

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung Premium (Tarif 92)

§ 1 Vertragspartner

Versicherungsnehmer und Versicherer

(1) Vertragspartner in diesem Versicherungsvertrag sind Sie als Versicherungsnehmer und wir, die ASPECTA Lebensversicherung AG, als Versicherer. Als Versicherungsnehmer besitzen Sie grundsätzlich alle Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag.

Versicherte Person

(2) Als versicherte Person wird die Person bezeichnet, die vertraglich als versicherte Person vereinbart ist und deren Gesundheitszustand für eine Leistungspflicht maßgebend ist. Die Leistungspflicht besteht, wenn eine Berufsunfähigkeit entsprechend den nachfolgenden Bedingungen vorliegt.

Bezugsberechtigter

(3) Der Bezugsberechtigte erhält den Anspruch auf Versicherungsleistungen im Fall der Berufsunfähigkeit.

§ 2 Versicherungsleistung

Wird die versicherte Person während der Vertragsdauer im Sinne dieser Bedingungen insbesondere nach den unter § 4 aufgeführten Bestimmungen berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

Beitragsbefreiung

(1) Die Verpflichtung zur Beitragszahlung für diese Versicherung entfällt für die Dauer der Berufsunfähigkeit.

Berufsunfähigkeitsrente

(2) Die Rente zahlen wir je nach vereinbartem Mindestgrad der Berufsunfähigkeit und je nach möglicher Vereinbarung einer Karenzzeit gemäß der vereinbarten Rentenzahlungsweise im Voraus, erstmals anteilig bis zum Ende des laufenden Rentenzahlungsabschnittes.

(3) Wurde eine Karenzzeit vereinbart, so ruht ein entstandener Anspruch auf die Rentenzahlung vom Eintritt der Berufsunfähigkeit bis zum Ablauf der Karenzzeit. Während der Karenzzeit sind Sie von der Beitragszahlungspflicht für die versicherte Rente befreit. Endet die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Karenzzeit und tritt innerhalb von 36 Monaten danach erneut Berufsunfähigkeit auf Grund derselben Ursache ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

Ansprüche auf Beitragsbefreiung und Rente entstehen mit dem Tag, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, frühestens aber drei Jahre vor dem Tag des Eingangs Ihres Leistungsantrages bei uns. Ein Antrag auf Leistungen aus dieser Versicherung muss uns spätestens innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des Vertrages zugegangen sein. Der Leistungsanspruch ist uns schriftlich mitzuteilen. Wir leisten darüber hinaus bis zur gesetzlichen Verjährungsfrist rückwirkend, wenn die verspätete Anzeige ohne schuldhaftes Versäumen des Anspruchstellers erfolgte. Den Nachweis hat der Anspruchsteller zu erbringen. Entsprechendes gilt für die Meldung der Pflegebedürftigkeit sowie der Erhöhung des Grades der Berufsunfähigkeit (vgl. § 9 Abs. 3).

(4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt bzw. verringert sich, wenn die Berufsunfähigkeit nach der Definition in § 4 dieser Versicherungsbedingungen nicht mehr oder vermindert vorliegt, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf des Versicherungsvertrags.

(5) Bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht an den Beitragszahler zurückzahlen. Wenn Sie Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung beantragen, haben Sie das Recht, bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht die zinslose Stundung der Beiträge zu verlangen. Bei festgestellter Leistungspflicht zahlen wir zu viel gezahlte Beiträge zurück.

Wird ein von Ihnen gestellter Leistungsantrag endgültig abgelehnt, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen unverzinst nachzuzahlen. Diese können Sie in Form einer einmaligen Zahlung oder nach Vereinbarung in maximal 24 Monatsraten nachentrichten. Sofern Sie es wünschen und dies tariflich möglich ist, kann der Ausgleich auch durch eine Verrechnung mit dem vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei können Sie zwischen einer Verringerung der Versicherungsleistungen und einer Erhöhung des Beitrags wählen.

§ 3 Vorliegen von Berufsunfähigkeit

Wir bieten drei unterschiedliche Leistungsstaffeln für den Grad der festgestellten Berufsunfähigkeit an, die nachfolgend beschrieben werden. Für Sie maßgebend ist die von Ihnen mit uns vereinbarte Leistungsstaffel.

Berufsunfähigkeit im Sinne des § 4 liegt vor,

(1) wenn die versicherte Person während der Vertragslaufzeit zu mindestens 50 Prozent berufsunfähig wird (Standardregelung); wir stellen den Vertrag beitragsfrei und zahlen 100 Prozent der vereinbarten Rente. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit erfolgt keine Leistung;

oder

(2) wenn die versicherte Person mindestens in Höhe von 66 2/3 Prozent berufsunfähig wird; wir stellen den Vertrag beitragsfrei und zahlen 100 Prozent der vereinbarten Rente. Bei einer Berufsunfähigkeit zwischen 33 1/3 und 66 2/3 Prozent stellen wir den Vertrag beitragsfrei und leisten entsprechend dem vorliegenden Grad der Berufsunfähigkeit anteilig die vereinbarte Rente. Beträgt der Grad der Berufsunfähigkeit weniger als 33 1/3 Prozent, erfolgt keine Leistung.

oder

(3) wenn die versicherte Person mindestens in Höhe von 75 Prozent berufsunfähig wird; wir stellen den Vertrag beitragsfrei und zahlen 100 Prozent der vereinbarten Rente. Bei einer Berufsunfähigkeit zwischen 25 und 75 Prozent stellen wir den Vertrag beitragsfrei und leisten entsprechend dem vorliegenden Grad der Berufsunfähigkeit anteilig die vereinbarte Rente. Beträgt der Grad der Berufsunfähigkeit weniger als 25 Prozent, erfolgt keine Leistung.

§ 4 Definition der Berufsunfähigkeit

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit entsprechend diesen Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalls zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben, es sei denn, sie übt eine andere ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit konkret aus. Auf die Anwendung der abstrakten Verweisung verzichten wir.

(2) Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in zumutbarer Weise eine vergleichbare Erwerbstätigkeit konkret ausübt, aus der sie ein Einkommen erzielt, das in etwa ihrem bisher (vor Eintritt der Berufsunfähigkeit) während beruflicher Tätigkeit verfügbaren beruflichen Einkommen entspricht, oder als Selbständiger (vgl. § 14 Abs. 5) nach wirtschaftlich angemessener Umorganisation innerhalb ihres Betriebes weiter tätig sein könnte.

Zumutbar bedeutet, dass die Tätigkeit nicht zu Lasten der Gesundheit der versicherten Person geht und das jährliche Erwerbseinkommen nicht mehr als 20 Prozent unter dem Einkommen im zuletzt ausgeübten Beruf liegt. Eine Umorganisation ist angemessen, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig und von der versicherten Person auf Grund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann und der versicherten Person ein ausreichender Tätigkeitsbereich verbleibt.

Unter der bisherigen Lebensstellung ist die Lebensstellung vor Ausscheiden aus dem Berufsleben in finanzieller und sozialer Sicht zu verstehen, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, die zur Berufsunfähigkeit geführt hat, bestanden hat. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns auf maximal 20 Prozent im Vergleich zum jährlichen Einkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt.

Berufsunfähigkeit, die mindestens sechs Monate bestanden hat

(3) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen vollständig oder teilweise außerstande gewesen, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben, und hat sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, die ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

Zeitpunkt der Leistung

(4) Die Leistung beginnt ab dem Monat nach Eintritt der Berufsunfähigkeit, zuzüglich einer eventuell vereinbarten Karenzzeit.

Ausscheiden aus dem Berufsleben

(5) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Abs. 1 bis 3 darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist,

- bis fünf Jahre nach Ausscheiden die zuletzt ausgeübte Tätigkeit – so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – oder eine vergleichbare Tätigkeit konkret auszuüben bzw.
- nach Ablauf von fünf Jahren nach Ausscheiden eine Tätigkeit auszuüben, die ihren Kenntnissen, Fähigkeiten und ihrer Lebensstellung der letzten zwei Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.

Teilweise Berufsunfähigkeit

(6) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in § 3 Abs. 2 und 3 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen erfüllt sind und die vereinbarten Mindestgrenzen erreicht werden. Die versicherte Rente wird in diesem Fall anteilig, gemäß dem festgestellten Grad der Berufsunfähigkeit, geleistet (Ausnahme § 3 Abs. 1).

Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit

(7) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt ebenfalls bei Pflegebedürftigkeit vor, die ärztlich nachzuweisen ist. Unsere Leistung bei Pflegebedürftigkeit erfolgt, wenn die versicherte Person mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig ist. Bei Vorliegen dieser Voraussetzung leisten wir für die Dauer der Pflegebedürftigkeit ab Eintritt und nach Ablauf einer eventuell vereinbarten Karenzzeit die vereinbarte Rente unabhängig vom erreichten Grad der Berufsunfähigkeit und befreien den Vertrag für die Dauer der Pflegebedürftigkeit von der Beitragszahlung.

Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor und wie ist ein Pflegefall zu bewerten?

(8) Maßstab sind die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird folgende Punktetabelle zu Grunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer

1 Punkt

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

Aufstehen und Zubettgehen

1 Punkt

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

An- und Auskleiden

1 Punkt

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

1 Punkt

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

Waschen, Kämmen oder Rasieren

1 Punkt

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

Verrichten der Notdurft

1 Punkt

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

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann oder
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
- den Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleeren 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.

Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit wird nach der Anzahl der Punkte eingestuft. Wir leisten, wenn mindestens ein Punkt erfüllt ist.

(8) Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punktetabelle liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf. Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punktetabelle liegt Berufsunfähigkeit 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 Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 5 Ausschluss des Versicherungsschutzes

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

Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht worden ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter aktiv teilgenommen hat. Wir werden jedoch leisten, wenn Kriegsereignisse im Ausland, an denen die versicherte Person nicht aktiv teilgenommen hat, die Berufsunfähigkeit verursacht haben. Darüber hinaus werden wir leisten, wenn die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei, des Bundesgrenzschutzes oder der Einsatzkräfte der EU mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten teilnimmt oder teilgenommen hat;

- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Fahrlässige Verstöße z. B. im Straßenverkehr sind davon ausgenommen;
- c) durch absichtliches Herbeiführen von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer oder der Bezugsberechtigte vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt hat;
- e) durch Strahlen infolge von Kernenergie, die das Leben und 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 bzw. durch die vorsätzliche Freisetzung von atomaren (nuklearen), biologischen oder chemischen Waffen oder Stoffen. Diese Leistungseinschränkung gilt jedoch nur, sofern bedingt durch die Anzahl der eingetretenen Schäden eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen eintritt und die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies muss ausdrücklich durch ein Gutachten eines unabhängigen Treuhänders bestätigt werden.

§ 6 Überschussbeteiligung

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer an den Überschüssen, die jährlich bei unserem Jahresabschluss festgestellt werden.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(1) Überschüsse entstehen dann, wenn das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen angemessen beteiligt. Weitere Überschüsse stammen aus Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen¹), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind 90 Prozent vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Zinsen gedeckt, die zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden (§ 1 Abs. 2 der Verordnung). Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Bestandsuntergruppen genannt. Den ermittelten Überschuss für die Versicherungsnehmer ordnen wir den einzelnen Bestandsuntergruppen zu und stellen ihn – soweit er den Verträgen nicht direkt gutgeschrieben wird – in die Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen (RfB) ein.

Die in die RfB eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir die RfB ausnahmsweise zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) heranziehen (§ 56a VAG) oder bei sehr ungünstigem Risikoverlauf bzw. bei einem eventuellen Solvabilitätsbedarf (Rechtsverordnung zu § 81c VAG). Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.

¹ Kann bei der Hauptverwaltung der ASPECTA Lebensversicherung AG angefordert werden.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

(2) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsuntergruppe ADE 905 in der Bestandsgruppe 114 (Berufsunfähigkeitsversicherungen). Jede einzelne Versicherung innerhalb dieser Bestandsuntergruppe erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppe Berufsunfähigkeitsversicherungen. Die Höhe dieser Anteile wird vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der maßgebenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen jährlich festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Die Mittel für diese Überschussanteile werden den Überschüssen des Geschäftsjahres oder der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. In einzelnen Versicherungsjahren, insbesondere etwa in den ersten Versicherungsjahren, kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

Beitragspflichtige Versicherungen erhalten bei jeder Beitragszahlung Sofort-Überschussanteile in Prozent des Zahlungsweise-Bruttobeitrags (ohne Stückkosten), die

- a) mit den Beiträgen verrechnet oder
- b) verzinslich angesammelt oder
- c) als Einmalbeitrag für eine Anwartschaft auf eine beitragsfreie Zusatzrente (Bonus) verwendet oder
- d) zur Anlage in Fonds verwendet oder
- e) zur Anlage in Fonds und zur Beitragsverrechnung verwendet werden.

Fondsanlage/Wahl der Leistung in Fondsanteilen

(3) Bei der Fondsanlage nach Abs. 2 d) und e) haben Sie die Möglichkeit, Ihre Anlagestrategie während der Vertragslaufzeit zu ändern, indem Sie z. B. die Überschüsse in einem anderen innerhalb dieses Tarifs zur Verfügung stehenden Fonds ansammeln („Switch“). Am Ende der Versicherungsdauer wird der Gegenwert in EUR der angesammelten Fondsanteile ausgezahlt. Zur Wertermittlung legen wir den Stichtag des letzten Versicherungsmonats zu Grunde. Auf Antrag übertragen wir Ihnen bei Vertragsablauf angesammelte Überschüsse in Wertpapieren. Dafür stellen wir Ihnen Kosten von zzt. einem Prozent des Auszahlungsbetrages, höchstens jedoch 150 EUR in Rechnung. Die Kosten werden mit dem Auszahlungsguthaben verrechnet.

(4) Die nach Eintritt der Berufsunfähigkeit anfallenden Überschussanteile werden in Prozent der überschussberechtigten Deckungsrückstellung² festgesetzt und dienen als Einmalbeiträge zur Erhöhung der Rente.

§ 7 Nachweispflichten im Versicherungsfall

(1) Werden Leistungen aus der Versicherung verlangt, sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über die Pflegestufe;
- c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- d) bei Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Die möglicherweise hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.

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

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu geben. Eine entsprechende Auskunftsermächtigung ist uns von der versicherten Person einzureichen.

(3) Wird eine Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente wegen einer höheren Pflegestufe verlangt, so gelten die Abs. 1 und 2 sinngemäß.

(4) Grundsätzlich genügen uns zur medizinischen Prüfung und Bewertung der Berufsunfähigkeit die von Ihnen vorgelegten Atteste Ihrer behandelnden Ärzte. Insofern besteht für Sie freie Arztwahl. Bei der medizinischen Auswertung der ärztlichen Unterlagen beraten wir uns mit unseren Gesellschaftsärzten. Lassen sich nach den vorliegenden Arztberichten und nach dem Ergebnis unserer Beratungen das genaue Ausmaß Ihrer gesundheitlichen Funktionseinbußen und damit Ihre beruflichen Leistungseinschränkungen nicht exakt bewerten oder sind die von den Ärzten erhobenen Diagnosen nicht hinreichend medizinisch objektiviert, lassen sich die bestehenden Defizite

- durch weitere gezielte Rückfragen bei Ihren Ärzten,
- durch etwaige Ergänzungsuntersuchungen, mit denen wir nach Abstimmung mit Ihnen grundsätzlich nur Ihre Ärzte auf unsere Kosten beauftragen würden, oder
- in Einzelfällen durch eine Begutachtung auf unsere Kosten durch neutrale Fachärzte, deren Auswahl wir mit Ihnen abstimmen,

klären bzw. beseitigen. Über den Grund dieser Nachfragen werden wir Sie zeitnah informieren. Eine Information über den Stand der Leistungsprüfung erfolgt aber mindestens alle acht Wochen.

Worauf müssen Sie achten, wenn Sie sich im Ausland aufhalten?

(5) Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Wir können verlangen, dass Untersuchungen im Ausland bei einem Arzt einer diplomatischen Auslandsvertretung der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. Die Kosten für die Untersuchung werden von uns übernommen. Reise- und Unterbringungskosten werden von uns nicht erstattet.

§ 8 Erklärung über unsere Leistungspflicht

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir innerhalb von fünf Wochen, ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Unsere Leistungserklärung erfolgt innerhalb von fünf Wochen, wenn uns alle entscheidungsrelevanten Unterlagen vollständig vorliegen.

(2) Für zukünftig fällig werdende wiederkehrende Versicherungsleistungen – Beitragsbefreiung und Rente – sprechen wir grundsätzlich keine besondere Befristung unserer Leistungspflicht aus. Ist jedoch anzunehmen, dass sich Umstände, die für die Beurteilung der Frage, ob Berufsunfähigkeit besteht, ändern werden, können wir unsere Leistungspflicht, zunächst einmalig, befristen (befristete Leistungsentscheidung). Dieser befristete Leistungsentscheid kann insgesamt auf höchstens zwölf Monate ausgerichtet sein. Für die befristete Leistungsdauer findet kein Nachprüfungsverfahren statt.

(3) Bei einer befristeten Leistungsentscheidung verzichten wir auf Rückforderungen von erworbenen Versicherungsleistungen, auch wenn wir später unsere Leistungspflicht ablehnen müssen.

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

(4) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von zwölf Monaten nach Zugang unserer Entscheidung seine weiter gehenden Leistungsansprüche gerichtlich geltend machen. Auf

diese Möglichkeit werden wir Sie in unserem Anschreiben gesondert hinweisen. Lässt der Anspruchsteller zwölf Monate verstreichen, ohne dass er seine Ansprüche gerichtlich geltend macht, so sind weiter gehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen.

Beschwerdestelle

(5) Bei Beschwerden können Sie sich an unser Unternehmen oder an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungsaufsicht – (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn oder an den Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin wenden.

§ 9 Mitwirkungspflichten während der Berufsunfähigkeit

Nachprüfung der Berufsunfähigkeit

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit, die Pflegestufe oder den Grad der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen; dies gilt auch für den Zeitraum nach dem Ablauf eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses (vgl. § 8 Abs. 2). Dabei können wir unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 4 Abs. 1 erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret ausübt, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten einmal jährlich sachdienliche Auskünfte und umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 7 gelten entsprechend.

(3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad unter den jeweiligen Mindestprozentsatz nach § 3 vermindert, können wir unsere Leistungen einstellen.

a) Sinkt bei Vereinbarung der Staffelregelungen nach § 3 Abs. 2 und 3 der Grad der Berufsunfähigkeit im Bereich zwischen 25 und 75 Prozent bzw. zwischen 33 1/3 und 66 2/3 Prozent, so können wir die Höhe unserer Leistungen entsprechend anpassen.

b) Die Einstellung oder ggf. Verminderung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 8 Abs. 1 und 2 dieser Bedingungen mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam, frühestens jedoch zu Beginn der darauf folgenden Rentenzahlungsperiode.

(5) Liegt Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, können wir unsere Leistungen herabsetzen oder einstellen. Absatz 4 gilt entsprechend.

(6) Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung. Damit verzichten wir ausdrücklich auf die so genannte Arztnotwendigkeitsklausel; ausgenommen hiervon ist der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen).

Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit

(7) Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 9 dieser Bedingungen vom Versicherungsnehmer, der versicherten Person oder dem Anspruchsteller vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche aus der Versicherung jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats, in dem die Mitwirkungspflicht erfüllt wird, nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet, jedoch frühestens nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit.

§ 10 Beitragszahlung

(1) Sie zahlen Jahresbeiträge, die jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres fällig werden. Nach Vereinbarung können Sie die Jahresbeiträge auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zahlen; hierfür werden Ratenzuschläge erhoben. Der Einlösungsbeitrag wird sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrags fällig. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Zahlungsweise innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab Fälligkeitstag, an uns zu zahlen. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

Für eine verzinsliche Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich. Der Zins wird in Höhe der Zinsen für Darlehen jeweils ab Fälligkeitsdatum erhoben.

Einlösungsbeitrag

(2) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, so können wir die Beiträge des ersten Versicherungsjahres auch bei Vereinbarung von Ratenzahlungen sofort verlangen. Stattdessen können wir auch vom Versicherungsvertrag zurücktreten, für diesen Fall haben Sie keinen Versicherungsschutz. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen neben den Kosten einer ärztlichen Untersuchung eine besondere Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrags verlangen. Diese Gebühr beläuft sich auf zehn Prozent der Beiträge des ersten Versicherungsjahres.

Folgebeitrag

(3) Wenn Sie einen Folgebeitrag verspätet zahlen, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine schriftliche Mahnung. In unserem Mahnschreiben setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist, so entfällt Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolge werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

Zahlen Sie schon im ersten Versicherungsjahr einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, so werden außerdem die noch ausstehenden Raten des ersten Jahresbeitrags sofort fällig.

Was ist ratsam, wenn die Beiträge nicht mehr gezahlt werden können?

(4) Wichtige Gründe, z. B. Krankheit oder Arbeitslosigkeit, können dazu führen, dass Sie eine Zeit lang die Beiträge für Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung nicht mehr aufbringen können. Lassen Sie sich in dieser Situation rechtzeitig von uns beraten.

Auf Antrag ist eine einmalige Beitragsunterbrechung von bis zu sechs Monaten möglich; bei Wiederaufleben des Vertrages nach diesem Zeitraum ist keine erneute Gesundheitsprüfung nötig. Während der Beitragsunterbrechung besteht kein Versicherungsschutz. Bei Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers (Nachweis erforderlich) nach Ablauf dieser sechs Monate kann der Zeitraum der Beitragsunterbrechung auf weitere sechs Monate verlängert werden. Durch die Beitragsunterbrechung können sich bei Wiederaufleben des Vertrages die versicherten Leistungen oder der zu zahlende Beitrag ändern. Wir werden Sie bei Wiederaufleben des Vertrages darüber informieren.

Bei Zahlungsschwierigkeiten können wir – sofern bereits ein Überschussguthaben zur Verfügung steht – ab dem fünften Versicherungsjahr die fälligen Beiträge aus dem Guthaben Ihrer Versicherung entnehmen. Hierfür ist eine besondere Vereinbarung mit uns erforderlich.

- Bei Vereinbarung der Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung ist die Entnahme auf maximal zwölf Monatsbeiträge begrenzt, auf die Entnahme besteht kein Rechtsanspruch.
- Bei Vereinbarung der Überschussverwendung Fondsanlage bzw. Fondsanlage mit Beitragsverrechnung ist die Entnahme auf 75 Prozent des Überschussguthabens (Fondsvermögen) begrenzt; Ihnen steht ein Rechtsanspruch auf die Entnahme aus dem Fondsvermögen zu.

Änderung der Beitragshöhe

(5) Mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (vgl. § 22) können wir die Beiträge auch für bestehende Versicherungen erhöhen³. Die Erhöhung kann frühestens vom zweiten Versicherungsjahr an erfolgen. Die Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir sie Ihnen spätestens acht Wochen vor dem Erhöhungstermin schriftlich angekündigt haben.

Nach § 41 VVG sind wir berechtigt den Beitrag zu erhöhen oder den Vertrag zu kündigen, falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände wegen Unkenntnis oder unverschuldet nicht angezeigt werden und dadurch erhöhte Risiken entstehen. Auf dieses Recht verzichten wir.

Bei einer nicht vorhersehbaren Zunahme unseres Leistungsbedarfs gegenüber den bei Vertragsabschluss zu Grunde gelegten technischen Berechnungsgrundlagen haben wir nach § 172 VVG unter bestimmten Voraussetzungen das Recht, die Prämien auch für bestehende Versicherungen zu erhöhen. Auf diese Schutzvorschrift für die Versichertengemeinschaft verzichten wir nicht, um zu jedem Zeitpunkt der Vertragslaufzeit die dauerhafte Erfüllbarkeit unserer Leistungszusage sicherzustellen. Diese Änderung kann ohne Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders nicht vorgenommen werden.

§ 11 Angaben vor Vertragsbeginn

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

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

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir binnen fünf Jahren seit Vertragsabschluss vom Vertrag zurücktreten. Den Rücktritt können wir aber nur innerhalb eines Monats nach dem Zeitpunkt erklären, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten haben. Die Kenntnis eines Vermittlers steht unserer Kenntnis nicht gleich. Wenn uns nachgewiesen wird, dass die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind, wird unser Rücktritt gegenstandslos. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles und keinen Einfluss auf den Umfang unserer Leistung gehabt haben.

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

(5) Die Bestimmungen der Abs. 1 bis 4 gelten bei einer Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fünfjahresfrist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

³ Der unabhängige Treuhänder wird einer Beitragserhöhung nur zustimmen wenn,

- a) eine Zunahme der Aufwendungen für Versicherungsfälle eingetreten ist und dies zu einem Verlust bei der Bestandsgruppe der nach diesen Bedingungen abgeschlossenen Versicherungen geführt hat.
- b) die Beitragserhöhung erforderlich ist, damit wir auf Dauer unseren Leistungsverpflichtungen aus den abgeschlossenen Versicherungen nachkommen können.

(6) Auf den Rücktritt oder die Anfechtung des Versicherungsvertrags können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

(7) Wenn die Versicherung infolge eines Rücktritts oder einer Anfechtung aufgehoben wird, haben Sie keinen Anspruch auf einen Rückkaufswert oder eine Rückzahlung der Beiträge.

§ 12 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Vertragsbeginn

(1) Das Zustandekommen des Vertrags zeigen wir Ihnen durch die schriftliche Annahme Ihres Antrags oder durch Aushändigung des Versicherungsscheins an.

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn wir den Vertragsabschluss bestätigt und Sie den ersten Beitrag (Erstbeitrag) gezahlt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

Widerspruchsrecht

(2) Sind Ihnen die Verbraucherinformationen und Versicherungsbedingungen für Ihren Versicherungsvertrag nicht bei Antragstellung ausgehändigt worden, haben Sie folgendes Widerrufsrecht:

Sie können dem Vertrag innerhalb von 30 Tagen nach Überlassung des Versicherungsscheins, der Verbraucherinformation und der Versicherungsbedingungen in Textform widersprechen. Zur Wahrung der Frist ist das rechtzeitige Absenden Ihres Widerspruchs erforderlich.

Notwendig ist, dass Ihnen der Versicherungsschein nebst Verbraucherinformationen und Versicherungsbedingungen ausgehändigt und Sie über das Widerspruchsrecht belehrt wurden. Andernfalls endet Ihr Widerspruchsrecht ein Jahr nach Zahlung des ersten Beitrags.

§ 13 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufswertes

(1) Sie können Ihre Versicherung ganz oder teilweise schriftlich kündigen:

- jederzeit zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres;
- bei Vereinbarung von Ratenzahlungen auch innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von drei Monaten zum Schluss eines jeden Ratenzahlungsabschnittes, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres.

Mit Kündigung erlischt der Versicherungsvertrag. Ein bestimmter Rückkaufswert wird nicht garantiert. Sie erhalten jedoch die aus eventuellen Ansamlungs- und Fondsguthaben vorhandenen Werte, vermindert um eventuell rückständige Beiträge. Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so darf die verbleibende beitragspflichtige versicherte Rente nicht unter einen Mindestbetrag von 600 EUR jährlich sinken.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(2) Die Umwandlung Ihres Vertrages in eine beitragsfreie Versicherung ist nicht möglich. Falls Sie innerhalb eines absehbaren Zeitraums die Beiträge für Ihre Versicherung nicht mehr aufbringen können, stehen Ihnen die unter § 10 Abs. 4 beschriebenen Möglichkeiten zur Verfügung.

§ 14 Optionen während der Vertragsdauer

Nachversicherungsoption

(1) Nach Abschluss der Berufsunfähigkeitsversicherung bleiben Sie als Versicherungsnehmer in der Gestaltung flexibel. Sie können den Versicherungsschutz während der Vertragslaufzeit den zukünftigen privaten und beruflichen Entwicklungen anpassen.

Sie haben das Recht, den bestehenden Berufsunfähigkeitsschutz auf Antrag ohne erneute Gesundheitsprüfung bei folgenden Anlässen oder Ereignissen zu erhöhen:

- a) Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes;
- b) Heirat;
- c) erfolgreicher Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums oder einer Berufsausbildung;
- d) erstmaliger Wechsel in die berufliche Selbständigkeit (Hauptberuf) in einem anerkannten Ausbildungsberuf;
- e) Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei Selbständigen und Handwerkern;
- f) laufende Einkommenserhöhung von mindestens 20 Prozent des bisherigen Bruttojahreseinkommens innerhalb eines Jahres aus nichtselbständiger Tätigkeit, bei selbständiger Tätigkeit muss die Einkommenssteigerung über mindestens sechs Monate belegbar sein;
- g) beruflicher Aufstieg/Beförderung (z. B. Abschluss der Meisterprüfung, Erlangung der Prokura);
- h) Aufnahme eines Kammerberufs;
- i) Ehescheidung, sofern die Ehe mindestens zwölf Monate bestand;
- j) Einkommenserhöhung, die erstmals zum Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung führt;
- k) Wegfall oder Reduzierung (mind. 25 Prozent) der betrieblichen Altersversorgung;
- l) Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie.

Für die oben genannten Anlässe oder Ereignisse gelten folgende Voraussetzungen:

- a) Die versicherte Person muss persönlich betroffen sein und uns innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Veränderung einen geeigneten Nachweis (z. B. Urkunden oder amtliche Bestätigungen) vorlegen;
- b) die versicherte Person darf bei Eintritt des Ereignisses nicht bereits berufsunfähig sein und es darf kein Antrag auf Leistung wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit gestellt worden sein;
- c) die versicherte Person darf bei Eintritt des Ereignisses das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;
- d) die Erhöhungen der versicherten Jahresrente dürfen insgesamt nicht mehr als 50 Prozent der bei Vertragsabschluss versicherten Jahresrente betragen. Ebenso darf durch die Erhöhung die bei uns versicherte Gesamtjahresrente den Betrag von 30.000 EUR nicht übersteigen;
- e) die von der versicherten Person möglicherweise bezogenen gesamten Berufs- und Erwerbsminderungsrenten bei privaten Versicherern müssen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen stehen, d. h., die im Falle der Berufsunfähigkeit zu zahlende Gesamtrente darf nicht höher als 70 Prozent des letzten Bruttojahreseinkommens der versicherten Person sein. Auf unsere Nachfrage ist uns ein Nachweis über das letzte Jahreseinkommen zu erbringen.

Wiedereingliederungshilfe

(2) Hat die versicherte Person mindestens drei Jahre ununterbrochen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bezogen und stellen wir unsere Leistungen im Rahmen der Nachprüfung nach § 9 Abs. 1 der Allgemeinen Bedingungen ein, dann zahlen wir für weitere sechs Monate die versicherten Leistungen, damit die versicherte Person sich auf die neue Situation einstellen kann. Dies gilt nicht, wenn die ebenfalls unter § 9 genannten Mitwirkungspflichten nicht erfüllt werden.

Voraussetzung für die Zahlung der Wiedereingliederungshilfe ist, dass bei Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe die verbleibende Leistungsdauer für die Rente noch mindestens zwölf

Monate beträgt. Bei Wiedereintritt der Berufsunfähigkeit aus gleichem medizinischem Grund innerhalb von sechs Monaten entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe rückwirkend, eine bereits ausgezahlte Leistung müssen Sie zurückerstatten. Auf Ihren Antrag hin sind wir bereit, die Leistung aus der Wiedereingliederungshilfe mit zukünftigen Versicherungsleistungen an Sie zu verrechnen. Die Wiedereingliederungshilfe kann nur einmal während der gesamten Vertragsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung in Anspruch genommen werden.

Übergangsleistung als Ausgleich für Krankentagegeld

(3) Die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente wird bereits dann geleistet, wenn der Krankenversicherer der versicherten Person nach seinen Bedingungen Berufsunfähigkeit feststellt und die Leistung aus der Krankentagegeldversicherung daraufhin einstellt. Die entsprechende Mitteilung des Krankenversicherers auf Einstellung seiner Leistung ist uns umgehend schriftlich anzuzeigen. Unsere Leistung beginnt am folgenden Monatsersten nach dem Tag der Leistungseinstellung des Krankenversicherers und endet mit unserer abschließenden Leistungsentscheidung.

Stellen wir mit unserer Leistungsentscheidung Berufsunfähigkeit nach diesen Versicherungsbedingungen fest, so leisten wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente statt der Übergangsleistung. Liegt nach unserer endgültigen Leistungsentscheidung keine Berufsunfähigkeit vor, so müssen von uns bereits als Übergangsleistung gezahlte Leistungen nicht zurückgezahlt werden, wenn die versicherte Person

- sich vor Auszahlung der Übergangsleistung verpflichtet hat, sich mit ihrem Krankenversicherer über die Fortführung ihrer Krankenversicherung und die Weiterzahlung des Krankentagesgeldes auseinander zu setzen und/oder
- nicht tatsächlich noch Krankentagegeld von ihrem Krankenversicherer bezieht oder beziehen wird.

Umorganisation bei Selbständigen

(4) Sofern wir im Rahmen unserer Leistungsprüfung von selbständigen versicherten Personen eine Umorganisation verlangen und auf Grund der Umorganisation keine Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung erfolgt, beteiligen wir uns an den Kosten für die notwendigen Investitionen. Unsere Beteiligung richtet sich nach den tatsächlich anfallenden finanziellen Aufwänden und ist auf sechs Monatsrenten beschränkt.

Die Übergangshilfe bei Umorganisation von Selbständigen kann nur einmal während der gesamten Vertragsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung in Anspruch genommen werden.

Leistungsdynamik

(5) Optional kann für den Leistungsfall eine Erhöhung der zu zahlenden Rente (Leistungsdynamik) vereinbart werden. Einzelheiten können den *Besonderen Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Leistungen im Versicherungsfall* entnommen werden.

Assistance-Leistungen

(6) Im Rahmen der Assistance-Leistungen können Sie sich über eine Service-Hotline präventiv über Krankheitsbilder, Vorbeugemaßnahmen und Spezialisten informieren. Bei unmittelbar drohendem oder bereits eingetretenem Versicherungsfall haben Sie Anspruch auf ein Beratungsgespräch zur Unterstützung bei Fragen der medizinischen Versorgung und möglichen Rehabilitationsmaßnahmen sowie bei der Beschaffung und Zusammenstellung der notwendigen Nachweise und Unterlagen. Zusätzlich können wir Ihnen berufliche Beratung anbieten, in der Ihnen Möglichkeiten einer beruflichen Integration durch Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen oder die Möglichkeiten einer Integration in einen anderen Beruf aufgezeigt werden.

§ 15 Allgemeine Vertragsmodalitäten

Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen

(1) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie rechtzeitig alles getan haben, damit der Beitrag fristgerecht (vgl. § 10) bei uns eingeht.

Notwendigkeit schriftlicher Mitteilungen

(2) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich – sofern keine andere Form gesetzlich vorgeschrieben ist – erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Versicherungsvertreter sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt. Dies gilt auch für vorvertragliche Mitteilungen.

Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift abgesendet wird; unsere Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie Ihnen ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung unter der Adresse Ihres Gewerbebetriebs abgeschlossen haben und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegen.

(3) Bei Änderung Ihres Namens gilt Abs. 2 entsprechend, wobei die Namensänderung durch eine amtliche Urkunde nachzuweisen ist. Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns, auch in Ihrem Interesse, eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

Bedeutung des Versicherungsscheins

(4) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

In den Fällen der Beanspruchung von Leistungen (vgl. § 17) brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 16 Vorauszahlung (Policendarlehen)

Bei Vereinbarung der Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung oder Fondsanlage/Fondsanlage mit Beitragsverrechnung können Sie ein Policendarlehen auf angesammelte Überschüsse frühestens ab dem fünften Versicherungsjahr beantragen. Das Darlehen ist auf 75 Prozent des Überschussguthabens beschränkt. Hierfür ist eine besondere Vereinbarung mit uns erforderlich; bei der Überschussverwendung Fondsanlage/Fondsanlage mit Beitragsverrechnung haben Sie einen Rechtsanspruch auf ein Policendarlehen.

Für die Bereitstellung des Darlehens erheben wir Kosten in Höhe von zzt. 0,5 Prozent des Darlehensbetrages, mindestens 15 EUR und höchstens 50 EUR.

§ 17 Erhalt der Versicherungsleistung

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder in besonderen Fällen an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Fälligkeit die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalls können nur Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.

(2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (unwiderruflich Bezugsberechtigter).

Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

(3) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn dies uns schriftlich angezeigt worden ist. Das Gleiche gilt für die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.

§ 18 Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren

(1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sog. Abschlusskosten (§ 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen⁴) sind bereits pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

(2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerverfahren) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung von Abschlusskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode bestimmt sind. Der zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf vier Prozent der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

(3) Das beschriebene Verrechnungsverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung keine beitragsfreie Versicherungsleistung vorhanden ist. Nähere Informationen können Sie der Ihrem Versicherungsschein beigefügten Tabelle entnehmen.

§ 19 Anwendbares Recht

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 20 Gerichtsstand

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Ist Ihre Versicherung durch Vermittlung eines Versicherungsvertreeters zu Stande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Vertreter zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhielt, seinen Wohnsitz hatte. Soweit gesetzlich ein Gerichtsstand vereinbart werden kann, gilt unser Geschäftssitz als alleiniger Gerichtsstand als vereinbart.

§ 21 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Regelungen dieses Vertrags den Vorschriften des deutschen Rechts oder des Rechts der Europäischen Union nicht oder nicht mehr entsprechen, unwirksam oder nichtig sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen nicht berührt, wobei diese Rechtsfolge von den Vertragsparteien beiderseits ausdrücklich gewünscht wird. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die unwirksamen oder nichtigen Vertragsbestimmungen unter Berücksichtigung des hier beabsichtigten wirtschaftlichen Zwecks durch gültige Vertragsabreden zu ersetzen. Entsprechendes soll gelten, wenn bei Durchführung des Vertrags eine ergänzungsbedürftige Vertragslücke offenbar wird.

⁴ Kann bei der Hauptverwaltung der ASPECTA Lebensversicherung AG angefordert werden.

§ 22 Mögliche Änderungen der Bedingungen

Gesetzliche Rechte zur Änderung von Bedingungen

(1) Ist in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Tarifbestimmungen oder Besonderen Bedingungen eine Bestimmung unwirksam, sind wir berechtigt, die Versicherungsbedingungen mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders zu ändern, wenn zur Fortführung des Vertrags dessen Ergänzung notwendig ist (§ 172 Abs. 2 VVG).

Vertragliche Rechte zur Änderung von Bedingungen

(2) Darüber hinaus sind wir berechtigt, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders, bestimmte jeweils betroffene Bedingungen zu ändern oder zu ergänzen,

- a) wenn sich eine Rechtsvorschrift ändert, auf der einzelne Bedingungen des Vertrags beruhen, oder
- b) wenn sich eine höchstrichterliche Rechtsprechung ändert, auf der einzelne Bedingungen des Vertrags beruhen, oder
- c) wenn ein Gericht einzelne Bedingungen rechtskräftig für unwirksam erklärt und die gesetzlichen Vorschriften keine Regelungen enthalten, die an deren Stelle treten, oder
- d) wenn die zuständige Kartellbehörde oder Versicherungsaufsichtsbehörde einzelne Bedingungen durch bestandskräftigen Verwaltungsakt als unvereinbar mit geltendem Recht beanstandet und die gesetzlichen Vorschriften keine Regelungen enthalten, die an deren Stelle treten.

Die Befugnis zur Änderung oder Ergänzung besteht in den Fällen der oben genannten gerichtlichen oder behördlichen Entscheidung auch dann, wenn es sich um inhaltsgleiche Bedingungen eines anderen Versicherers handelt.

Wir können auf Grund dieses vertraglichen Rechts nur die Bedingungen ändern, die wir Ihnen ausdrücklich in den Versicherungsbedingungen genannt haben. Welche Bedingungen wir ändern können, können Sie für die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den §§ 10 Abs. 5 und 22 Abs. 3 und im Übrigen den jeweiligen Tarifbestimmungen bzw. Besonderen Bedingungen entnehmen.

Eine solche Änderung oder Ergänzung von Bedingungen ist nur zulässig, wenn das bei Vertragsabschluss vereinbarte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Ausmaß gestört ist. Die geänderten Bedingungen dürfen Sie weder durch eine einzelne Regelung noch in Zusammenwirken mit anderen Bedingungen des Vertrags schlechter stellen als die ursprüngliche Regelung.

Wir werden Ihnen die geänderten Bedingungen unter Erläuterung von Grund, Inhalt und Folge der Änderung schriftlich bekannt geben. Sie gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach Bekanntgabe schriftlich widersprechen. Hierauf werden wir Sie bei der Bekanntgabe ausdrücklich hinweisen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die Bedingungsänderungen treten nicht in Kraft, wenn Sie fristgemäß widersprechen.

Welche Bedingungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen können auf Grund vertraglicher Rechte geändert werden?

(3) Neben unserer Änderungsbefugnis auf Grund § 172 Abs. 1 VVG sind wir unter den oben genannten Voraussetzungen berechtigt, folgende Bestimmungen zu ändern:
Die Bestimmungen über Einschränkung und Ausschlüsse des Versicherungsschutzes (vgl. § 5) und die Überschussbeteiligung (vgl. § 6) können mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders auch für bestehende Versicherungen geändert werden.

Erläuterung zur Überschussbeteiligung

Informationen zur Überschussermittlung und -beteiligung

Der Ihnen für die gesamte Vertragslaufzeit zugesagte Versicherungsschutz erfordert von uns eine vorsichtige Tariffkalkulation. Wir müssen insbesondere ausreichend Vorsorge treffen für eine ungünstige Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten. Unsere vorsichtigen Annahmen bezüglich der Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten führen zu Überschüssen, an denen wir Sie beteiligen. Des Weiteren beteiligen wir Sie ggf. an den Erträgen aus den Kapitalanlagen.

Im Folgenden möchten wir Ihnen die wichtigsten Schritte von der Entstehung der Überschüsse bis zu deren Verteilung auf die einzelnen Versicherungen etwas ausführlicher erläutern.

Wie entstehen die Überschüsse?

Überschüsse erzielen wir in der Regel aus dem Risiko- und dem Kostenergebnis. Die Überschüsse sind umso größer, je weniger Versicherungsfälle eintreten und je sparsamer wir wirtschaften. Ggf. können weitere Überschüsse aus dem Kapitalanlageergebnis hinzukommen.

- Risikoergebnis

Bei der Tariffkalkulation haben wir vorsichtige Annahmen über den Eintritt von Versicherungsfällen zu Grunde gelegt. Dadurch wird sichergestellt, dass die vertraglichen Leistungen langfristig auch dann noch erfüllt werden können, wenn sich die versicherten Risiken ungünstig entwickeln. Ist der Risikoverlauf dagegen günstiger als bei Vertragsbeginn kalkuliert, entstehen Risikoüberschüsse.

- Kostenergebnis

Ebenso haben wir auch Annahmen über die zukünftige Kostenentwicklung getroffen. Wirtschaften wir sparsamer als kalkuliert, entstehen Kostenüberschüsse.

- Kapitalanlageergebnis

Damit wir unsere Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen jederzeit erfüllen können, müssen wir eine Deckungsrückstellung bilden und Mittel in entsprechender Höhe anlegen (z. B. in festverzinslichen Wertpapieren, Hypotheken, Darlehen, Aktien und Immobilien). Dies überwachen unser verantwortlicher Aktuar und unser Deckungsstock-Treuhänder. Bei der Berechnung der Deckungsrückstellungen wird ein garantierter Zinssatz, dessen Höhe sich an gesetzliche Vorschriften anlehnt, zu Grunde gelegt. Dies bedeutet, dass sich die Vermögenswerte mindestens in dieser Höhe verzinsen müssen. In der Regel übersteigen die Kapitalerträge diesen Mindestzins und es entstehen Zinsüberschüsse.

Wie werden die Überschüsse ermittelt und festgestellt?

Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer?

Die von uns erwirtschafteten Überschüsse kommen zum ganz überwiegenden Teil den Versicherungsnehmern zugute. Der übrige Teil wird an die Aktionäre ausgeschüttet bzw. den Rücklagen des Unternehmens zugeführt. Eine Rechtsverordnung zu § 81c des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) legt die Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Überschüssen fest. An den Überschüssen aus dem Risiko- und dem Kostenergebnis beteiligen wir die Versicherungsnehmer nach der genannten Verordnung in angemessener Weise. Außerdem stehen den Versicherungsnehmern nach der derzeitigen Fassung der Verordnung mindestens 90 Prozent der Nettoerträge (Bruttoerträge abzüglich Aufwendungen) aus denjenigen Kapitalanlagen zu, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind. Soweit die Versicherungsnehmer diese Erträge nicht über die oben erwähnte Mindestverzinsung erhalten, werden die Erträge für die Überschussbeteiligung verwendet.

Da die verschiedenen Versicherungsarten in unterschiedlichem Umfang zum Überschuss beitragen, fassen wir gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammen. Kriterium für die Bildung einer solchen Gruppe ist vor allem das versicherte Risiko. Danach werden z. B. Kapitallebens-, Renten- und Risikoversicherungen jeweils eigenen Gruppen zugeordnet. Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, wie sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.

Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Die Rückstellung darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) heranziehen. Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages?

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Gruppe, die in den für die Versicherung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag unseres verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns jederzeit anfordern können.

Nähere Informationen zu den Bemessungsgrößen der einzelnen Überschussanteile finden Sie in den versicherungsmathematischen Hinweisen.

Die Höhe der künftigen Versicherungsleistungen kann nicht garantiert werden!

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

Versicherungsmathematische Hinweise

Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifikalkulation ermittelt. Bei der Tarifikalkulation haben wir die Sterbetafel DAV 1994 T und die Invalidisierungstafel DAV 1997 I verwendet.