser Zustand muss mindestens drei Monate lang fortbestehen und ärztlich dokumentiert sein.

d) Multiple Sklerose

Bei einer Multiplen Sklerose müssen folgende Punkte erfüllt sein:

- Es liegt die gesicherte Diagnose einer Multiplen Sklerose vor.
- Es wird gleichzeitig ein typischer Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark im MRT nachgewiesen.
- Es ist ärztlich dokumentiert, dass motorische oder sensorische Ausfälle über mindestens sechs Monate bestanden.
- Die funktionellen Einschränkungen wurden nach der Extended Disability Status Scale (EDSS) festgestellt und erreichen mindestens Stufe 4,5 der EDSS.

Folgende Punkte gelten nicht als Krankheit im Sinne dieser Bedingungen:

- Radiologisch oder klinisch isolierte Syndrome
- eine isolierte Optikusneuritis

e) Koma

Ein Koma liegt vor bei einem schweren Versagen von Hirnfunktionen mit einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf äußere Reize. Auf der Glasgow-Coma-Scale werden für mindestens vier aufeinanderfolgende Tage für den Umfang der Funktionsstörung des Gehirns jeweils höchstens acht Punkte erreicht. Zudem ist die Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen erforderlich. Es kommt zu neurologischen Ausfallerscheinungen, die länger als 28 Tage nach Beginn des Komats anhalten.

Folgende Punkte gelten nicht als Krankheit im Sinne dieser Bedingungen:

- ein künstlich oder medizinisch hervorgerufenes Koma

- ein Koma als Folge von Medikamentenmissbrauch, Alkohol- oder Drogenkonsum

f) Querschnittslähmung

Eine Querschnittslähmung liegt bei Lähmung beider Beine über mindestens drei Monate vor. Die Lähmung besteht nach aktuellem medizinischem Wissensstand voraussichtlich auf Dauer.

Folgende Gründe für Lähmungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- absichtliche Selbstverletzungen oder psychische Erkrankungen
- ein Guillain-Barré-Syndrom
- periodische beziehungsweise hereditäre Paralysen

g) Chronisches Nierenversagen

Ein chronisches Nierenversagen liegt bei dauerhaftem und endgültigem vollständigem Versagen beider Nieren vor. Auf Grund des chronischen Nierenversagens muss eine regelmäßige Blutwäsche (Dialyse) oder eine Nierentransplantation notwendig sein.

Bei chronischem Nierenversagen entsteht der Anspruch nach Ablauf von 28 Tagen nach der ersten Dialysebehandlung beziehungsweise der erfolgten Nierentransplantation, sofern die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt.

§ 4 – Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) Wir beteiligen Sie nach § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und den Bewertungsreserven. Dies nennen wir Überschussbeteiligung.

Die Überschüsse und die zum Bilanzstichtag vorhandenen Bewertungsreserven des Unternehmens ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB). Wir veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Nachfolgend beantworten wir Ihnen diese Fragen:

- Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Gesamtheit der Versicherungsnehmer? Lesen Sie dazu die Absätze 2 bis 4.
- Wie führen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags durch? Lesen Sie dazu die Absätze 5 bis 7.
- Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren? Lesen Sie dazu Absatz 8.

Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Gesamtheit der Versicherungsnehmer?

- (2) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- aus Kapitalerträgen
- aus dem Risikoergebnis
- aus dem übrigen Ergebnis

Wir beteiligen die Versicherungsnehmer grundsätzlich an diesen Überschüssen. Dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

1. Kapitalerträge

In der Mindestzuführungsverordnung wird Folgendes geregelt:

Es werden die Kapitalanlagen genannt, die wir bei der Ermittlung der Nettoerträge berücksichtigen müssen.

Es wird die Höhe des Anteils an den Nettoerträgen dieser Kapitalanlagen genannt, den die Versicherungsnehmer grundsätzlich mindestens erhalten. Aktuell liegt die Höhe des Anteils bei 90 % dieser Erträge.

Aus diesem Anteil finanzieren wir zunächst die Beträge, die wir für die garantierten Leistungen insgesamt benötigen.

Ist der verbleibende Betrag positiv, verwenden wir ihn für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Sind die Beträge, die wir für die garantierten Leistungen insgesamt benötigen, höher als die gesamten Nettoerträge der berücksichtigten Kapitalanlagen, wird diese Finanzierungslücke aufgefüllt. Dafür können die Anteile der Versicherungsnehmer am positiven Risikoergebnis und am positiven übrigen Ergebnis verwendet werden.

Die Beiträge haben wir so berechnet, wie wir sie zur Deckung des Risikos und der Kosten benötigen. Bei einer Existenzschutzversicherung bezieht sich das Risiko auf den Eintritt einer Beeinträchtigung. Bei dem

Baustein **Kapitalleistung bei schweren Krankheiten** bezieht sich das Risiko auf den Eintritt einer schweren Krankheit.

Vor Eintritt einer Beeinträchtigung oder einer schweren Krankheit stehen daher keine oder nur geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

2. Risikoergebnis

Vor Eintritt der Beeinträchtigung oder der schweren Krankheit ist die Entwicklung des Risikos einer Beeinträchtigung oder einer schweren Krankheit der wichtigste Einflussfaktor auf die Höhe der Überschussbeteiligung. Das Risikoergebnis spielt also eine bedeutende Rolle als Quelle von Überschüssen.

Risikoüberschüsse entstehen, wenn sich die Aufwendungen für das Risiko einer Beeinträchtigung oder einer schweren Krankheit günstiger entwickeln, als wir in den Tarif eingerechnet haben. Das bedeutet, wir müssen weniger Leistungen wegen Beeinträchtigung oder schwerer Krankheit zahlen als ursprünglich angenommen.

Nach der aktuell geltenden Mindestzuführungsverordnung werden die Versicherungsnehmer grundsätzlich zu mindestens 90 % am positiven Risikoergebnis beteiligt.

3. Übriges Ergebnis

Das übrige Ergebnis ist die Summe der Ergebnisse verschiedener Positionen. Eine Position ist das Kostenergebnis. Überschüsse aus dem Kostenergebnis können beispielsweise entstehen, wenn die Kosten niedriger sind, als wir sie in den Tarif eingerechnet haben.

Nach der aktuell geltenden Mindestzuführungsverordnung werden die Versicherungsnehmer grundsätzlich zu mindestens 50 % am positiven übrigen Ergebnis beteiligt.

(3) Überschüsse:

Die in Absatz 2 beschriebenen Anteile an den Überschüssen, die auf die Versicherungsnehmer entfallen,

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

Nach der aktuell geltenden Mindestzuführungsverordnung kann diese Mindestzuführung zur RfB mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde BaFin in Ausnahmefällen reduziert werden.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)

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

Die RfB dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Von diesem Grundsatz dürfen wir nur in bestimmten Ausnahmefällen abweichen. Dafür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde BaFin. Diese Ausnahmen sind in § 140 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) geregelt. Nach der derzeitigen Fassung können wir im Interesse der Versicherten die RfB heranziehen, um

- einen drohenden Notstand abzuwenden.
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen auszugleichen. Diese Verluste müssen auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sein. Dabei belasten wir den Bestand verursachungsorientiert.
- die Deckungsrückstellung zu erhöhen. Voraussetzung dafür ist: Wir müssen die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse anpassen. Dabei belasten wir den Bestand verursachungsorientiert.

In diesen Fällen dürfen wir nur den Teil der RfB verwenden, der nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

(4) Bewertungsreserven:

Wir ermitteln die Bewertungsreserven, indem wir den Marktwert der Kapitalanlagen mit dem Bilanzwert der Kapitalanlagen vergleichen. Ist der Marktwert höher als der Bilanzwert, gibt es Bewertungsreserven. Da es sich bei einer Existenzschutzversicherung oder einer **Kapitalleistung bei schweren Krankheiten** um eine Risikoversicherung handelt, stehen keine oder nur geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden. Dadurch entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Wir ordnen die Bewertungsreserven den berechtigten Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Voraussetzung dafür ist:

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

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

Wie führen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags durch?

- (5) Wir haben gleichartige Versicherungen zu Gewinngruppen zusammengefasst. Gewinngruppen bilden wir, um beispielsweise die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Gewinngruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Wir ordnen sie dabei in dem Maß zu, wie die Gewinngruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Gewinngruppe, zu der sie gehört. Ihre Versicherung gehört zur Gewinngruppe Berufsunfähigkeitsversicherungen. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung eine Überschussbeteiligung.

Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen sie in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

(6) 1. Laufende Überschussanteile

Im Zeitabschnitt, in dem keine Leistung bezogen wird, berechnen wir die laufenden Überschussanteile zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres. Diese Überschussanteile teilen wir jeweils anteilig mit jeder Fälligkeit des Beitrags zu. Bei beitragsfreien Versicherungen erfolgt die Zuteilung monatlich. Die erste Zuteilung führen wir zum vereinbarten Beginn der Versicherung durch.

Wir berechnen für Ihren Vertrag laufende Überschussanteile in Prozent der folgenden Bemessungsgrundlage:

- Bei laufender Beitragszahlung ist die Bemessungsgrundlage die Summe der Risiko-, Spar- und Kostenbeiträge eines Versicherungsjahres abzüglich eventueller Risikozuschläge.
- Für beitragsfreie Versicherungen entspricht die Bemessungsgrundlage dem tatsächlichen Risikobeitrag des Zuteilungsjahres abzüglich eventueller Risikozuschläge.

Im Zeitabschnitt, in dem eine Leistung bezogen wird, berechnen wir die laufenden Überschussanteile zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres. Diese Überschussanteile teilen wir jeweils anteilig mit jeder Fälligkeit der Leistung zu.

Im Versicherungsjahr, in dem die Leistung beginnt, erhalten Sie diese Überschüsse anteilig für die Zeit vom Leistungsbeginn bis zum folgenden Jahrestag.

Wir berechnen für Ihren Vertrag laufende Überschussanteile in Prozent einer Bemessungsgrundlage: Diese Bemessungsgrundlage ermitteln wir aus dem Deckungskapital zum Jahrestag der Versicherung.

2. Beteiligung an Bewertungsreserven

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

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

- (7) Für den Zeitabschnitt, in dem keine Leistung bezogen wird, können Sie wählen, auf welche Art die laufenden Überschüsse verwendet werden. Die Überschussanteile können

- verzinslich angesammelt oder
- mit laufenden Beiträgen verrechnet

werden. Sie können die Verwendungsart für die Überschussanteile nur einheitlich für die gesamte Versicherung wählen.

Im Zeitabschnitt, in dem eine Leistung bezogen wird, ermitteln wir aus den laufenden Überschussanteilen eine Bonusrente. Die Bonusrente wird zusätzlich im Leistungsbezug ausgezahlt. Sie erhöht die Rente bei Beeinträchtigung.

Ist eine **Kapitalleistung bei schwerer Krankheit** eingeschlossen, gilt in dem Zeitabschnitt, in dem eine Leistung wegen einer Beeinträchtigung erbracht wird: Die Überschussanteile werden verzinslich angesammelt.

Bei Tod der versicherten Person wird ein vorhandenes Überschussgut haben zusammen mit Ihrer Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Absatz 6 Nummer 2 ausgezahlt.

Warum können wir die Höhe der Überschüsse nicht garantieren?

- (8) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese Einflüsse sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Risikos einer Beeinträchtigung oder schweren Krankheit. Aber auch die Entwicklung des Kapitalmarkts und der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung können wir also nicht garantieren. Über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung werden wir Sie jährlich informieren.

§ 5 – Wann beginnt und wann endet ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht kein Versicherungsschutz. Unsere Leistungspflicht kann entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen. Das heißt, Sie können in diesem Fall Ihren Versicherungsschutz verlieren. Weitere Informationen finden Sie in § 15 Absatz 2 und 3 sowie § 17.

Ihre Versicherung beginnt um 0:00 Uhr des ersten Tages und endet um 24:00 Uhr des letzten Tages der vereinbarten Dauer des Vertrags.

§ 6 – In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

- durch die vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person. Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr sind davon ausgeschlossen.
- durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- durch eine der folgenden Handlungen der versicherten Person:
 - Absichtliche Herbeiführung von Krankheit
 - Absichtliche Herbeiführung von mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall
 - Absichtliche Selbstverletzung
 - Versuchte Selbsttötung
- durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie vorsätzlich den Versicherungsfall herbeigeführt haben.
- durch Strahlung als Folge von Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährdet, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde.

Dieser Ausschluss gilt in folgendem Fall nicht:

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

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

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

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

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

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

Dieser Ausschluss gilt in folgendem Fall nicht: Die versicherte Person war kriegerischen Auseinandersetzungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und nicht aktiv an ihnen beteiligt.

Dieser Ausschluss gilt in folgendem weiteren Fall nicht:

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

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

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

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

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

Rechtsfolgen der Verletzung der Anzeigepflicht

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

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

Rücktritt

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

Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie uns Folgendes nachweisen:

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

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

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

- (6) Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn wir vom Vertrag zurücktreten.

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

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

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

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

Kündigung

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

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

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

- (10) Kündigen wir die Versicherung, wird sie zu einer beitragsfreien Versicherung. Die Grundsätze zur Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie in § 18 Absätze 3 bis 9 dieser Bedingungen nachlesen.

Vertragsanpassung

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

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

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

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

- (15) Innerhalb eines Monats müssen wir unsere Rechte schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem uns die Verletzung der Anzeigepflicht bekannt wird, die das von uns geltend gemachte Recht begründet. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

- (16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsabschluss erlöschen unsere Rechte. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten,

können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber den Vertrag anfechten, auch wenn Sie die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht kannten. Absatz 8 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

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

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

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

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

- ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles
- ausführliche Berichte der früher und aktuell behandelnden Ärzte über
 - Ursache, Beginn und Art,
 - Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens
 - sowie über den Umfang des Leidens und
 - gegebenenfalls über dessen Auswirkungen auf eine in § 2 Absatz 5 beschriebene Beeinträchtigung und
 - gegebenenfalls Weitere in § 3 Absatz 2 beschriebene Merkmale der Krankheit.
- Bei Anordnung gesetzlicher Betreuung den gerichtlichen Bestellungsbeschluss.
- Angaben über den Beruf
- Eine Liste
 - der Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird.
 - der Einrichtungen, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Beeinträchtigung oder schwerer Krankheit geltend machen könnte. Das können Versicherer, Sozialversicherungsträger oder sonstige Versorgungsträger sein.
- Zusätzlich bei Beeinträchtigung als Folge von Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absatz 6: Eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege. Dafür benötigen wir einen der folgenden Berichte:
 - Den Bericht des Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) oder
 - den Arztbericht über die Begutachtung und Einstufung der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person

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

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

- Weitere Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte.
- Notwendige Nachweise. Notwendige Nachweise können sich auch auf die wirtschaftlichen und beruflichen Verhältnisse und ihre Veränderungen beziehen.
- Zusätzliche Auskünfte.

Die Kosten dafür tragen wir. Wir können verlangen, dass die ärztlichen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Das gilt auch, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält. In diesem Fall übernehmen wir die Reise- und Aufenthaltskosten. Diese müssen aber vorher mit uns abgestimmt sein. Die versicherte Person hat die folgenden Personen und Einrichtungen zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen:

- Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung war oder ist
 - Pflegepersonen
 - Andere Personenversicherer
 - Gesetzliche Krankenkassen
 - Berufsgenossenschaften
 - Behörden
- (3) Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, ärztliche Anordnungen zu befolgen, damit wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Davon ausgenommen sind
- der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (zum Beispiel Seh- und Hörhilfen)
 - sowie Maßnahmen, die eine sichere Aussicht bieten, dass sich der Gesundheitszustand verbessert. Das gilt nur, wenn sie gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind.

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

(4) Unsere Leistungen sind fällig, nachdem wir die notwendigen Erhebungen abgeschlossen haben. Als notwendig gelten Erhebungen, für die Folgendes gilt:

- Sie sind zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig.
 - Sie begründen unsere Leistungspflicht.
- (5) Wird eine der in diesem Paragraphen genannten Pflichten nicht erfüllt, können wir unsere Leistungspflicht oder deren Umfang eventuell nicht feststellen. Eine solche Pflichtverletzung kann also dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

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

(1) Wir prüfen die uns vorliegenden Unterlagen nach § 8 Absatz 1 und 2. Danach erklären wir in Textform,

- ob und
- in welchem Umfang

wir unsere Leistungspflicht anerkennen.

(2) Wir verzichten auf zeitlich befristete Anerkenntnisse unserer Leistungspflicht.

(3) Während wir Ihren Anspruch auf Leistungen prüfen, informieren wir Sie über den Stand der Bearbeitung. Innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der Unterlagen nach § 8 Absatz 1 und 2 erhalten Sie von uns eine Mitteilung. Dabei gibt es zwei Möglichkeiten:

- Wir treffen eine Leistungsentscheidung nach Absatz 1.
- Wir informieren Sie über notwendige weitere Prüfungsschritte oder fehlende Unterlagen.

Während der Prüfung informieren wir Sie regelmäßig – mindestens alle sechs Wochen – über den aktuellen Stand.

§ 10 – Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

Unser Recht auf Nachprüfung

(1) Haben wir die Beeinträchtigung anerkannt oder wurde unsere Leistungspflicht festgestellt, können wir Folgendes nachprüfen:

- Bei der versicherten Person liegt weiterhin eine Beeinträchtigung vor.

- Den Umfang des Leidens und dessen Auswirkungen auf eine in § 2 Absatz 5 beschriebene Beeinträchtigung.

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

Die Kosten dafür tragen wir.

§ 8 Absatz 2 gilt entsprechend.

Ihre Mitteilungspflicht

(3) Nach Anerkennung der Beeinträchtigung müssen Sie uns wesentliche Änderungen unverzüglich mitteilen. Darunter verstehen wir:

- Der Umfang des Leidens und dessen Auswirkungen auf eine in § 2 Absatz 5 beschriebene Beeinträchtigung haben sich gemindert.
- Die Fahrerlaubnis für PKW wird wieder erteilt.
- Die Betreuung fällt weg oder wird eingeschränkt.

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

Unsere Leistungsfreiheit

(5) In folgenden Fällen werden wir von der Leistung frei:

- Die Beeinträchtigung der versicherten Person ist weggefallen.
- Der Umfang des Leidens und dessen Auswirkungen auf eine in § 2 Absatz 5 beschriebene Beeinträchtigung haben sich so vermindert, dass die Beeinträchtigung nicht mehr besteht.

(6) Lag eine Beeinträchtigung als Folge von Pflegebedürftigkeit vor, werden wir unter folgenden Voraussetzungen von der Leistung frei:

- Die Art oder der Umfang des Pflegefalls hat sich geändert.
- In der Folge liegt eine Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absatz 6 nicht mehr vor.

Die Absätze 1 bis 5 gelten entsprechend.

(7) Werden wir von der Leistung frei, erhalten Sie und die versicherte Person eine Erklärung über die geänderte Situation in Textform. Unterliegen Gründe für die Leistungseinstellung dem Datenschutz, teilen wir diese nur der versicherten Person mit.

(8) Der Zeitpunkt, zudem wir unsere Leistungen einstellen, ist davon abhängig, wann Ihnen unsere Erklärung zur Leistungseinstellung zugeht. Mit Ablauf des dritten Monats danach stellen wir die Leistung ein.

(9) Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung müssen Sie die Zahlung der Beiträge wieder aufnehmen.

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

Ihre Pflichten nach § 10 nennen wir Mitwirkungspflicht.

Solange die Mitwirkungspflicht von

- Ihnen,
- der versicherten Person oder
- der Person, die den Anspruch erhebt,

nicht erfüllt wird, gilt:

- Wird die Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt, leisten wir nicht.
- Wird die Mitwirkungspflicht grob fahrlässig nicht erfüllt, kürzen wir unsere Leistung. Dies erfolgt in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis.

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

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

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

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

Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

§ 12 – Unter welchen Voraussetzungen können Sie den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?

Erhöhungsoption bei bestimmten Ereignissen

(1) Sie können den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung erhöhen. Dies ist möglich, solange Sie Beiträge für den Vertrag zahlen. Außerdem muss bezogen auf die versicherte Person eines der folgenden Ereignisse eintreten:

1. Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz
2. Geburt eines Kindes
3. Adoption eines minderjährigen Kindes
4. Erwerb und Finanzierung einer selbst bewohnten Immobilie mit einem Finanzierungsbetrag von mindestens 100.000 Euro
5. Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit als Hauptberuf
6. Berufliche Veränderung mit nachhaltiger, nachweislicher Einkommenssteigerung:
 - Bei Angestellten muss dazu das monatlich erzielte Bruttoeinkommen aus nicht selbstständiger Arbeit um mindestens 10 % in einem Schritt steigen.
 - Bei Besoldungsempfängern muss eine Erhöhung der Besoldung um mindestens 10 % als Folge einer Beförderung in eine höhere Laufbahngruppe in einem Schritt erfolgen.
7. Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
8. Berufseinstieg mit regelmäßigem Einkommen innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss einer Berufsausbildung oder eines (Promotions-) Studiums
9. Nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern für selbstständige Versicherte. Der Gewinn muss in den vier Jahren vor Optionsausübung durchschnittlich um mindestens 30% höher liegen als im Jahr, in dem Sie den Antrag gestellt haben
10. Erstmaliges Überschreiten der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung mit dem Bruttoeinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit
11. Reduzierung oder Wegfall des Invaliditätsschutzes aus einer der folgenden Versicherungen:
 - Gesetzliche Rentenversicherung
 - Vom Arbeitgeber finanzierte betriebliche Altersvorsorge, sofern garantierte Werte reduziert werden oder wegfallen
 - Berufsständisches Versorgungswerk, in dem die versicherte Person wegen einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist

12. Erwerb eines der folgenden Abschlüsse:

- Meistertitel
- geprüfte/r Fachwirt/in
- geprüfte/r Operativer Professional
- geprüfte/r Fachkauffrau/mann

13. Erhalt von Prokura zusammen mit einer nachweislichen, nachhaltigen Steigerung des monatlich erzielten Bruttoeinkommens aus nichtselbstständiger Arbeit um mindestens 10 % in einem Schritt.

(2) Sie können die Erhöhung innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt eines der vorgenannten Ereignisse in Textform bei uns beantragen. Danach kann die versicherte Leistung nur noch mit regulärer Risikoprüfung erhöht werden.

(3) Die Option, die Leistung bei bestimmten Ereignissen zu erhöhen, besteht nur bis die versicherte Person das 49. Lebensjahr vollendet hat. Danach kann die versicherte Leistung nur noch mit regulärer Risikoprüfung erhöht werden.

Erhöhungsoption unabhängig von Ereignissen

(4) Sie können den Versicherungsschutz einmalig auch ohne Eintritt der in Absatz 1 aufgeführten Ereignisse erhöhen. Dafür müssen zwei Bedingungen erfüllt sein:

- Der Vertragsabschluss liegt höchstens fünf Jahre zurück.
- Die versicherte Person hat das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Grenzen der Erhöhungsoptionen

- (5) Jede Erhöhung der Rente muss zwischen 300 Euro und 3.000 Euro im Jahr betragen.
- (6) Die Erhöhungen der versicherten Leistung durch Nutzung der Erhöhungsoptionen dürfen insgesamt nicht höher sein als die ursprüngliche versicherte Leistung. Haben Sie eine dynamische Erhöhung der versicherten Leistung vereinbart, können diese Erhöhungen von Beitrag und Leistungen trotzdem weiter erfolgen. Dynamische Erhöhungen von Beitrag und Leistungen berücksichtigen wir bei den Höchstbeträgen nicht.
- (7) Die insgesamt erreichbare versicherte Jahresrente darf höchstens 80 % des im vorangegangenen Kalenderjahr erzielten Netto-Arbeits Einkommens der versicherten Person betragen. Bei Selbstständigen bezieht sich die Grenze auf den Durchschnitt des Gewinns nach Steuern der letzten drei Jahre. Bei Beamten beträgt die Höchstgrenze 50 % des Netto-Arbeits Einkommens. Dabei darf die Jahresrente maximal 30.000 Euro betragen. Bei Hausfrauen, Hausmännern und in der Ausbildung Befindlichen ist die Grenze der Jahresrente bei 12.000 Euro. Diese Grenzen beziehen sich auf die Gesamtabsicherung durch alle Verträge bei
 - allen Versicherern und
 - berufsständischen Versorgungswerken.Dabei werden auch sonstige Invaliditätsversicherungen und bei Beamten auch Versicherungen mit Absicherung gegen Dienstunfähigkeit einbezogen.
- (8) Die **Kapitalleistung bei schweren Krankheiten** nach § 1 Absatz 7 erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Rente nach § 1 Absatz 2.

Weitere Hinweise zu Ihren Erhöhungsoptionen

- (9) Die Erhöhungsoptionen können nicht mehr ausgeübt werden, wenn
 - die Versicherung beitragsfrei ist oder
 - Leistungen aus
 - einer Berufsunfähigkeits-(Zusatz)Versicherung,
 - einer Arbeitsunfähigkeits-(Zusatz)Versicherung oder
 - einer sonstigen Invaliditäts-(Zusatz)Versicherungerbracht, anerkannt oder von Ihnen verlangt worden sind.Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder sonstigen Invaliditätsversicherungen rückwirkend anerkannt, gilt: Erhöhungen des Versicherungsschutzes, die in dem Zeitraum erfolgten, für den rückwirkend Leistungen anerkannt wurden, sind unwirksam.

- (10) Bestehen bei der HUK-COBURG Lebensversicherung AG weitere Versicherungen oder Zusatzversicherungen gegen Berufsunfähigkeit oder sonstige Invaliditätsversicherungen für die versicherte Person, können die Erhöhungsoptionen nur für eine dieser Versicherungen in Anspruch genommen werden.

- (11) Haben Sie die „**Start Police**“ gewählt, gilt:

Die Erhöhungsoptionen können Sie auch während der Startphase nutzen. Der Beginn der Zielphase wird auf den Termin der beitragswirksamen Vertragsänderung vorverlegt und die Beiträge neu berechnet.

Prüfungsrecht und Pflicht zur Mitwirkung

- (12) Im Rahmen des Antrags auf Erhöhung müssen Sie uns eine der vereinbarten Voraussetzungen nachweisen. Sie müssen uns eine Prüfung, ob die Voraussetzung vorliegt, ermöglichen.

§ 13 – Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

§ 14 – Wer erhält die Leistung?

- (1) Sie können bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn Sie keine Bestimmung getroffen haben, leisten wir an Sie.

Bezugsberechtigung

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

Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Mit jeder Fälligkeit einer Rente oder einer Kapitalleistung tritt ein eigener Versicherungsfall ein.

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

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

Abtretung und Verpfändung

- (3) Sofern dies gesetzlich zulässig ist, können Sie das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt eines Versicherungsfalls
 - ganz oder teilweise
 - an Dritte abtreten oder verpfänden.

Anzeige

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

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

§ 15 – Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung durch Monatsbeiträge, Vierteljahresbeiträge, Halbjahresbeiträge oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) zahlen. Für die hier genannten Zahlweisen sind für Ihren Vertrag Mindestbeträge für Leistung und Beitrag festgelegt. Werden beide Mindestbeträge erreicht, können Sie die Beiträge in der gewünschten Weise zahlen.

- (2) Den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zahlen. Sie müssen ihn jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung zahlen. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig (Fälligkeitstag). Die Versicherungsperiode ist abhängig von der Zahlweise der Beiträge.

Die Versicherungsperiode umfasst bei

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

Bei beitragsfreien Verträgen beträgt die Versicherungsperiode einen Monat.

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

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

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

Wir können künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens verlangen, wenn wir den Beitrag wiederholt nicht einziehen konnten.

Das gilt nur, wenn Sie diesen Umstand zu vertreten haben.

- (4) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.
- (5) Die Beitragszahlung endet bei Tod der versicherten Person, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Dauer der Beitragszahlung.
- (6) Wird die Leistung Ihrer Versicherung fällig, werden wir noch offene Beiträge mit dieser Leistung verrechnen.
- (7) Sie können eine Stundung der Beiträge verlangen. Die Stundung kann für maximal sechs Monate ab Fälligkeit des ersten gestundeten Beitrags erfolgen. Sie können mehrmals eine Stundung vereinbaren. Insgesamt haben Sie das Recht auf eine Stundung der Beiträge für höchstens 24 Monate während der gesamten Vertragsdauer.

Der Versicherungsschutz bleibt während der Stundung in vollem Umfang bestehen.

Wir erheben keine Stundungszinsen. Im Leistungsfall wird die Leistung um die ausstehenden Beiträge gekürzt.

Für die Stundung ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns notwendig.

Ein Anspruch auf eine Stundung besteht, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Das Deckungskapital des Vertrags hat bereits einen Wert in Höhe der zu stundenden Beiträge.
- Zwischen dem Ende des Zeitraums der Stundung und dem Ende der Laufzeit des Vertrags liegen noch mindestens fünf Jahre.

In der oben genannten schriftlichen Vereinbarung wird festgelegt, wie Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen:

- Sie zahlen die gestundeten Beiträge in einem Betrag am Ende des vereinbarten Zeitraums der Stundung nach.
- Sie zahlen die gestundeten Beiträge innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten in monatlichen, vierteljährlichen oder halbjährlichen Raten nach.

§ 16 – Was gilt bei Abschluss einer Start Police?

- (1) Bei der „Start Police“ haben Sie die Möglichkeit zu Beginn verminderte Beiträge zu zahlen. Dies nennen wir Startphase. Sie setzt sich aus einer konstanten Phase und einer anschließenden Steigerungsphase zusammen. In der Steigerungsphase steigt der Beitrag stufenweise an. Diese Beitragssteigerungen vereinbaren wir mit Ihnen zu Vertragsbeginn. Die Steigerungsphase endet in einem vereinbarten Versicherungsjahr. In der Zielphase zahlen Sie den Zielbeitrag. Dieser Beitrag ist konstant.
- (2) Sie haben mit der „Start Police“ bereits ab Versicherungsbeginn den Versicherungsschutz in voller Höhe. Voraussetzung dafür ist, dass Sie die Beiträge wie vertraglich vereinbart zahlen. Den zu Vertragsbeginn vereinbarten Beitragsverlauf mit den Beiträgen für Start- und Zielphase finden Sie im Versicherungsschein. Die Erhöhungen des Beitrags erfolgen jeweils zum Jahrestag der Versicherung.
- (3) Im Vergleich zu einem für die gesamte Vertragslaufzeit gleichbleibenden Beitrag, zahlen Sie nach Ende der Startphase einen höheren Beitrag.
Während der Startphase haben Sie jeweils zum Jahrestag der Versicherung das Recht, die Startphase vorzeitig zu beenden. Voraussetzung ist, dass keine Leistungspflicht anerkannt wurde. Nähere Informationen zur Anerkennung der Leistungspflicht finden Sie im § 9.
Beenden Sie die Startphase vorzeitig, treten Sie früher in die Zielphase ein. Je früher Sie in die Zielphase wechseln, desto geringer wird der Zielbeitrag. Der Zielbeitrag wird bei einem Wechsel gemäß den versicherungsmathematischen Grundsätzen der Tariffkalkulation für Ihren Vertrag neu festgelegt. Machen Sie während der Startphase von Ihrem vorzeitigen Umwandlungsrecht keinen Gebrauch, so beginnt die Zielphase zum vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.
- (4) Die Möglichkeit der Beitragsstundung nach § 15 Absatz 7 besteht in der Startphase nur eingeschränkt. Das Deckungskapital des Vertrags ist dafür in der Startphase selten hoch genug.
Auf Grund der Tarifbesonderheit ist auch nach der Startphase – insbesondere in den ersten Jahren – kein ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden. Daher kann die Möglichkeit der Beitragsstundung gemäß § 15 Absatz 7 auch danach noch eingeschränkt sein.

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

Einlösungsbeitrag

- (1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Risikoprüfung

durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

- (2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt eines Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir von der Leistung befreit, vorausgesetzt wir haben Sie
 - durch eine gesonderte Mitteilung in Textform oder
 - durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsscheinauf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht.

Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (3) Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen.
- (4) Mit der Mahnung kündigen wir vorsorglich den Vertrag zum Ablauf der Zahlungsfrist. Unsere Kündigung wird automatisch wirksam, wenn Sie dann noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Zahlen Sie innerhalb eines Monats nach Ablauf der Frist den angeforderten Betrag nach, so wird die Kündigung wieder unwirksam. Tritt ein Versicherungsfall zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Nachzahlung ein, besteht kein oder nur verminderter Versicherungsschutz.
- (5) Befinden Sie sich bei Eintritt eines Versicherungsfalls mit der Zahlung in Verzug, gilt Folgendes:
 - Tritt ein Versicherungsfall vor Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist ein, bleibt der Versicherungsschutz in vollem Umfang bestehen. Wir können die noch ausstehenden Beiträge mit unserer Leistung verrechnen.
 - Tritt ein Versicherungsfall nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist ein, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz.
- (6) Auf die in Absätzen 4 und 5 genannten Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 18 – Wann und mit welchen Folgen können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode in Textform kündigen. Die Versicherung gegen die Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten und der Baustein **Kapitalleistung bei schweren Krankheiten** können nicht getrennt voneinander gekündigt werden.
- (2) Im Falle einer Kündigung erhalten Sie eine Überschussbeteiligung nach § 4. Es wird kein Rückkaufswert ausgezahlt.

Beitragsfreistellung

- (3) Anstatt Ihre Versicherung nach Absatz 1 zu kündigen, können Sie sie auch vollständig oder teilweise beitragsfrei stellen. Dies können Sie jederzeit in Textform zum Schluss der Versicherungsperiode verlangen. Die Versicherung gegen die Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten und der Baustein **Kapitalleistung bei schweren Krankheiten** können nicht getrennt voneinander beitragsfrei oder teilweise beitragsfrei gestellt werden.

Die Beitragsfreistellung ist grundsätzlich durchführbar, wenn die neu ermittelte beitragsfreie Leistung die Mindestleistung in Höhe von

- 200 Euro bei vollständiger oder
- 300 Euro bei teilweiser

Beitragsfreistellung erreicht. Diese Begrenzung gilt für den Jahresbeitrag der Rente bei Beeinträchtigung.

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

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

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

- (5) Die Beitragsfreistellung der Versicherung kann unter anderem folgende Auswirkungen haben:
- Die neu ermittelte Leistung aus der Versicherung ist niedriger als zuvor.
 - Ist Ihre Versicherung bei Eintritt der Beeinträchtigung oder einer Krankheit vollständig oder teilweise beitragsfrei gestellt, zahlen wir nur die reduzierte Leistung, auch wenn unsere Leistungspflicht erst nach der beitragsfreien Zeit beginnt.
 - Das Einschlussverhältnis zwischen der Rente bei Beeinträchtigung und der gegebenenfalls eingeschlossenen Kapitalleistung verändert sich.
 - Erreicht die neu ermittelte beitragsfreie Rente bei Beeinträchtigung die Mindestleistung nach Absatz 3 nicht, so erlischt die Versicherung.
- (6) Erlischt Ihre Versicherung nach Absatz 5 d) wenden wir auf Ihre Versicherung die Regelungen der Kündigung gemäß den Absätzen 1 und 2 an.
- (7) Bei einer vollständigen oder teilweisen Beitragsfreistellung berechnen wir die Höhe der Leistung Ihres Vertrags neu. Dies betrifft die Rente bei Beeinträchtigung. Sofern mitversichert, betrifft das auch die Kapitalleistung bei Krankheit.
- Die neue Höhe der Leistung berechnen wir wie folgt:
- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
 - für den Zeitpunkt der Beitragsfreistellung und
 - unter Zugrundelegung des Wertes nach den Absätzen 8 und 9 abzüglich offener Beiträge.
- (8) Wir berechnen den für die Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Wert nach § 169 VVG Absätze 3 bis 5. Der Wert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete Deckungskapital der Versicherung. Die Berechnung erfolgt mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung.
- Bei einem Vertrag mit laufender Zahlung der Beiträge ist der Wert unabhängig von der Beitragszahlungsdauer mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich durch die gleichmäßige Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Dauer des Vertrags kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die vereinbarte Dauer des Vertrags. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze. Vergleichen Sie dazu § 19 Absatz 2 Satz 4.

Abzug

- (9) Von dem nach Absatz 8 ermittelten Wert erfolgt ein Abzug von 32 %.
- Die Beweislast für die Angemessenheit des vereinbarten und bezifferten Abzugs tragen wir.
- Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht, gilt Folgendes:
- Wir reduzieren den Abzug, wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall wesentlich niedriger liegen muss.
 - Der Abzug entfällt, wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist.

Keine Beitragsrückzahlung

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

Nachteile und Vorteile

- (11) Die vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung oder die Kündigung Ihrer Versicherung kann für Sie Nachteile und Vorteile haben.
- Nachteile:
- In der Anfangszeit Ihrer Versicherung erfolgt die Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten. Weitere Informationen zur Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 19. Durch diese Verrechnung sind in der Anfangszeit keine oder nur geringe Beträge vorhanden, um eine beitragsfreie Rente bei Beeinträchtigung und eine gegebenenfalls eingeschlossene Kapitalleistung bei Krankheit zu bilden.
- Auch in den folgenden Jahren stehen nur geringe oder keine Beträge dafür zur Verfügung. Grund ist, dass während der Dauer Ihres Vertrags vergleichsweise große Teile der Beiträge zur Deckung des versicherten Risikos benötigt werden.
- Bei einer Kündigung wird kein Rückkaufswert ausgezahlt.

Ist Ihre Versicherung bei Eintritt der Beeinträchtigung oder einer Krankheit vollständig oder teilweise beitragsfrei gestellt, erhalten Sie nur die reduzierte Leistung.

Vorteile:

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

Ihre Entscheidung:

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

Hilfe zur Entscheidung:

Zusammen mit dem Versicherungsschein haben wir Ihnen die Garantiewerttabelle übergeben. In dieser Tabelle finden Sie nähere Informationen zur beitragsfreien Rente bei Beeinträchtigung, gegebenenfalls eingeschlossener Kapitalleistung und deren Höhen.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung

- (12) Sie können bei einer vollständig beitragsfrei gestellten Versicherung jederzeit beantragen, die Beitragszahlung wieder aufzunehmen. Dabei gilt:
- Die Beitragszahlung setzt zum nächsten Termin der Beitragsfälligkeit ein.
 - Die Leistung wird zum Einsetzen der Beitragszahlung neu ermittelt.
 - Die Beitragszahlweise wird beibehalten.

Erfolgt die Wiederaufnahme innerhalb der ersten sechs Monate nach der Beitragsfreistellung, verzichten wir auf eine Risikoprüfung.

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

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

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

Fortbestehen von Leistungsansprüchen

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

§ 19 – Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.
- Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören zum Beispiel Kosten für
- Beratung,
 - Anforderung von Gesundheitsauskünften und
 - Ausstellung des Versicherungsscheins.
- (2) Wir wenden auf Ihren Versicherungsvertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dabei entnehmen wir Ihren ersten Beiträgen einen Anteil, der für Folgendes benötigt wird:
- Leistungen im Versicherungsfall
 - Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode
 - Bildung einer Deckungsrückstellung nach § 25 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen
- Den verbleibenden Anteil der ersten Beiträge verwenden wir zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten.
- Der zu tilgende Betrag ist auf 2,5 % der Beiträge beschränkt, die Sie während der Laufzeit des Vertrags zahlen müssen.
- Das ist in der Deckungsrückstellungsverordnung festgelegt.
- (3) Die übrigen Kosten fallen verteilt über die gesamte Laufzeit des Vertrags an.
- (4) Die beschriebene Verrechnung der Kosten hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur der Mindestwert nach § 18 Absätze 8

und 9 zur Bildung der beitragsfreien Rente vorhanden ist. Dies gilt analog für die gegebenenfalls enthaltene **Kapitalleistung bei schweren Krankheiten**. Nähere Informationen zu den beitragsfreien Leistungen sowie zu ihrer jeweiligen Höhe finden Sie in der Garantiewerttabelle. Diese ist Ihrem Versicherungsschein beigelegt.

Kosten für eine Erhöhung Ihres Beitrags und für die Dynamisierung

- (5) Erhöhen Sie Ihren Beitrag oder führen wir eine vereinbarte Dynamisierung durch, entsteht uns ein Aufwand. Zur Finanzierung dieses Aufwands erheben wir erneut Kosten nach Absatz 1. Diese verteilen wir wie in den Absätzen 2 und 3 beschrieben.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Soweit zulässig, findet auf Ihren Vertrag das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die Vertragssprache ist Deutsch.

§ 23 – Wo ist der Gerichtsstand?

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

- (1) Klagen aus dem Vertrag gegen uns

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

Zuständig sind grundsätzlich folgende Gerichte:

- Gericht, in dessen Bezirk unser Sitz liegt
- Gericht, in dessen Bezirk unsere für den Versicherungsvertrag zuständige Niederlassung liegt

Unter bestimmten Voraussetzungen können weitere Gerichte zuständig sein:

- Sind Sie eine natürliche Person, gilt:

Zusätzlich ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Wohnsitz haben.

Haben Sie keinen Wohnsitz, gilt stattdessen: Zusätzlich ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

- Sind Sie eine juristische Person, gilt:

Zusätzlich ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

- (2) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie

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

Zuständig sind grundsätzlich folgende Gerichte:

- Sind Sie eine natürliche Person, gilt:

Es ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Wohnsitz haben.

Haben Sie keinen Wohnsitz, gilt stattdessen: Es ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

- Sind Sie eine juristische Person, gilt:

Es ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

- (3) Haben Sie nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb

- der Europäischen Union,
- Islands,
- Norwegens oder
- der Schweiz

verlegt, gilt: Anders als in den Absätzen 1 und 2 beschrieben, sind für Klagen aus dem Vertrag nur die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

- (4) Haben Sie keinen Wohnsitz, gilt Absatz 3 entsprechend für den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

- (5) Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt bei Erhebung der Klage nicht bekannt, sind für Klagen aus dem Vertrag nur die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 24 – Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

- (1) Einzelne Bestimmungen dieser Bedingungen können unwirksam sein oder werden. Ist dies der Fall, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen und des Vertrags.

Wir können die unwirksamen Bestimmungen auch für die bestehenden Verträge ersetzen. Dafür muss mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

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

Dass die Klausel unwirksam ist, muss durch

- eine höchstrichterliche Entscheidung oder
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt festgestellt worden sein.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn Folgendes gilt:

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

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

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

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

Grundsätze unseres Beschwerdemanagements

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

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

HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
Beschwerdemanagement
Bahnhofsplatz
96440 Coburg

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

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

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

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

Versicherungsombudsmann

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

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632, 10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Tel. 0800 3696000*
Fax 0800 3699000*
www.versicherungsombudsmann.de

(* kostenlos aus deutschen Telefonnetzen)

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

Online-Streitbeilegungsplattform:

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

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

Die für uns zuständige Versicherungsaufsicht:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Tel. 0228 4108-0
Fax 0228 4108-1550

Die Inanspruchnahme des Rechtsweges bleibt davon unberührt.



Besondere Bedingungen für die Dynamik

DYN 2017.2

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?
- § 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Leistungen?
- § 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Leistungen?
- § 4 Wie werden die Kosten der Beitragserhöhung verrechnet?
- § 5 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Leistungen?
- § 6 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

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

- (1) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich regelmäßig. Diese planmäßige regelmäßige Erhöhung nennen wir Dynamik. Je nach Produkt können Sie beim Abschluss der Dynamik zwischen verschiedenen Maßstäben zur Erhöhung wählen:

- Bei allen Produkten können Sie einen festen Erhöhungssatz in Prozent wählen. Dieser beträgt
 - bei Renten- und Kapitallebensversicherungen mindestens 5 % und höchstens 10 %,
 - bei Risikolebens-, Existenzschutz- und Berufsunfähigkeitsversicherungen mindestens 1 % und höchstens 3 %.

- Bei Renten- und Kapitallebensversicherungen haben Sie alternativ folgende Möglichkeit: Sie können Ihre Beiträge im selben Verhältnis wie die Erhöhung des Höchstbeitrags in der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten erhöhen. Der Erhöhungssatz muss mindestens 5 % betragen.

- Bei Direktversicherungen nach § 3 Nr. 63 EStG haben Sie alternativ folgende Möglichkeit: Der Beitrag erhöht sich im Verhältnis wie der nach § 3 Nr. 63 Satz 1 EStG anerkannte steuerfreie Höchstbetrag. Jedoch beträgt die Erhöhung

– bei Renten-Direktversicherungen mindestens 5 % und

– bei Selbstständigen Berufsunfähigkeits-Direktversicherungen mindestens 1 % und höchstens 3 %.

Würde bei Direktversicherungen nach § 3 Nr. 63 EStG ein steuerfreier Höchstbetrag nach § 3 Nr. 63 EStG i.V.m. § 52 Abs. 6 EStG überschritten, so kann die Erhöhung von Ihnen auf den jeweiligen Höchstbetrag begrenzt werden.

- (2) Ist zu der Hauptversicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, darf der Erhöhungssatz der Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen höchstens 5 % betragen. Dies gilt zusätzlich zu den Forderungen aus Absatz 1.
- (3) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- (4) Die Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen erfolgen bis zu einem bestimmten Termin. Dieser Termin ist abhängig vom Produkt:
- Bei Rentenversicherungen erfolgen die Erhöhungen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer.

- Bei Kapitallebensversicherungen erfolgen die Erhöhungen bis drei Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer. Erhöhungen erfolgen nicht mehr, sobald die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat. Sind mehrere Personen versichert, kommt es dabei auf die älteste Person an.

- Bei Risikolebens-, Existenzschutz- und Berufsunfähigkeitsversicherungen erfolgen die Erhöhungen bis drei Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer. Erhöhungen erfolgen nicht mehr, sobald die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat. Sind mehrere Personen versichert, kommt es dabei auf die älteste Person an.

- Ist zu einer Renten- oder Kapitallebensversicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, gilt: Die Erhöhungen erfolgen maximal bis zum ersten Jahrestag der Versicherung nach Ablauf der Hälfte der Beitragszahlungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Dies gilt auch, wenn die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nachträglich eingeschlossen wird.

§ 2 – Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Leistungen?

- (1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen erfolgen jeweils zum Jahrestag der Versicherung.
- (2) Haben Sie eine Start Police abgeschlossen, gilt: Die Kombination der Start Police mit einer Dynamik ist möglich. Die Beiträge und Leistungen erhöhen sich in diesem Fall auf Grund der Dynamik erst nach der Startphase der Start Police. Die Erhöhungen erfolgen auch dann zum Jahrestag der Versicherung.
- (3) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Termin der Erhöhung eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Termin der Erhöhung.

§ 3 – Wonach errechnen sich die erhöhten Leistungen?

- (1) Die Erhöhung der Leistungen wird anhand der folgenden Einflussfaktoren errechnet:
- Alter der versicherten Person(en) am Termin der Erhöhung
 - restliche Beitragszahlungsdauer
 - eventuell vereinbarter Beitragszuschlag.
- (2) Die Leistungen eingeschlossener Zusatzversicherungen werden grundsätzlich so erhöht, dass sich das Verhältnis zwischen den Leistungen der Haupt- und Zusatzversicherung nicht verändert.
- (3) Ist bei der Existenzschutzversicherung der Baustein „Kapitalleistung bei schweren Krankheiten“ eingeschlossen, kann sich das Verhältnis zwischen der „Leistung bei Beeinträchtigung“ und der „Leistung bei schwerer Krankheit“ ändern.

§ 4 – Wie werden die Kosten der Beitragserhöhung verrechnet?

Zur Finanzierung des bei uns entstehenden Aufwands auf Grund der Erhöhung des Beitrags fallen erneut Kosten an. In den Bedingungen der jeweiligen Hauptversicherung im Paragraph „Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?“ wird beschrieben, welche Kosten das sind. Dort ist auch die Verrechnung dieser Kosten geregelt.

§ 5 – Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Leistungen?

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Leistungen.

- (2) In den Allgemeinen Bedingungen Ihrer Versicherung gibt es Bestimmungen über die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht sowie gegebenenfalls über Selbsttötung. Diese Bestimmungen enthalten Fristen. Wenn sich die versicherte Leistung auf Grund der Dynamik erhöht, setzt das diese Fristen nicht erneut in Lauf.

§ 6 – Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend in den folgenden Fällen:
- Sie widersprechen ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Termin der Erhöhung.
 - Sie zahlen den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Termin der Erhöhung.
- (2) Sollten Sie dreimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen. Dieses Recht kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
- (3) Bei folgenden Versicherungen erfolgen keine Erhöhungen, solange Sie auf Grund des Leistungsfalles von der Pflicht zur Beitragszahlung ganz oder teilweise befreit sind:
- Berufsunfähigkeitsversicherungen
 - Versicherungen mit eingeschlossener Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.
 - Existenzschutzversicherungen mit gegebenenfalls eingeschlossenem Baustein „Kapitalleistung bei schweren Krankheiten“

Bitte beachten bei Dynamik-Einschluss und Einzugsverfahren der Beiträge:

Sie erhalten rechtzeitig vor dem Jahrestag der Versicherung einen Nachtrag zur dynamischen Erhöhung Ihrer Versicherung. Wollen Sie an der »Dynamik« nicht teilnehmen, so teilen Sie uns dies dann bitte umgehend mit. Ansonsten wird der erhöhte Beitrag automatisch abgebucht.

Grundsätze unseres Beschwerdemanagements

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

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

HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
Beschwerdemanagement
Bahnhofplatz
96440 Coburg

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

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

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

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

Versicherungsombudsmann

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

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632

10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Tel. 0800 3696000*

Fax 0800 3699000*

www.versicherungsombudsmann.de

(* kostenlos aus deutschen Telefonnetzen)

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

Online-Streitbeilegungsplattform:

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

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

Die für uns zuständige Versicherungsaufsicht:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

Tel. 0228 4108-0

Fax 0228 4108-1550

Die Inanspruchnahme des Rechtswegs bleibt davon unberührt.



Gebührentabelle

Nachfolgend finden Sie die im Paragraphen „Welche Kosten und Gebühren dürfen wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?“ bzw. „Welche Kosten und Gebühren dürfen Ihnen gesondert in Rechnung gestellt werden?“ Ihrer Allgemeinen Versicherungsbedingungen erwähnte Gebührentabelle.

Die folgenden Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen, sofern die Kosten nicht vertraglich oder rechtlich ausgeschlossen sind.

Kostenanlass	Kosten	Erhebung
Schriftliche Fristsetzung bei der Nichtzahlung von Folgebeiträgen nach § 38 VVG (Versicherungsvertragsgesetz)	5,00 €	Ja
Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren Die erhobene Gebühr verwenden wir zur Verrechnung der uns von Ihrem Kreditinstitut in Rechnung gestellten Kosten	2,50 €	derzeit nicht
Erstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein	15,00 €	derzeit nicht
Durchführung von Vertragsänderungen mit Ausnahme von vollständiger Kündigung und vollständiger Beitragsfreistellung	20,00 €	derzeit nicht
Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen	20,00 €	derzeit nicht
Bearbeitung von Zahlungsrückständen	15,00 €	derzeit nicht
Individuelle Wertanfragen über die gesetzlich geregelten Informationspflichten hinaus	5,00 €	derzeit nicht

Wir weisen darauf hin, dass nicht alle Gebührenarten auf die jeweilige Versicherung zutreffen müssen. Die Gebührentabelle wird in regelmäßigen Abständen überprüft. Wir behalten uns vor, die genannten Kosten und die derzeit kostenfreien Vorgänge in der Gebührentabelle entsprechend der Prüfergebnisse angemessen anzupassen (vgl. § 315 BGB). Über eine eventuelle Anpassung werden wir Sie informieren.



Allgemeine Angaben zur steuerlichen Behandlung Ihrer Arbeitskraftabsicherung

A Einkommensteuer

Beiträge

Beiträge zur Absicherung der Arbeitskraft (Berufs-/ Dienstunfähigkeits- und Existenzschutz-Versicherungen) sind bei der Veranlagung zur Einkommenssteuer als Sonderausgaben im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen gemäß § 10 Abs. 4 Einkommensteuergesetz (EStG) absetzbar.

Leistungen

Renten aus Absicherungen der Arbeitskraft müssen als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil, der nach § 55 Abs. 2 Einkommenssteuer- Durchführungsverordnung (EStDV) ermittelt wird, versteuert werden. Die Höhe des Ertragsanteils richtet sich nach der voraussichtlichen Rentendauer.

Steuerpflichtig ist derjenige, der nach dem Vertrag das Recht auf die Leistung hat. Das kann der Versicherungsnehmer selbst sein oder ein von ihm benannter Bezugsberechtigter.

Für Berufsunfähigkeits-Versicherungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung gelten besondere Regelungen

B Erbschaftsteuer / Schenkungsteuer

Leistungen aus Absicherungen der Arbeitskraft unterliegen der Erbschaftsteuer/Schenkungssteuer, wenn sie auf Grund einer Erbschaft oder Schenkung erworben werden.

Erhalten Sie als Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, ist sie nicht erbschaft-/schenkungsteuerpflichtig.

C Versicherungssteuer

Beiträge zu Absicherungen der Arbeitskraft sind nach deutschem Recht von der Versicherungssteuer befreit. Ihr Beitrag enthält daher keine Versicherungssteuer.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in ein Land, das Versicherungssteuer auf solche Versicherungen erhebt, müssen wir möglicherweise die Versicherungssteuer zusätzlich zu Ihrem Beitrag von Ihnen einziehen und an das die Steuer erhebende Land abführen.

Hinweise:

- Wir müssen alle Renten sowie alle Leistungen aus Direktversicherungen und Renten aus Absicherungen der Arbeitskraft, die wir an unsere Kunden auszahlen, an die zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) melden (§ 22a EStG).
- Die vorstehenden Angaben über die Steuerregelung gelten soweit das deutsche Steuerrecht Anwendung findet.
- Bei den Ausführungen handelt es sich lediglich um allgemeine Angaben, die nicht für die gesamte Laufzeit des Vertrags garantiert werden können. Insbesondere aus der Änderung von Gesetzen, Verordnungen, Verwaltungsanweisungen oder auch der Rechtsprechung während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch einvernehmliche Vertragsänderungen, kann sich eine abweichende steuerliche Behandlung ergeben. Verbindliche Auskünfte über die steuerliche Behandlung von Beiträgen oder Versicherungsleistungen dürfen Ihnen – außer dem zuständigen Finanzamt – nur die im Steuerberatungsgesetz bezeichneten Personen (insbesondere Steuerberater) erteilen. Wir sind nicht befugt, Sie steuerlich zu beraten. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Informationen sowie für die Angaben zu steuerlichen Fragen übernehmen wir keine Haftung.