

Versicherungsbedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung für Heilberufe

Inhaltsverzeichnis

1 Leistungen	1
1.1 Welche Leistungen erbringen wir?.....	1
1.2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?.....	2
1.3 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird und welche Mitwirkungspflichten bestehen?.....	3
1.4 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflichten?.....	4
1.5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?.....	4
1.6 Müssen Sie bis zur Leistungsentscheidung Beiträge erbringen?.....	5
1.7 Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?.....	5
1.8 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?.....	6
1.9 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?.....	8
1.10 Wer erhält die Versicherungsleistungen?.....	8
1.11 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?.....	8
1.12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?.....	9
2 Beiträge	10
2.1 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?.....	10
2.2 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?.....	10
2.3 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?.....	10
3 Gestaltungsmöglichkeiten	10
3.1 Welche Möglichkeiten haben Sie bei vorübergehenden Beitragszahlungsschwierigkeiten?.....	10
3.2 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?.....	11
4 Allgemeine Bestimmungen	11
4.1 Welche Kosten und Gebühren fallen an und wie werden sie ausgeglichen?.....	11
4.2 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?.....	12
4.3 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?.....	12
4.4 Welches Recht findet Anwendung, was haben Sie bei Meinungsverschiedenheiten zu beachten und wo ist der Gerichtsstand?.....	12
4.5 Gibt es Möglichkeiten zur außergerichtlichen Streitbeilegung?.....	13
4.6 Wann verjähren Ihre Ansprüche?.....	13

Anhang

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

Ergänzende Bedingungen für die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

1 Leistungen

1.1 Welche Leistungen erbringen wir?

Rentenzahlung und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit

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

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

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

Rentenzahlung und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

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

Rentenzahlung und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz

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

Beginn des Leistungsanspruches

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

Ende des Leistungsanspruches

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

Wiederaufleben der Leistung nach Ablauf der Versicherungsdauer

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

Weltweiter Versicherungsschutz

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

Sonstige Leistungen

1.1.9 Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen

garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe Abschnitt Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?).

Garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall

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

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

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

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

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

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

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

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

1.2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?

Hinweis:

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

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

1.2.2 Wenn nichts anderes vereinbart ist, liegt Berufsunfähigkeit auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen einer Infektionsgefahr Patienten zu behandeln, (vollständiges Tätigkeitsverbot) und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen

Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen. Liegt ein solches Tätigkeitsverbot nicht vor, wird die Ansteckungsgefahr nach objektiven Kriterien und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft beurteilt. Im Zweifel wird dazu ein entsprechendes Gutachten eingeholt.

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

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

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

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

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

Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor?

1.2.8 Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie zumindest bei einer der unten genannten Verrichtungen (Pflegetechnikpunkte) - auch bei Einsatz technischer oder medizinischer Hilfsmittel -

täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen. Der Abschnitt "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn eine Prognose nicht möglich ist?" gilt entsprechend.

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

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- Fortbewegen im Zimmer
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.
- An- und Auskleiden
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Bekleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.
- Verrichten der Notdurft
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
 - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

Pflegebedürftigkeit liegt ferner vor, wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.

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

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

Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge mittelschweren oder schweren Demenz vor?

1.2.10 Berufsunfähigkeit infolge Demenz liegt vor, bei mittelschweren oder schweren Hirnleistungsstörungen (Definition siehe unten), die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden, wenn als deren Folge die versicherte Person voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich selbst oder andere sonst erheblich gefährden würde.

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

Die Diagnose einer mittelschweren oder schweren Demenz ist durch einen Facharzt (Neurologie) auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 5 "Mittelschwere kognitive Leistungsein-

bußen", ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5, Global Deterioration Scale - GDS, Einteilung der Demenz in sieben Grade, Stand 08/2014) nach Reisberg vorliegen. Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden. Leichte oder mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere oder schwere Demenz im oben genannten Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

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

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

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

1.2.12 Bei Personen, die den Freiwilligen Wehrdienst (FWD) oder den Bundesfreiwilligendienst (BFD) ableisten, liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, seine vorherige Tätigkeit auszuüben und, wenn die versicherte Person noch keiner Tätigkeit nachgegangen ist, eine Berufsausbildung oder ein Studium aufzunehmen.

1.2.13 Bei Auszubildenden liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, die begonnene Berufsausbildung fortzusetzen. Beginnt die versicherte Person eine neue Berufsausbildung und erreicht mit dieser einen vergleichbaren Ausbildungsstand wie mit der vorhergehenden Berufsausbildung, liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor. Ergreift die versicherte Person ohne erneute Berufsausbildung einen Beruf und erreicht eine dem ursprünglich erzielten Ausbildungsstand vergleichbare Lebensstellung, liegt ebenfalls keine Berufsunfähigkeit mehr vor. Hat die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit mindestens die Hälfte der vorgesehenen Ausbildungszeit absolviert, wird auf die Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung abgestellt, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss einer solchen Berufsausbildung verbunden ist.

1.2.14 Bei Studenten liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, ihr Studium an einer Hochschule, Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung fortzusetzen.

Für Studenten der Medizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin oder der Pharmazie gilt ergänzend folgende Regelung: Ist mindestens die Hälfte der Regelstudienzeit nach Studienordnung absolviert und ist die Regelstudienzeit um nicht mehr als 5 Semester überschritten, liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, eine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt bzw. Apotheker auszuüben.

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

Nachweise und Pflichten im Leistungsfall

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

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

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit, bzw. der Pflegebedürftigkeit oder der Demenz;
- c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, ihre Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- d) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- e) bei Berufsunfähigkeit infolge Demenz eine Demenzeinstufung aufgrund der Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, ausgestellt durch eine Pflegeeinrichtung oder von einem Arzt, sowie ein Testat des behandelnden Arztes;
- f) bei Berufsunfähigkeit nach Absatz 1.2.2 zusätzlich die Verfügung der zuständigen Behörde im Original oder amtlich beglaubigt.

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

1.3.3 Auf unsere Kosten können wir außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere auch zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen durch Angehörige von nichtärztlichen Heilberufen und über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person und deren Veränderungen.

Die versicherte Person hat Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, bei denen sie in den letzten 10 Jahren vor Antragsstellung untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt hat, zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen, oder uns die erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen.

Weiterhin hat die versicherte Person ihre bisherigen Arbeitgeber zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft über die finanziellen Gegebenheiten und über die Ausgestaltung der konkreten Tätigkeit zu erteilen. Ist die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit selbstständig tätig, so sind uns auf Verlangen alle erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen, die für die Prüfung benötigt werden, ob der Betrieb der versicherten Person, in dem sie selbstständig tätig ist, so umorganisiert werden kann, dass die Fortdauer der selbstständigen Tätigkeit möglich ist.

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

Zumutbar sind Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem sichere Aussicht auf Besserung des Gesamtzustandes bieten. Dabei handelt es sich um Maß-

nahmen wie die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

Pflichten bei laufender Rentenzahlung

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

Pflichten im Todesfall

1.3.6 Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich mitzuteilen.

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

Leistungszahlung in ein Land außerhalb der EU

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

Zu Unrecht empfangene Leistungen

1.3.9 Zu Unrecht empfangene Leistungen sind unverzüglich an uns zurückzuzahlen.

1.4 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflichten?

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

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

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

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

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

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

1.5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

1.5.1 Nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterlagen

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

1.5.2 Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus. Wir können aber in begründeten Einzelfällen, in denen einem endgültigen Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen, einmalig ein auf maximal 12 Monate zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Anschließend wird die Berufsunfähigkeit erneut beurteilt.

1.6 Müssen Sie bis zur Leistungsentscheidung Beiträge erbringen?

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

1.6.2 Sie können verlangen, dass wir die Beiträge für mögliche Zeiten unserer Leistungspflicht stunden und hierfür keine Stundungszinsen erheben. Die während der Leistungsprüfung gestundeten Beiträge sind unverzüglich nachzuzahlen, wenn die Leistungsablehnung ausgesprochen oder eine ggf. binnen drei Monaten eingeleitete gerichtliche Auseinandersetzung mit der Bestätigung der Leistungsablehnung beendet wird. Sie können verlangen, dass die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung oder durch Verrechnung mit den Gewinnanteilen der Hauptversicherung, soweit vorhanden, getilgt werden. Sollte die Tilgung auf diesem Wege nicht möglich sein, teilen wir Ihnen das unverzüglich mit. Außerdem können Sie die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen erheben wir in diesem Fall nicht.

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

Hinweis:

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

Nachprüfung

1.7.1 Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit gemäß des Abschnitts "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?" sowie das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Zu den sachdienlichen Auskünften zählen insbesondere Erklärungen zu:

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

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

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

Wiedereingliederungs- und Umorganisationshilfe

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

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

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

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

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

Ein Anspruch auf Wiedereingliederungs- oder Umorganisationshilfe besteht jedoch nicht.

Mitteilungspflicht bei Änderungen

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

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Berufsunfähigkeit

1.7.5 Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50% vermindert, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Pflegebedürftigkeit

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

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Demenz

1.7.7 Ist die Berufsunfähigkeit infolge mittelschwerer oder

schwerer Demenz weggefallen oder hat sich der Umfang der Demenz auf einen Schweregrad von weniger als fünf nach Reisberg (GDS 5) reduziert, gilt Absatz 1.7.5 entsprechend.

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

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

Überschussquellen

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

1.8.2 Weitere Überschüsse können bei Wahl des Überschussystems Investmentbonus aus den Erträgen der Kapitalanlagen stammen. An den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, beteiligen wir die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens in der jeweils aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Höhe.

1.8.3 Aus Kapitalanlagen können sich bei Wahl des Überschussystems Investmentbonus außerdem Bewertungsreserven ergeben. Diese entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen den in der Bilanz ausgewiesenen Buchwert überschreitet. An den Bewertungsreserven beteiligen wir die Versicherungsnehmer nach § 153 Absatz 3 VVG verursachungsorientiert.

Überschussermittlung

1.8.4 Überschüsse aus Kapitalanlageerträgen werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Ermittlung der Risiko- und Kostenüberschüsse erfolgt auf der Grundlage des Jahresabschlusses unter Vergleich des tatsächlichen mit dem erwarteten Risiko- und Kostenverlauf aller bei uns bestehenden Versicherungen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen. Die Höhe der Überschussanteile wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteile in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

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

Überschussverteilung

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

1.8.7 Eine Beteiligung an Überschüssen kann in Form einer

laufenden Beteiligung und/oder einer einmaligen Ausschüttung bei Fälligkeit der Versicherungsleistung erfolgen.

1.8.8 Eine Beteiligung der einzelnen Versicherungsnehmer an den Bewertungsreserven erfolgt gemäß § 153 Absatz 3 VVG verursachungsorientiert.

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

Überschusshöhe

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

Bestandsgruppen

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

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

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

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

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

Überschussbeteiligung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit

1.8.11 Die Überschussbeteiligung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit kann sich zusammensetzen aus:

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

1.8.12 Bis zur Zuteilung von Überschüssen bestehen folgende Wartezeiten:

- für Zuteilung des Leistungsfallbonus und der Beitragsverrechnung besteht keine Wartezeit,
- für Zuteilung des Investmentbonus ein Jahr nach Versicherungsbeginn.

Überschussbeteiligung nach Eintritt der Berufsunfähigkeit

1.8.13 Die Überschussbeteiligung nach Eintritt der Berufsunfähigkeit kann aus dem jährlichen Zinsüberschussanteil in Prozent des Deckungskapitals bestehen.

1.8.14 Überschüsse nach Eintritt der Berufsunfähigkeit werden jährlich zugeteilt, erstmals zum Jahrestag des Versicherungsbeginns nach Ablauf von 6 Monaten ab Leistungsanerkennung.

Überschussysteme

1.8.15 Folgende Überschussysteme können - abhängig von dem mit Ihnen vereinbarten Tarif - gewählt werden:

Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit:

- Leistungsfallbonus: Die im Leistungsfall fällige Rente wird um einen bestimmten Prozentsatz erhöht und zusammen mit dieser ausbezahlt. Solange der Leistungsfall noch nicht eingetreten ist, wird der für den Leistungsfallbonus maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) jährlich neu festgesetzt, er kann ggf. auch Null betragen. Bei Beginn der Rentenzahlung wird der aktuelle Prozentsatz verbindlich festgelegt, damit ist die Höhe der Rente aus dem Leistungsfallbonus für die weitere Dauer der Berufsunfähigkeit garantiert.
- Beitragsverrechnung: Die Überschussanteile werden mit dem Tarifbeitrag der Versicherung verrechnet, so dass sich ein geringerer zu zahlender Beitrag ergibt.
- Investmentbonus: Die jährlichen Überschussanteile legen wir in Fondsanteilen an. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte Abschnitt "Besonderheiten für die Anlage der Überschussanteile in einem Fonds (Investmentbonus)".

Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit:

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

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

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

Besonderheiten für die Anlage der Überschussanteile in einem Fonds (Investmentbonus)

1.8.17 Haben Sie mit uns das Überschussystem Investmentbonus vereinbart, legen wir die auf Ihre Versicherung entfallenden jährlichen Überschussanteile in dem mit Ihnen vereinbarten Fonds oder Depotklasse an. Kapitalverwaltungsgesellschaften verwalten die Fonds, während wir die Depotklassen verwalten. Wie sich ein Fonds entwickelt, kann niemand vorhersehen. Deshalb können wir keine bestimmte Wertentwicklung der Fonds garantieren. Ihr Fondsvermögen kann sich sowohl positiv als auch negativ entwickeln. Positive Wertentwicklungen können sich insbesondere dann ergeben, wenn die Kurse der in den Fonds enthaltenen Wertpapiere steigen. Wenn die Kurse der Wertpapiere sinken, sinkt auch das Fondsvermögen. Sie tragen das Risiko, dass Kurse sinken und das Fondsvermögen an Wert verliert - bis hin zum Totalverlust. Ein Risiko bis hin zum Totalverlust kann sich auch dadurch ergeben, dass sich der Fonds unplanmäßig verändert. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn die Kapitalverwaltungsgesellschaft keine Anteile mehr zurück nimmt. Wenn Wertpapiere nicht in Euro ge-

führt werden, kann sich ein Verlust auch aus Schwankungen des Währungskurses ergeben.

Die Wertentwicklung der Anlage in Fonds hat Auswirkung auf die Höhe der möglichen Leistungen. Je nachdem wie sich die Anlage in Fonds entwickelt, können die möglichen Leistungen höher oder niedriger ausfallen.

1.8.18 Das Fondsvermögen ist in Anteile aufgeteilt. Der Wert eines Anteils richtet sich danach, wie sich das Vermögen des jeweiligen Fonds entwickelt. Der Wert eines Anteils wird als Kurs oder Rücknahmepreis bezeichnet.

Der Kurs/ Rücknahmepreis wird:

- bei Fonds durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft,
- bei Depotklassen durch uns ermittelt.

Der Kurs/ Rücknahmepreis berechnet sich wie folgt: Wert des Fondsvermögens geteilt durch die Anzahl der vorhandenen Anteile des Fonds. Wenn im jeweiligen Fonds enthaltenen Vermögenswerte am Tag der Bewertung keinen Kurs haben, erfolgt die Bewertung zum letztbekanntesten Kurs. In Dachfonds gehaltene Anteile an Investmentfonds werden bei der Berechnung mit ihrem jeweiligen Rücknahmepreis bewertet. Die Umrechnung von Vertragsvermögen in Anteile erfolgt zum Rücknahmepreis. Der Bewertungsstichtag für die Umrechnung ist der 15. eines Monats.

1.8.19 Bewertungsstichtage sind:

- für die Umrechnung von laufenden Überschüssen in Anteilseinheiten in Versicherungsleistungen und von Anteilseinheiten in Versicherungsleistungen der 15. des Monats vor der Fälligkeit des Überschussanteils bzw. der Versicherungsleistung,
- bei Kündigungen der 15. des Monats vor der Fälligkeit der Leistung,
- bei Leistungen im Todesfall: der nächst erreichbare Kurs/Rücknahmepreis nachdem die Todesfallmeldung bei uns eingegangen ist.

Wenn am Tag der Bewertung kein Kurs ermittelt werden kann, erfolgt die Bewertung zum letztbekanntesten Kurs. Werden die Kurse ausgesetzt, verwenden wir den Kurs des ersten Tages, nachdem der Handel wieder aufgenommen wurde.

Wir zahlen alle Leistungen grundsätzlich in Geld.

1.8.20 Möchten Sie Ihre Überschussanteile in einem anderen Fonds anlegen, der für Ihren Tarif angeboten wird, werden wir die zukünftigen Überschussanteile in dem gewünschten Fonds anlegen (Switchen). In diesem Fall werden gleichzeitig auch Ihre Fondsanteile des bisherigen Fonds in den neu gewählten Fonds übertragen (Shiften). Switchen und Shiften können Sie höchstens einmal im Monat. Es wird kein Ausgabeaufschlag erhoben.

Bei einem Fondswechsel erfolgt der Wechsel immer zu dem Kurs des übernächsten Kurstages, der auf den Zugang Ihres Antrages bei uns folgt, es sei denn Sie wünschen die Übertragung zum Kurs eines späteren Kurstages.

Sie können nicht in Fonds Switchen oder Shiften, die wir ersetzt haben.

1.8.21 Wenn die Versicherungsdauer mindestens zehn Jahre beträgt, ist der Vertrag mit einem Ablaufmanagement ausgestattet. Das Ablaufmanagement beginnt 60 Monate vor dem vereinbarten Versicherungsablauf. Dabei wird sukzessive (im ersten Monat ein Sechzigstel, im zweiten Monat ein Neunundfünfzigstel usw.) das Fondsvermögen aus dem aktuell mit Ihnen vereinbarten Fonds in einen defensiven Fonds übertragen, um gegen Ende der Aufschubzeit Schwankungen in der Wertentwicklung zu dämpfen.

Das Ablaufmanagement ist für Sie kostenfrei. Es fallen auch keine Ausgabeaufschläge dabei an. Vor Beginn des Ablaufmanagements kann diesem widersprochen werden. Dann bleibt das im Fonds gebildete Kapital unverändert angelegt. Sie können das Ablaufmanagement vorzeitig beenden. Dann werden die Beiträge weiter in den defensiven Fonds investiert, es sein denn, Sie treffen eine anderweitige Verfügung. Das Ablaufmanagement können Sie zu einem späteren Zeitpunkt erneut beantragen.

1.8.22 Bei erheblichen Änderungen, die wir nicht beeinflussen können, dürfen wir einen Fonds Ihres Vertrages austauschen.

Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn eine von uns beauftragte Kapitalverwaltungsgesellschaft

- einen Fonds auflöst,
- ihre Zulassung für den Vertrieb von Fondsanteilen verliert,
- den Vertrieb von Fondsanteilen einstellt,
- ihre vertraglichen Pflichten erheblich verletzt,
- mehrere Fonds zu einem Fonds zusammenlegt oder
- ihre Anlagestrategie oder Anlagepolitik in erheblichem Maße ändert.

Gleiches gilt, wenn ein Fonds die Auswahlkriterien für unser Fondsangebot nicht mehr erfüllt. Das ist insbesondere der Fall, wenn

- die Fondspersformance den Marktdurchschnitt vergleichbarer Fonds erheblich unterschreitet,
- der von Ihnen gewählte Fonds von der Kapitalverwaltungsgesellschaft nicht mehr zu den bei Aufnahme des Fonds in das Fondsangebot vereinbarten Rahmenbedingungen, zu denen insbesondere die Vergütungsstruktur eines Fonds zählt, angeboten wird oder
- eine effiziente Verwaltung des Fonds durch uns nicht mehr möglich ist.

Bevor wir einen Fonds Ihres Vertrages austauschen, schlagen wir Ihnen einen vergleichbaren Fonds vor. Diese sollte Ihrer bisherigen Fondsanlage so weit wie möglich entsprechen. Ist ein solcher Fonds in unserem Portefeuille nicht vorhanden, können wir nach billigem Ermessen auch einen anderen Fonds aus unserem Portefeuille auswählen, der mit dem bisherigen Fonds vergleichbar ist.

Wenn Sie unseren Vorschlag erhalten haben, können Sie diesem innerhalb von sechs Wochen in Textform widersprechen. Sie können uns dann einen anderen Fonds benennen, der für Ihren Vertrag zur Auswahl steht. Wenn uns ein Widerspruch nicht innerhalb von sechs Wochen zugeht, gilt: Wir tauschen den Fonds, wie von uns vorgeschlagen, aus. Selbstverständlich können Sie danach immer noch einen Fondswechsel durchführen.

Der Austausch ist für Sie kostenlos.

1.9 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

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

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

1.9.3 Der Versicherungsschutz beginnt stets um 12.00 Uhr mittags.

1.10 Wer erhält die Versicherungsleistungen?

An wen leisten wir?

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

Unwiderrufliches Bezugsrecht

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

Abtretung / Verpfändung

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

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

1.11 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1.11.1 Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.

1.11.2 Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Dagegen besteht Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall in unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

b) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat oder vorsätzliche Herbeiführung eines Verkehrsdeliktes durch die versicherte Person. Fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße sind davon nicht betroffen;

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

d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;

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

f) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen. Auf einen Leistungsausschluss werden wir uns nur berufen, sofern mit dem Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Erhöhung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen für das Berufsunfähigkeitsrisiko derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Berufsunfähigkeits-Versicherungsleistungen für die Bestandsgruppe nicht mehr gewährleistet ist, zu der die Versicherungsverträge der betroffenen Personen gehören, und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu erbringen.

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

1.12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

1.12.1 Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.

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

Rücktritt

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

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir - unabhängig vom Bestehen eines Ursachenzusammenhangs - zur Leistung nicht verpflichtet.

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

Kündigung

1.12.3 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn

uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

Rückwirkende Vertragsanpassung

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

Ausübung von Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung

1.12.6 Die in den vorstehenden Absätzen genannten Rechte stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen diese Rechte innerhalb eines Monats ausüben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

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

Diese Rechte können wir innerhalb von fünf Jahren und, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben, innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Fristen eingetreten sind, können wir unsere Rechte ohne diese zeitliche Beschränkung ausüben. Die Ausübung dieser Rechte erfolgt durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

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

Anfechtung

1.12.8 Falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist, können wir den Vertrag wegen arglistiger Täuschung auch anfechten. Handelt es sich um Angaben der (mit-)versicherten Person(-en), können wir die Anfechtung Ihnen gegenüber erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Mit Zugang unserer Anfechtungserklärung ist der Versicherungsvertrag von Anfang an nichtig. Dies hat zur Folge, dass zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz bestand. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Ausübung der Anfechtung

1.12.9 Die Anfechtung müssen wir innerhalb eines Jahres ab Kenntnis der arglistigen Täuschung schriftlich ausüben. Die Anfechtung können wir nur innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss erklären. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt

haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

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

2 Beiträge

2.1 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?

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

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

2.2 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

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

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

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

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

2.2.3 Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Könnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Hierfür berechnen wir eine Gebühr. Die Höhe der gegen-

wärtig erhobenen Gebühr können Sie der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen" entnehmen. Die Gebühr für die fehlgeschlagene Lastschriftabbuchung entfällt oder verringert sich, wenn und insoweit Sie uns nachweisen, dass uns aus der fehlgeschlagenen Lastschriftabbuchung kein oder ein wesentlich niedrigerer Schaden erwächst.

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

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

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

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

Einlösungsbeitrag

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

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

Folgebeitrag

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

Verzugsfolgen

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

3 Gestaltungsmöglichkeiten

3.1 Welche Möglichkeiten haben Sie bei vorübergehenden Beitragszahlungsschwierigkeiten?

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

Änderung der Beitragszahlungsweise

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

Stundung der Beiträge

3.1.2 Sie können eine Stundung der Beiträge gegen Zahlung von Stundungszinsen verlangen. Für eine Stundung der Beiträge bedarf es einer schriftlichen Vereinbarung. Voraussetzung für eine Stundung ist, dass der Vertrag bereits drei Jahre bestanden hat und mindestens für das letzte Jahr vor Stundung der volle Beitrag gezahlt wurde, sich der Vertrag noch nicht im Mahnverfahren gemäß § 38 VVG befindet und nicht von Ihnen gekündigt bzw. beitragsfrei gestellt wurde. Die Dreijahresfrist verlängert sich um den Zeitraum, für den ein abgesenkter Anfangsbeitrag vereinbart worden ist.

Während der Dauer der Stundung finden keine dynamischen Erhöhungen Ihres Vertrages statt. Für die Vereinbarung einer Stundung erheben wir eine Gebühr.

Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Gebühr können Sie der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen" entnehmen. Darüber hinaus erheben wir Stundungszinsen, deren Höhe Sie dem Stundungsangebot entnehmen können, das wir Ihnen auf Anforderung zusenden.

Ein Anspruch auf vollständige Stundung bei vollem Versicherungsschutz besteht nur einmal während der Vertragslaufzeit und maximal für die Dauer von 6 Monaten. Darüber hinausgehende Stundungen bedürfen unserer gesonderten Zustimmung.

Bis zum Ablauf des Stundungszeitraumes müssen Sie den gestundeten Betrag zuzüglich Stundungszinsen ausgleichen. Sofern Ihnen die Zahlung des gestundeten Betrages zuzüglich Stundungszinsen nicht möglich ist, werden wir etwaige Beitragsrückstände mit dem Überschussgut haben oder einer fälligen Versicherungsleistung verrechnen. Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung innerhalb des Stundungszeitraumes wird diese um die uns noch zustehenden gestundeten Beiträge und Stundungszinsen gekürzt.

Beginn- und Ablaufverlegung

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

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

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

Beitragsfreistellung

3.1.4 Eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung ist ausgeschlossen.

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

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

Sie können Ihre Versicherung ganz oder teilweise kündigen:

- jederzeit zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres,
- bei Vereinbarung von unterjähriger Zahlungsweise mit Frist von einem Monat zum Schluss einer jeden Versicherungsperiode, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres.

Die Kündigung muss in Textform erfolgen.

Kündigung

3.2.1 Mit der Kündigung erlischt die Versicherung, ohne dass eine Leistung fällig wird, d.h. es besteht kein Rückkaufswert. Haben Sie Ihre Versicherung mit dem Überschussystem Investmentbonus abgeschlossen, wird bei Kündigung das zu diesem Zeitpunkt vorhandene Fondsvermögen aus dem Investmentbonus fällig.

Teilkündigung

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

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

4 Allgemeine Bestimmungen

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

Welche Kosten werden durch Ihre Beiträge gedeckt?

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

Darüber hinaus decken sie folgende Kosten:

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

Wie werden die Kosten verrechnet?

4.1.2 Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsver-

fahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV i.V.m. § 169 Absatz 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

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

Welche Kosten und Gebühren werden nicht von den Beiträgen gedeckt?

4.1.3 Folgende Kosten und Gebühren werden nicht von den Beiträgen gedeckt:

a) Gebühren

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

b) Kapitalanlagekosten

Diese fallen bei Wahl des Überschussystems Investmentbonus an.

Dies können zum Beispiel folgende Kosten sein:

- Verwaltungsgebühren innerhalb der Fonds in marktüblicher Höhe.
- Transaktionskosten für den Kauf und Verkauf von Wertpapieren
- Kosten für die Fertigung von Jahresabschlüssen, Prospekten und Geschäftsberichten,
- marktübliche Ausgabeaufschläge.

Diese Kosten erheben nicht wir, sondern die Kapitalverwaltungsgesellschaften. Diese ziehen die Kosten direkt von Ihrem Fondsvermögen ab. Wie hoch die Kapitalanlagekosten sind, finden Sie in den aktuellen Verkaufsprospekten der jeweiligen Kapitalverwaltungsgesellschaft.

Als Großanleger beteiligen uns einzelne Kapitalverwaltungsgesellschaften teilweise an den Verwaltungsvergütungen der Fonds. Deren Höhe hängt vom jeweiligen Fonds ab. Erhalten wir eine solche Vergütung, nutzen wir diese um unsere Kosten zu decken.

4.2 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

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

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

Änderung der Postanschrift und Namensänderung

4.3.1 Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

4.3.2 Bei Änderung Ihres Namens gilt vorstehender Absatz entsprechend.

Kosten für Recherche

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

Nennung eines Zustellungsbevollmächtigten bei Auslandsaufenthalten

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Zusammensetzung

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

b) Verfahren

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

c) Kosten

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

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

4.4.7 Sind Sie eine natürliche Person und wohnen in Deutschland, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können wir Sie vor dem für unseren Sitz zuständigen Gerichtsstand verklagen. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

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

4.5 Gibt es Möglichkeiten zur außergerichtlichen Streitbeilegung?

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

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Telefon: 0800/3696000

Fax: 0800/3699000

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Webseite: www.versicherungsombudsmann.de

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

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

4.6 Wann verjähren Ihre Ansprüche?

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

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

Anhang

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

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

1.2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?

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

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

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

1.2.3 Übt die versicherte Person jedoch eine andere, ihrer Ausbildung oder Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche

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

Auf eine abstrakte Verweisung wird verzichtet.

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

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

Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit vor?

1.2.6 Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens eine der unten genannten Verrichtungen (Pflegepunkte) - auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel - täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen. Absatz "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Prognose nicht möglich ist?" gilt entsprechend.

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

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

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

Nachprüfung

1.7.1 Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit sowie das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Zu den sachdienlichen Auskünften zählen insbesondere Erklärungen zu:

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

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

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

Wiedereingliederungs- und Umorganisationshilfe

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

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

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

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

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

Ergänzende Bedingungen für die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

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

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Arbeitsunfähigkeit?

(1) Leistungsumfang

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

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

Die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit entsprechen der Höhe nach den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit können nur dann verlangt werden, wenn zeitgleich Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden.

(2) Leistungsdauer

Die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir, solange

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

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

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir über die gesamte Vertragslaufzeit für maximal 18 Monate. Zeiträume, für die wir bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, werden auf den maximalen Leistungszeitraum von 18 Monaten angerechnet.

Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch V stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar. Bei Mitgliedern einer privaten Krankenkasse stellt eine Teilarbeitsunfähigkeit nur dann keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar, wenn die Arbeitsunfähigkeit mit mindestens 50% bescheinigt wird. Diese erkennen wir für höchstens 6 Wochen an.

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

§ 2 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn für die versicherte Person für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Monaten Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen gemäß § 4 Absätze 1 bis 3 ausgestellt wurden.

(2) Wird die versicherte Person innerhalb von 6 Monaten nach Wegfall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung wieder ununterbrochen arbeitsunfähig geschrieben, beginnt die Frist von sechs Monaten im Sinne von Ziffer 1 nicht erneut zu laufen.

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

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

(1) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der Beginn der Arbeitsunfähigkeit fällt, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn der Berufsunfähigkeitsversicherung.

(2) Der Anspruch endet mit Beginn des Monats, in dem die Berufsunfähigkeitsleistungen erbracht werden oder mit Ablauf des Monats, in dem die letzte Krankmeldung fällt.

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

(4) Wenn Berufsunfähigkeit vorliegt, werden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit mit den in diesem Zeitraum bereits vorher erbrachten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verrechnet. Auf den maximal 18-monatigen Leistungszeitraum wegen Arbeitsunfähigkeit werden dann

diese Zeiträume, für die ursprünglich Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, nicht angerechnet.

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 5 Was gilt für die Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit?

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

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

§ 6 Sonstige Regelungen

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

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

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

Bedingungen für die Dynamik der Berufsunfähigkeitsversicherung für Heilberufe

§ 1 Was bedeutet Dynamik Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung?

(1) Beitrag und Versicherungsleistungen erhöhen sich planmäßig ohne erneute Gesundheitsprüfung (dynamische Anpassung).

Bei Personen, die in Berufsgruppe K (Schüler) eingestuft sind oder waren, kann eine Dynamik nur erfolgen, wenn das Überschussystem Beitragsverrechnung vereinbart ist. Nach erfolgter Umstellung von der Einstufung der Berufsgruppe K in eine andere Berufsgruppe ist eine dynamische Anpassung unter der vorgenannten Voraussetzung nur möglich, sofern sie bereits bei Antragstellung beantragt wurde und das planmäßige Recht auf dynamische Anpassung gemäß § 4 Abs. 2 und 3 nicht erloschen ist.

Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen. Diese erhöhen sich jedoch nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. Dies liegt darin begründet, dass sich die Vertragslaufzeit bis zum vereinbarten Ablauftermin immer weiter verkürzt.

(2) Bei der Berechnung der Erhöhungen finden in der Regel die bei Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen Anwendung. Wir sind allerdings berechtigt, den Erhöhungen Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde zu legen. Sofern wir die Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde legen, werden wir Sie hierüber informieren.

(3) Folgende Dynamikformen können vereinbart werden:

- a) Der Beitrag wird jährlich im gleichen Verhältnis erhöht, wie sich der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten erhöht, mindestens jedoch um 5 % und wenigstens um 30,- Euro jährlich.
- b) Der Beitrag wird jährlich um einen gleichbleibenden ganzzahligen Prozentsatz erhöht. Dieser kann zwischen 3 % und 5 % betragen. Die jährliche Erhöhung beträgt jedoch mindestens 30,- Euro.

Bei Personen, die in Berufsgruppe K (Schüler) eingestuft sind oder waren, ist nur die unter b) genannte Dynamikform mit einem Prozentsatz von 3 % zulässig.

Welche Dynamikform Sie vereinbart haben und wie hoch der ggf. vereinbarte Prozentsatz bei der unter b) genannten Dynamikform ist, können Sie dem Versorgungsvorschlag und/oder dem Versicherungsschein entnehmen.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zum Ersten des Versicherungsbeginnmonats, erstmal zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die dynamische Anpassung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die dynamischen Anpassungen der Versicherungsleistungen?

(1) Vorbehaltlich ausdrücklicher anderweitiger Vereinbarungen erstrecken sich alle Regelungen des Versicherungsvertrages, insbesondere die Versicherungsbedingungen sowie Bezugsrechtsverfügungen, auch auf die erhöhten Beiträge und Versicherungsleistungen.

(2) Durch die dynamische Anpassung werden die Fristen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und bei Selbsttötung nicht erneut in Lauf gesetzt.

§ 4 Wann werden dynamische Anpassungen ausgesetzt?

(1) Die dynamische Anpassung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten durch die jeweilige dynamische Anpassung erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen. Unterbliebene dynamische Anpassungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen. Diese können wir von einer Gesundheitsprüfung abhängig machen.

(2) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere dynamische Anpassungen. Es kann jedoch mit unserer Zustimmung, ggf. nach einer Gesundheitsprüfung, neu begründet werden.

(3) Sie können auf Ihr Recht auf dynamische Anpassungen auch jederzeit generell verzichten.

(4) Ihren Widerspruch oder Ihren Verzicht auf eine dynamische Anpassung müssen Sie uns in Textform mitteilen.

(5) Solange wir wegen Berufsunfähigkeit Leistungen erbringen, erfolgen keine dynamischen Anpassungen.

(6) Zwischen dem Eintritt der Berufsunfähigkeit und deren Anerkennung vorgenommene dynamische Anpassungen entfallen rückwirkend.

(7) Das Erlöschen des planmäßigen Recht auf dynamische Anpassung gemäß Absatz 2 und 3 lässt den Anspruch auf eine garantierte Steigerung der Rente nach Eintritt der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit - sofern dieser vereinbart ist - unberührt.

§ 5 Wann enden die dynamischen Anpassungen?

Die dynamischen Anpassungen können bis fünf Jahre vor dem Ablauf der Beitragszahlungsdauer erfolgen, längstens bis zu dem Versicherungsjahr, in dem die versicherte Person das 59. Lebensjahr vollendet bzw. bis die Gesamtrente einschließlich Rente aus dem Leistungsfallbonus den Höchstbetrag von 90.000,- Euro jährlich erreicht.

Bei versicherten Personen, die in Berufsgruppe K (Schüler) eingestuft sind, können die dynamischen Anpassungen längstens bis zu dem Versicherungsjahr erfolgen, in dem die Gesamtrente den Höchstbetrag von 12.000,- Euro jährlich erreicht. Nach erfolgter Umstellung von der Einstufung der Berufsgruppe K in eine andere Berufsgruppe, können die dynamischen Anpassungen längstens bis zu dem Versicherungsjahr erfolgen, in dem die Gesamtrente den Höchstbetrag von 30.000,- Euro jährlich erreicht.

Bedingungen für die Ausübung von Optionen für Heilberufe in der Privatversorgung

Inhaltsverzeichnis:

- § 1 Wann und unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen?
- § 2 Aus welchen Anlässen können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen?
- § 3 In welchem Umfang ist eine Erhöhung möglich?
- § 4 Wie wird die Erhöhung umgesetzt und welche Bestimmungen gelten?
- § 5 Option auf Umschichtung Ihrer Berufsunfähigkeitsabsicherung von der Privat- in die Basisversorgung

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Versicherung Ihrem persönlichen Bedarf anzupassen.

Option auf Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung (Erhöhungsoption)

Gilt für

- Rentenversicherungen inkl. Todesfallschutz (konventionelle Tarife DLVG4 und DLVG4G oder fondsgebundene Rentenversicherungen bzw. Relax Rente mit Risikozusatzversicherung),
- Risikolebensversicherungen,
- Risikozusatzversicherungen,
- Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherungen.

§ 1 Wann und unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen?

Ist Ihr Vertrag mit Gesundheitsprüfung zustande gekommen, können Sie eine Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes innerhalb der Grenzen des § 3 ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangen,

solange

- die versicherte Person das 45. Lebensjahr noch nicht erreicht hat,
- der Vertrag nicht beitragsfrei gestellt ist,
- die Restlaufzeit der (Zusatz-)Versicherung mindestens 5 Jahre beträgt,
- der Vertrag sich nicht in Beitragsferien befindet (vgl. Versicherungsbedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung),
- weder eine Berufs-/Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit noch eine Erwerbsminderung objektiv eingetreten ist noch darauf gerichtete Leistungen bezogen oder beantragt wurden.

§ 2 Aus welchen Anlässen können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen?

(1) Anlassabhängige Erhöhung

Sie können Ihren Versicherungsschutz innerhalb der Grenzen des § 3 bei nachfolgenden Anlässen erhöhen:

Private Anlässe:

- Erreichen der Volljährigkeit der versicherten Person,
- Heirat / Begründung der Partnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder Scheidung / Aufhebung der Lebenspartnerschaft der versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person,
- Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nach Beendigung der Elternzeit (spätestens innerhalb von drei Jahren nach der Geburt

des Kindes), sofern keine Erhöhung des Versicherungsschutzes wegen Geburt bzw. Adoption des betreffenden Kindes bzw. vorhergehender Tätigkeitswiederaufnahme erfolgt ist,

- Erwerb einer Immobilie durch die versicherte Person zur Eigennutzung mit einem Verkehrswert von mindestens 100.000,- Euro.

Berufliche Anlässe:

- Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit in einem verkammerten Beruf oder in einem anerkannten Ausbildungsberuf, falls die versicherte Person aus dieser Berufstätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht,
- Erfolgreicher Abschluss der Berufsausbildung oder des Studiums an einer Universität, Hochschule oder Fachhochschule, sofern die versicherte Person
 - das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
 - sie eine Festanstellung oder eine auf mindestens 24 Monate befristete Anstellung erhalten hat.
Diese Erhöhung wird nicht hinsichtlich Beitrag und Versicherungsleistungen planmäßig angepasst (insoweit keine dynamische Anpassung).
- Einkommenserhöhung nach erfolgreichem Abschluss der Berufsausbildung oder des Studiums sofern
 - sich das Bruttojahreseinkommen bei nichtselbstständigen versicherten Personen in der Ausübung ihrer Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut um mindestens 10 % im Vergleich zum Vorjahreseinkommen nachhaltig gesteigert hat oder
 - sich der durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre bei selbständigen versicherten Personen in der Ausübung ihrer Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut um mindestens 30 % im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der drei davor liegenden Jahre nachhaltig gesteigert hat.
- Das Einkommen der versicherten Person aus nichtselbständiger Tätigkeit überschreitet erstmals die jährliche Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland (Anlage 2a SGB VI in ihrer jeweils geltenden Fassung),
- Wegfall oder Verringerung der Ansprüche der versicherten Person auf Leistungen im Falle der Berufsunfähigkeit aus einer betrieblichen Versorgung.
- **Spezielle zusätzliche Anlässe für die akademischen Heilberufe**
 - Erstmaliger Erwerb einer Facharztanerkennung durch die versicherte Person,
 - Erstmaliger Antritt einer Chefarztstelle durch die versicherte Person,
 - Niederlassung der versicherten Person als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut.

Die Erhöhung kann nur innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses oder Umstandes gegen Vorlage geeigneter Nachweise in Textform verlangt werden. Bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit außerhalb des Berufsbildes eines Arztes, Zahnarztes, Tierarztes, Apothekers oder Psychotherapeuten kann die Erhöhung frühestens nach zwei Jahren und spätestens nach zwei Jahren und sechs Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit gegen Vorlage geeigneter Nachweise in Textform verlangt werden, vorausgesetzt die selbständige Tätigkeit wird zu diesem Zeitpunkt noch ausgeübt.

Werden obige Fristen überschritten oder die erforderlichen Nachweise nicht binnen eines Monats nach Ablauf der Fristen nachgereicht, ist eine Erhöhung aufgrund dieses Ereignisses oder Umstandes ohne erneute Gesundheitsprüfung nicht mehr möglich.

(2) Anlasslose Erhöhung**Gilt nur für Berufsunfähigkeits-(Zusatz)Versicherung**

Innerhalb der ersten fünf Jahre nach Vertragsabschluss können Sie in der Ausübung Ihres Berufs als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut einmalig innerhalb der Grenzen des § 3 Absatz 4 ohne erneute Gesundheitsprüfung auch ohne Anlass gemäß Absatz 1 erhöhen, sofern Sie zum Zeitpunkt der Erhöhung das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Bestehen mehrere Verträge mit einer Berufsunfähigkeitsabsicherung für die versicherte Person, kann der Versicherungsschutz nur für einen einzigen Vertrag ohne Anlass erhöht werden. Weitere Erhöhungen aufgrund privater oder beruflicher Anlässe sind frühestens nach 12 Monaten nach Ausübung der Erhöhung möglich.

§ 3 In welchem Umfang ist eine Erhöhung möglich?

Bitte beachten Sie, dass für Ihren Vertrag nur die Textpassagen gelten, die sich auf das von Ihnen abgeschlossene Produkt beziehen.

Rentenversicherungen inkl. Todesfallschutz (konventionelle Tarife DLVG4 und DLVG4G oder fondsgebundene Rentenversicherungen bzw. Relax Rente mit Risikozusatzversicherung):**(1) Erhöhung der Todesfallsumme**

Die Erhöhung der Todesfallsumme muss mindestens 2.500,- Euro betragen. Die Gesamterhöhung der Todesfallsumme innerhalb von fünf Jahren darf - unabhängig von der für Sie zutreffenden Anzahl der Optionsmöglichkeiten nach § 2 - 100 % der Beitragssumme, die ursprünglich bis zum frühesten Leistungszeitpunkt zu zahlen war, sowie 50.000,- Euro nicht überschreiten. Das Verhältnis von Todesfallsumme zur Beitragssumme muss aber erhalten bleiben. Außerdem darf die neue Gesamt-Todesfallsumme aller auf die versicherte Person abgeschlossenen Versicherungen 350.000,- Euro nicht überschreiten.

Zusätzlich zur Erhöhung der Todesfallsumme können Sie die garantierte Kapitalabfindung erhöhen.

Risikolebensversicherung:

(2) Eine Erhöhung der Todesfallsumme muss mindestens 3.000,- Euro und darf max. 50.000,- Euro betragen. Die Gesamtheit aller Erhöhungen der Todesfallsumme darf 100.000,- Euro nicht überschreiten und maximal 100 % der ursprünglichen Summe betragen. Außerdem darf die neue Gesamt-Todesfallsumme aller auf die versicherte Person abgeschlossenen Versicherungen 350.000,- Euro nicht überschreiten.

Risiko-Zusatzversicherung:

(3) Die Erhöhung der Versicherungssumme der Risiko-Zusatzversicherung muss mindestens 3.000,- Euro und darf max. 50.000,- Euro betragen. Die Gesamtheit aller Erhöhungen der Todesfallsumme darf 100.000,- Euro nicht überschreiten und maximal 100 % der ursprünglichen Summe betragen. Außerdem darf die neue Gesamt-Todesfallsumme aller auf die versicherte Person abgeschlossenen Versicherungen 350.000,- Euro nicht überschreiten.

Berufsunfähigkeits-(Zusatz)Versicherung:

(4) Der Umfang einer Erhöhung ist folgendermaßen begrenzt:

- Die Gesamtrente¹ - ggf. einschließlich der jährlichen Beitragsbefreiung⁵ für die Hauptversicherung darf maximal 60 % des Jahres-Bruttolohns (bzw. des Jahres-Bruttoeinkommens aus selbständiger Tätigkeit) betragen.
Bei Beamten: die jährliche Gesamtrente¹ - ggf. einschließlich der jährlichen Beitragsbefreiung¹ für die Hauptversicherung - darf einschließlich der Ansprüche bei anderen Versicherungsunternehmen insgesamt 80 % der zum Zeitpunkt der Ausübung der Erhöhungsoption bestehenden Versorgungslücke nicht überschreiten.

- Die jährliche Gesamtrente¹ - ggf. einschließlich der jährlichen Beitragsbefreiung⁵ für die Hauptversicherung ist außerdem auf maximal 30.000,- Euro begrenzt.
- Jede einzelne Erhöhung der jährlichen Berufsunfähigkeitsrente¹ - ggf. einschließlich der jährlichen Beitragsbefreiung¹ für die Hauptversicherung - ist auf 50 % des bisherigen Jahresbetrages und auf maximal 6.000,- Euro begrenzt.

Bei der Berücksichtigung der Grenzen (jährliche Gesamtrente¹ und jede einzelne Erhöhung¹) sind alle Ansprüche der versicherten Person bei Berufs-/Dienst- und Erwerbsunfähigkeit aus privaten und betrieblichen Versorgungsleistungen, berufsständige Versorgungsleistungen und Ansprüche aus der Beamtenversorgung (inkl. der Befreiungsleistungen (Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung) zu berücksichtigen.

§ 4 Wie wird die Erhöhung umgesetzt und welche Bestimmungen gelten?

(1) Die Erhöhung erfolgt nach den von uns zum Erhöhungszeitpunkt angebotenen Tarifen, Versicherungsbedingungen und Annahmerichtlinien und wird als rechtlich selbständiger Versicherungsvertrag mit gesonderten Beiträgen und Versicherungsleistungen abgeschlossen.

Die Beiträge für den gewählten Erhöhungsumfang errechnen sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten Lebensalter der versicherten Person, der Laufzeit des hinzukommenden Versicherungsschutzes, nach dem dann gültigen Tarif und ggf. der aktuellen Berufstarifierung.

Durch die Erhöhung entstehen Abschluss- und Vertriebskosten. Nähere Informationen zur Bemessung der Kosten für die aktuellen Tarife finden Sie in den Abschnitten "Wie werden Ihre Beiträge verwendet? Welche Kosten und Gebühren fallen an und wie werden sie ausgeglichen?" bzw. "Welche Kosten und Gebühren fallen an und wie werden sie ausgeglichen?" der Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung und "Wie werden die Kosten verrechnet?" der Bedingungen für die Zusatzversicherung.

Bei Abschluss dieser neuen Versicherungsverträge beginnen die Fristen für eventuelle steuerliche Vergünstigungen und für Leistungsaus-schlüsse, z.B. wegen Selbsttötung, für diesen neuen Vertrag neu zu laufen.

Eine Verlängerung der Versicherungsdauer und der Leistungsdauer gegenüber dem Ursprungsvertrag tritt nicht ein.

Soweit bei den Erhöhungen keine anderslautenden Vereinbarungen getroffen werden, erstrecken sich alle im Rahmen dieses Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Bezugsrechtsverfügung, auch auf die Erhöhungen. Falls der bereits bestehende Versicherungsvertrag eine Vereinbarung über dynamische Anpassung von Beitrag und Versicherungsleistungen (Beitragsdynamik) hat, gilt diese auch für die Erhöhung.

Die Erhöhungen beinhalten selbst keine Optionen.

Der Einschluss einer planmäßigen Beitragserhöhung für die Hauptversicherung während der Berufsunfähigkeit (BUZD) und einer garantierten Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsfall ist ohne eine erneute Gesundheitsprüfung nicht möglich.

Sofern eine Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung der Erhöhung zu Grunde liegt, werden die einzelnen Erhöhungen jeweils wahlweise im Rahmen einer neuen selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung oder als Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu einer neuen Basis- oder Privatversorgung abgeschlossen.

(2) Zum finanziellen Nachweis können wir von Ihnen geeignete Unterlagen (z.B. Gehaltsbescheinigungen) verlangen.

Voraussetzung für die Erhöhung ist eine stets angemessene Relation der Leistung zum Bruttoeinkommen (bei Selbständigen der Gewinn vor Steuern) der versicherten Person. Wir behalten uns eine Angemessenheitsprüfung vor.

(3) Falls die Erhöhung oder die Umschichtung nach § 5 in Form einer Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in der Basisversorgung abgeschlossen wird, muss der Beitrag zur Hauptversicherung (Altersvorsorgebeitrag) immer mehr als 50 % des für Haupt- und Zusatzversicherungen zu zahlenden Gesamtbeitrages und darf maximal 55 % des Gesamtbeitrages betragen.

§ 5 Option auf Umschichtung Ihrer Berufsunfähigkeitsabsicherung von der Privat- in die Basisversorgung

Innerhalb der ersten fünf Jahre nach Vertragsabschluss können Sie Ihren Versicherungsschutz von der Privat- in die Basisversorgung umschichten, sofern Sie zum Zeitpunkt der Umschichtung das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Dies ist unabhängig von den in § 2 genannten Anlässen möglich.

Umschichten bedeutet, dass die bestehende Berufsunfähigkeitsrente in der Privatversorgung gekündigt und in gleicher Höhe in der Basisversorgung neu abgeschlossen wird. Dies erfordert eine Neuberechnung des Beitrages für die Berufsunfähigkeitsrente und einen zusätzlichen Beitrag für die Altersvorsorge sowie für die BUZ-Beitragsbefreiung (Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung) in der Basisversorgung. Sofern der Vertrag in der Privatversorgung eine Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (BUZ) enthält, bleibt die Hauptversicherung

und die BUZ-Beitragsbefreiung und eine ggf. eingeschlossene planmäßige Beitragserhöhung für die Hauptversicherung auch während der Berufsunfähigkeit (BUZD) aber erhalten.

Für den neuen Vertrag in der Basisversorgung gelten die Regelungen zur Erhöhung gemäß § 4 entsprechend.

Folgende Abweichungen bestehen, sofern der Vertrag in der Privatversorgung folgende Vertragsbestandteile enthält:

- eine dynamische Anpassung von Beitrag und Versicherungsleistungen (Beitragsdynamik) kann in die Basisversorgung übernommen werden,
- eine planmäßige Beitragserhöhung für die Hauptversicherung auch während der Berufsunfähigkeit (BUZD) kann nur mit erneuter Gesundheitsprüfung eingeschlossen werden,
- eine garantierte Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsfall kann in gleicher Höhe in die Basisversorgung übernommen werden.

¹ versicherte Jahresrente einschließlich Rente aus dem Leistungsfallbonus

Gebühren für besondere Leistungen in der Privatversorgung (Stand bei Vertragsausfertigung)

Privatversorgung

Zur Abgeltung des zusätzlichen Verwaltungsaufwandes werden wir Ihnen in folgenden Fällen gesonderte Gebühren in Rechnung stellen:

Dienstleistung	Höhe der Gebühr
Bestätigung einer Abtretung oder Verpfändung an den Abtretungsempfänger oder Pfandgläubiger ¹	40,00 Euro
Adressen-Recherche aufgrund nicht angezeigter Anschriftenänderung	20,00 Euro
Kosten des Ärzteausschusses (sofern die Möglichkeit der Anrufung vertraglich vereinbart ist und keine abweichende Bemessungsgrundlage für die Kosten vertraglich vereinbart ist)	25,00 Euro je 100,00 Euro der versicherten Berufsunfähigkeits- Jahresrente
Übersendung einer Beitragsrechnung	1,00 Euro
Gewährung einer Beitragsstundung	25,00 Euro
Entnahme in der Aufschubzeit (sofern die Möglichkeit vertraglich vereinbart ist) ^{2, 3}	1,00 Euro je 100,00 Euro des Entnahmebetrages, maximal 150,00 Euro
Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheines	25,00 Euro
Fonds- bzw. Depotklassenwechsel (Shiften), max. 12 pro Jahr ⁴	0,00 Euro
Kapitalauszahlung während der Rentenbezugszeit (sofern die Möglichkeit vertraglich vereinbart ist) ²	100,00 Euro
Vom Zahlungspflichtigen zu vertretende fehlgeschlagene Lastschriftabbuchung	10,00 Euro
Nichtteilnahme am Lastschriftverfahren ⁵	2,50 Euro pro Fälligkeit
Mahngebühr nach § 38 VVG	7,50 Euro
Reservennachzahlungen und -einzahlungen (sofern die Möglichkeit vertraglich vereinbart ist)	Geschäftsplanmäßig eingerechnete Verwaltungskosten des jeweiligen Tarifs, höchstens 50,00 Euro
Geschäftsgebühr nach § 39 Absatz 1 Satz 3 VVG bei Rücktritt vom Vertrag wegen nicht rechtzeitiger Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie	10,00 Euro je 100,00 Euro der Beiträge des ersten Versicherungsjahres bzw. bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag 3,00 Euro je 100,00 Euro des Einmalbeitrages, höchstens 150,00 Euro
Durchführung einer vom Versicherungsnehmer gewünschten, der Zustimmung des Versicherers bedürftigen Vertragsänderung , wie z.B. Änderung der Laufzeit, des Beitrages (ausgenommen Beitragsfreistellung), der versicherten Summe oder Rente, Versicherungsnehmer-Wechsel etc.	- 0,40 Euro je 100,00 Euro der Versicherungssumme (Risikolebensversicherung) - 0,40 Euro je 100,00 Euro der Beitragssumme (Rentenversicherung mit Indexpartizipation und fondsgebundene Rentenversicherung) - 4,00 Euro je 100,00 Euro der Jahresrente (konventionelle Rentenversicherung, Berufsunfähigkeitsversicherung) vor technischer Vertragsänderung, mindestens 30,00 Euro und höchstens 130,00 Euro
Nach Vertragsabschluss getroffene Vereinbarung oder Änderung eines Verwertungsausschlusses nach § 168 Absatz 3 VVG	40,00 Euro
Wiederinkraftsetzung einer beitragsfreigestellten Versicherung ohne Nachzahlung der Beiträge	- 0,40 Euro je 100,00 Euro der Versicherungssumme (Risikolebensversicherung) - 0,40 Euro je 100,00 Euro der Beitragssumme (Rentenversicherung mit Indexpartizipation und fondsgebundene Rentenversicherung) - 4,00 Euro je 100,00 Euro der Jahresrente (konventionelle Rentenversicherung, Berufsunfähigkeitsversicherung) vor Wiederinkraftsetzung, mindestens 30,00 Euro und höchstens 130,00 Euro, zuzüglich 0,40 Euro je 100,00 Euro der Beitragssumme für die Restlaufzeit der Versicherung

Die Gebühren sind aufwandsabhängig und können daher angemessen an die Kostenentwicklung angepasst werden.

¹ gilt nicht bei Berufsunfähigkeitsversicherungen

² gilt nur bei Rentenversicherungen

³ gilt nicht für die Entnahme im Tarif DLVIP2 bei Alter der VP zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr

⁴ gilt nur bei Rentenversicherungen mit Indexpartizipation, fondsgebundenen Rentenversicherungen bzw. bei Vereinbarung eines fondsgebundenen Überschusssystem, z.B. Investmentbonus

⁵ gilt nur bei Rentenversicherungen mit Indexpartizipation und fondsgebundenen Rentenversicherungen