



Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (EBO205)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer/in sind Sie unser/e Vertragspartner/in. Für unser Vertragsverhältnis werden die nachstehenden Allgemeinen Bedingungen vereinbart.

Inhaltsverzeichnis

A Versicherte Leistungen

- § 1 Welche Leistungen sind versichert?
- § 2 Welche zusätzlichen Leistungen können Sie vereinbaren?

B Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes und der versicherten Leistungen

- § 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
- § 4 Wie lange besteht Versicherungsschutz?
- § 5 Wann entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistungen ohne Karenzzeit?
- § 6 Wann entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistungen bei Vereinbarung einer Karenzzeit?
- § 7 Wie lange besteht Anspruch auf die Versicherungsleistungen?
- § 8 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?
- § 9 Wer erhält die Versicherungsleistungen?

C Regelungen zur Beitragszahlung

- § 10 Wie können die Beiträge entrichtet werden?
- § 11 Wie lange besteht die Verpflichtung zur Beitragszahlung; ist zinslose Stundung der Beiträge bis zum Abschluss der Leistungsprüfung möglich?
- § 12 Was geschieht, wenn der Einlösungsbeitrag (erster Beitrag) nicht rechtzeitig gezahlt wird?
- § 13 Was geschieht, wenn ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird?
- § 14 Kann die Versicherungsgesellschaft den Beitrag ändern?

D Begriff der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit

- § 15 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 16 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 17 Welcher Bewertungsmaßstab liegt der Einstufung des Pflegefalles zugrunde?
- § 18 Wie erfolgt die Einstufung in eine Pflegestufe?
- § 19 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

E Kündigung und Beitragsfreistellung durch den Versicherungsnehmer

- § 20 Wann kann die Versicherung gekündigt und eine Auszahlung des Rückkaufswertes verlangt werden?

- § 21 Wann kann die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt werden?
- § 22 Kann eine Rückzahlung der Beiträge verlangt werden?

F Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und Folgen ihrer Verletzung

- § 23 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 24 Wann können wir wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten?
- § 25 Wann können wir den Versicherungsvertrag anfechten?
- § 26 Welche Folgen hat ein Rücktritt vom Vertrag oder eine Anfechtung des Vertrages?
- § 27 Was gilt bei einer Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung?
- § 28 Welche Folgen hat eine unverschuldete Anzeigepflichtverletzung?

G Feststellung des Versicherungsfalles und Mitwirkungspflichten des Anspruchserhebenden

- § 29 Welche Mitwirkungspflichten sind bei Anspruchserhebung zu beachten?
- § 30 Was geschieht bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalles?
- § 31 Wann erklären wir unsere Leistungspflicht?
- § 32 Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden und wer entscheidet in diesen Fällen?
- § 33 Kann das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit vom Versicherer nachgeprüft werden?

H Regelungen zur Überschussbeteiligung

- § 34 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?
- § 35 Kann der Versicherer die Bestimmungen zur Überschussbeteiligung ändern?

I Sonstige vertragliche Regelungen

- § 36 Können Sie dem Vertragsabschluß widersprechen?
- § 37 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 38 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?
- § 39 Was bedeutet die Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren?
- § 40 Welche Kosten stellen wir gesondert in Rechnung?
- § 41 Ist die Gewährung eines Darlehens oder einer Kapitalabfindung möglich?
- § 42 Unter welchen Voraussetzungen ist ein Umtausch in eine kapitalbildende Versicherung möglich?
- § 43 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 44 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung möglich?



§ 45 Wo ist der Gerichtsstand?

§ 46 Was gilt, wenn einzelne der vorstehenden Bestimmungen unwirksam sind?

A Versicherte Leistungen

§ 1 Welche Leistungen sind versichert?

1. Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer mindestens 50% berufsunfähig oder mindestens nach Pflegestufe I pflegebedürftig, so erbringen wir folgende Leistungen: Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente, und zwar monatlich im voraus solange die Berufsunfähigkeit bzw. zumindest Pflegestufe I besteht, längstens bis zum Ende der Leistungsdauer.
2. Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeitsversicherung. Für eingeschlossene Zusatzversicherungen sind die Beiträge jedoch weiterhin zu entrichten.

§ 2 Welche zusätzlichen Leistungen können Sie vereinbaren?

1. Die zusätzlichen Leistungen (siehe Versicherungsschein) werden erbracht, wenn die versicherte Person innerhalb der Versicherungsdauer mindestens nach Stufe I pflegebedürftig wird.
2. Ab dem auf den Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit folgenden Monat erhöht sich die vereinbarte Rente wie folgt:
 - um 100% bei Pflegestufe III
 - um 75% bei Pflegestufe II
 - um 50% bei Pflegestufe I
3. Bei vertraglicher Vereinbarung zahlen wir die im Versicherungsschein angegebene erhöhte Berufsunfähigkeitsrente bei Eintritt der Erwerbsunfähigkeit, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer erwerbsunfähig wird.
4. Falls vereinbart, erhöht sich im Leistungsfall die garantierte Rente jährlich, jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres um einen festgelegten Prozentsatz (Inflationsschutz).

B Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes und der versicherten Leistungen

§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz besteht ab dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung, nicht jedoch vor Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrages (Einlösungsbeitrag) und nicht vor der schriftlichen Annahme Ihres Antrages oder der Aushändigung des Versicherungsscheines.

§ 4 Wie lange besteht Versicherungsschutz?

Versicherungsschutz besteht während der vereinbarten Versicherungsdauer. Sie können mit uns eine Versicherungsdauer vereinbaren, die gleich lang oder kürzer als die Leistungsdauer ist.

§ 5 Wann entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistungen ohne Karenzzeit?

1. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.
2. Bei vertraglicher Vereinbarung (s. Versicherungsschein) erhöht sich die Berufsunfähigkeitsrente mit Ablauf des Monats, ab dem die versicherte Person berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen ist und zusätzlich Pflegebedürftigkeit mindestens nach Pflegestufe I oder Erwerbsunfähigkeit während der Versicherungsdauer eintritt.

§ 6 Wann entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Vereinbarung einer Karenzzeit?

1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles bedingt eine Karenzzeit, dass der Beginn der Rentenzahlung um die Anzahl der vereinbarten Karenzmonate aufgeschoben wird.
2. Die Karenzzeit beginnt nach Ablauf des Monats, in welchem die Berufsunfähigkeit von mindestens 50% oder Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit mindestens nach Pflegestufe I eingetreten ist.
3. Die Leistung nach Ablauf der Karenzzeit setzt voraus, dass die versicherte Person dann noch berufsunfähig bzw. mindestens nach Pflegestufe I pflegebedürftig ist.
4. Wird die versicherte Person aus gleicher Ursache innerhalb von 24 Monaten erneut berufsunfähig oder pflegebedürftig, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten angerechnet.
5. Wird eine voraussichtlich dauernde Berufsunfähigkeit erst nach Ablauf einer 6-monatigen Wartezeit festgestellt, so wird die Wartezeit auf die Karenzzeit angerechnet. Die Regelungen zur Wartezeit finden Sie für den Fall der Berufsunfähigkeit in § 15, für den Fall der Pflegebedürftigkeit in § 16.
6. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung beginnt bereits mit Ablauf des Monats, in welchem die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, unabhängig von der Karenzzeit.

§ 7 Wie lange besteht Anspruch auf die Versicherungsleistungen?

1. Bei Verträgen ohne erhöhte Leistungen erlischt der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung, wenn eines der folgenden Ereignisse eingetreten ist:
 - der Grad der Berufsunfähigkeit sinkt unter 50%,
 - Pflegestufe I wird nicht mehr erreicht,
 - die versicherte Person stirbt,



- die vereinbarte Leistungsdauer läuft ab.
2. Der Anspruch auf erhöhte Rentenzahlung erlischt bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse:
- Pflegestufe I wird nicht mehr erreicht,
 - die versicherte Person stirbt,
 - die vereinbarte Leistungsdauer läuft ab,
 - bei Wegfall der Erwerbsunfähigkeit. Falls zusätzlich vereinbart, zahlen wir die Berufsunfähigkeitsrente lebenslang, wenn der Versicherungsfall vor vollendetem 40. Lebensjahr eintritt und noch zum vereinbarten Leistungsende (zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr) ununterbrochen besteht.

§ 8 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen des Versicherers zu erfüllen?

Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf dessen Kosten. Bei Überweisung in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr (z. B. Verlust oder Verzögerung).

§ 9 Wer erhält die Versicherungsleistungen?

1. Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Sie können das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.
2. Wenn Sie ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unwiderruflich erhalten soll, werden wir Ihnen das schriftlich bestätigen. Bis zu dem Zeitpunkt, in dem Ihnen die Bestätigung zugeht, kann das Bezugsrecht noch von Ihnen geändert werden, danach nur noch mit Zustimmung des von Ihnen benannten Bezugsberechtigten.
3. Schriftliche Anzeige eines Bezugsrechtes sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag – soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind – sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, die vorher von Ihnen bestimmt wurden.

C Regelungen zur Beitragszahlung

§ 10 Wie können die Beiträge entrichtet werden?

1. Ihre Versicherungsbeiträge können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) oder jährlich entrichten. Die Jahresbeiträge werden zu Beginn eines jeden beitragspflichtigen Versicherungsjahres fällig.

2. Nach Vereinbarung können Sie Jahresbeiträge auch in halbjährlichen (2% Ratenzuschlag), vierteljährlichen (3% Ratenzuschlag) oder monatlichen (5% Ratenzuschlag) Raten zahlen. Wurde Ihre Versicherung nach dem Verwaltungskostensystem „R3“ abgeschlossen, betragen die Ratenzuschläge 2,5% des Jahresbeitrags bei monatlicher, 2% bei vierteljährlicher und 1,5% bei halbjährlicher Zahlungsweise.
3. Falls Sie die unterjährige Zahlungsweise gewählt haben, so sind die vereinbarten Raten bis zum Ende des Ratenzahlungsabschnittes zu entrichten, in dem die versicherte Person stirbt oder sich ein Anspruch auf Befreiung von der Beitragszahlungspflicht durch Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit ergibt, längstens bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer. Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir ausstehende Forderungen (z. B. rückständige Beiträge) verrechnen.
4. Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) wird unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Zahlungsweise innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab dem Fälligkeitstag, an uns zu entrichten. Die Zahlung kann auch an unseren Agenten erfolgen, sofern dieser Ihnen eine von uns ausgestellte Beitragsrechnung vorlegt.
5. Die Übermittlung der Versicherungsbeiträge erfolgt auf Gefahr und Kosten des Versicherungsnehmers. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht.
6. Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

§ 11 Wie lange besteht die Verpflichtung zur Beitragszahlung; ist zinslose Stundung der Beiträge bis zum Abschluss der Leistungsprüfung möglich?

1. Die Pflicht zur Beitragszahlung besteht während der vereinbarten Beitragszahlungsdauer.
2. Nach schriftlicher Meldung des Versicherungsfalles stunden wir die künftig fälligen Beiträge zinslos bis zur endgültigen Entscheidung unserer Leistungspflicht, falls Sie es beantragen. Haben Sie die Stundung dieser Beiträge mit uns vereinbart und wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder das Nichtbestehen einer Leistungspflicht rechtskräftig festgestellt, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag nachzuzahlen. Sie können aber beantragen, dass die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung, sofern dies nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik möglich ist, getilgt werden. Ist die Tilgung auf diesem Wege nicht möglich können die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 12 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachgezahlt werden. Stundungszinsen erheben wir in diesem Falle nicht.
3. Die nach Eintritt des Versicherungsfalles gezahlten Beiträge werden Ihnen, ab dem Termin der Anerkennung, rückwirkend erstattet.



§ 12 Was geschieht, wenn der Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird?

Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir die Beiträge des ersten Versicherungsjahres auch bei Vereinbarung von Ratenzahlungen sofort verlangen oder – solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von 3 Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Für Sie fallen dann eine Bearbeitungsgebühr von 10% der Beiträge des ersten Versicherungsjahres bzw. 3% des Einmalbeitrages und – falls entstanden – die Kosten für eine ärztliche Untersuchung an.

§ 13 Was geschieht, wenn ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird?

Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine schriftliche Mahnung. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen und geben Ihnen die Rechtsfolgen an, die eintreten, wenn Sie nicht innerhalb der Frist zahlen. Entrichten Sie schon im ersten Versicherungsjahr einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, so werden außerdem die noch ausstehenden Raten des ersten Jahresbeitrages sofort fällig.

§ 14 Kann die Versicherungsgesellschaft den Beitrag ändern?

1. Wir sind gemäß § 172 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) berechtigt, den Beitrag nach den technischen Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen, wenn sich dauerhaft und unvorhersehbar der Leistungsbedarf gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen des Beitrages geändert hat und deshalb eine dauerhafte Erfüllung der Versicherungsleistung gefährdet ist. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzung und die Angemessenheit der Änderung überprüfen und bestätigen.
2. Die Erhöhung kann frühestens vom zweiten Versicherungsjahr an erfolgen. Die Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir sie Ihnen spätestens 8 Wochen vor dem Erhöhungstermin schriftlich angekündigt haben.
3. Möchten Sie die Versicherung zu dem erhöhten Beitrag nicht fortführen, können Sie kündigen oder verlangen, dass sie unter Weiterzahlung des bisherigen Beitrages mit herabgesetzter Leistung fortgeführt wird; die Versicherungsleistung wird im gleichen Verhältnis herabgesetzt, in dem der bisherige Beitrag zum erhöhten Beitrag steht.

Bedingungsvariante:

Haben Sie den „Verzicht auf Beitragsanpassung gem. § 172 VVG „ (s. Versicherungsschein) vereinbart, so gilt anstelle der Absätze 1. bis 3. folgender Absatz 4.:

4. Wir verzichten auf die Möglichkeit der Beitragsanpassung gemäß § 172 VVG.

D Begriff der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit

§ 15 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen zumindest zu 50% außerstande ist, ihrem vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nachzugehen oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, spielen bei der Entscheidung über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit keine Rolle. Übt die versicherte Person eine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit zumindest zu 50% aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.
2. Ist die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, zumindest zu 50% außerstande gewesen, ihrem vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nachzugehen oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als Berufsunfähigkeit. In diesem Fall leisten wir ab Beginn des 7. Monats, sofern keine Karenzzeit vereinbart ist. Übt die versicherte Person eine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit zumindest zu 50% aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.
3. Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Absätze (1) und (2) darauf an, dass die versicherte Person zumindest zu 50% außerstande ist, eine berufliche Tätigkeit auszuüben, die sie aufgrund vorhandener beruflicher Fähigkeiten und Kenntnisse, die durch Ausbildung und Erfahrung bis zum Ausscheiden aus dem Berufsleben und danach erworben wurden, ausüben kann. Diese Tätigkeit muss ihrer Lebensstellung bei Ausscheiden aus dem Berufsleben entsprechen. Unter der bisherigen Lebensstellung ist die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Sicht (z. B. berufliche Qualifikation, berufliche Stellung, Vergütung, Wertschätzung) zu verstehen, die vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung gemäß Absatz 1 und 2 bestanden hat. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalles auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größe im Vergleich zum jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt.



4. Ist bei Selbständigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und der Versicherte eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat.

Bedingungsvariante:

Haben Sie den „Verzicht auf abstrakte Verweisung“ vereinbart, so gelten anstelle der Absätze 1. bis 3. die Absätze 5. bis 7.:

5. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen zumindest zu 50% außerstande ist, ihrem vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nachzugehen und sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Unter der bisherigen Lebensstellung ist die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Sicht (z. B. berufliche Qualifikation, berufliche Stellung, Vergütung, Wertschätzung) zu verstehen, die vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalles auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größe im Vergleich zum jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt. Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, spielen bei der Entscheidung über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit keine Rolle.
6. Ist die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, außerstande gewesen, Ihrem vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – zumindest zu 50% nachzugehen und hat sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als Berufsunfähigkeit. In diesem Fall leisten wir ab Beginn des 7. Monats, sofern keine Karenzzeit vereinbart ist.
7. Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so ist für die Annahme der Berufsunfähigkeit entscheidend, dass sie zumindest zu 50% außerstande ist, ihrem vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf nachzugehen.

Bedingungsvariante:

Haben Sie die „Rückwirkende Leistung“ vereinbart, so gilt anstelle Absatzes (2) vorletzter Satz bzw. Absatz (6) letzter Satz jeweils folgender Absatz (8):

8. In diesem Fall leisten wir rückwirkend von Beginn der sechsmonatigen Wartezeit an, sofern keine Karenzzeit vereinbart ist.

§ 16 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie trotz Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel für die im Punktecatalog des § 17 genannten Verrichtungen, täglich in erheblichem Umfang die Hilfe anderer Personen benötigt. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
2. War die versicherte Person 6 Monate mindestens nach Pflegestufe I ununterbrochen pflegebedürftig, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als Berufsunfähigkeit. In diesem Fall leisten wir ab Beginn des 7. Monats, sofern keine Karenzzeit vereinbart ist.

Bedingungsvariante:

Haben Sie die „Rückwirkende Leistung“ vereinbart, so gilt anstelle Absatzes 2. letzter Satz folgender Absatz 3.:

3. In diesem Fall leisten wir rückwirkend von Beginn der sechsmonatigen Wartezeit an, sofern keine Karenzzeit vereinbart ist.

§17 Welcher Bewertungsmaßstab liegt der Einstufung des Pflegefalles zugrunde?

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhles – 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 und trinken kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt



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

Verrichten der Notdurft 1 Punkt

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

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

Besteht lediglich eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt in dieser Hinsicht keine Pflegebedürftigkeit vor.

§ 18 Wie erfolgt die Einstufung in eine Pflegestufe?

Die Einstufung erfolgt nach der Anzahl der erreichten Punkte:

Pflegestufe I	bei 3 Punkten
Pflegestufe II	bei 4 oder 5 Punkten
Pflegestufe III	bei 6 Punkten

Zu Pflegestufe II:

Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punktetabelle liegt die Pflegestufe II vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf.

Zu Pflegestufe III:

Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punktetabelle liegt die Pflegestufe III vor, wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn sie 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.

§ 19 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit durch folgendes verursacht ist:

1. Unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
2. Unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines berufsbedingten Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Kriegsereignisse im Sinne der Klausel sind solche, die Unfallcharakter haben und typischerweise mit Kriegs- oder Kampfhandlungen verbunden sind, insbesondere durch Kriegswaffen oder mittelbar z. B. durch Gebäudeeinstürze. Einsätze im Rahmen von humanitären Hilfeleistungen sind vom Versicherungsschutz umfasst.
3. Durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Fahrlässige Verstöße (z. B. im Straßenverkehr) sind davon nicht betroffen.
4. Durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfalls, Selbstverletzung oder versuchter Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensentscheidung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten.
5. Durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.
6. Durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit von 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. Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder wenn eine Bestrahlung unter ärztlicher Aufsicht zu Heilzwecken erfolgt, werden wir leisten.
7. Unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

E Kündigung und Beitragsfreistellung durch den Versicherungsnehmer

§ 20 Wann kann die Versicherung gekündigt und eine Auszahlung des Rückkaufswertes verlangt werden?

1. Sie können Ihre beitragspflichtige Versicherung – solange der Versicherungsfall nicht eingetreten ist – ganz oder teilweise schriftlich kündigen



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

Über den Kündigungstermin hinaus gezahlte Beiträge werden Ihnen zurückerstattet.

2. Eine nur teilweise Kündigung Ihrer Versicherung ist nicht möglich, wenn der verbleibende Jahresbeitrag unter 120 EUR oder die Berufsunfähigkeitsjahresrente unter den Mindestbetrag von jährlich 300 EUR sinkt.
3. Sie erhalten nach Kündigung – soweit entstanden – den Rückkaufswert, vermindert um ausstehende Forderungen (z. B. rückständige Beiträge). Er wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode als Zeitwert Ihrer Versicherung berechnet. Dabei erfolgt ein angemessener Abzug, der in Prozent vom Deckungskapital* zum Zeitpunkt der Kündigung berechnet wird. Er beträgt für beitragspflichtige Versicherungen im ersten Versicherungsjahr 50%, danach verringert er sich jährlich um den gleichen Betrag bis zum Ende der Versicherungsdauer.

Die Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren (vgl. § 39) kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Der Rückkaufswert erreicht jedoch mindestens den bei Vertragsabschluss vereinbarten Garantiebetrags, dessen Höhe vom Zeitpunkt der Beendigung des Vertrages abhängt (vgl. die auf dem Versicherungsschein abgedruckte Übersicht der garantierten Rückkaufswerte). Zusätzlich erhalten Sie bei Kündigung die aus der Überschussbeteiligung vorhandenen Werte.

§ 21 Wann kann die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt werden?

1. Anstelle einer Kündigung können Sie sich unter Beachtung der in § 20 genannten Termine und Fristen ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreien lassen. In diesem Falle setzen wir die versicherte Berufsunfähigkeitsrente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet wird (§174 Abs. 2 VVG). Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um einen angemessenen Abzug. Dieser Abzug, der in Prozent vom Deckungskapital* zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berechnet wird, beträgt für beitragspflichtige Versicherungen bei Beitragsfreistellung im ersten Versicherungsjahr 50%, danach verringert er sich jährlich um den gleichen Betrag bis zum Ende der Versicherungsdauer. Ausstehende Forderungen (z. B. rückständige Beiträge) wer-

den dabei mit dem zur Verfügung stehenden Betrag verrechnet.

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren (vgl. § 39) keine beitragsfreien Renten vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine beitragsfreien Renten vorhanden. Stehen keine Forderungen mehr aus, so erreichen die beitragsfreien Renten dabei mindestens die bei Vertragsabschluss vereinbarten Garantiewerte (vgl. die auf dem Versicherungsschein abgedruckte Übersicht der garantierten beitragsfreien Anteile der Versicherungsleistungen).

2. Beitragsfreie Versicherungen können nicht gekündigt werden.
3. Haben Sie eine vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die zu berechnende beitragsfreie Jahresrente den Mindestbetrag von 300 EUR nicht oder reicht der zur Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag nicht aus, um die Verwaltungskosten für die beitragsfreie Zeit zu decken, so gilt Ihre Versicherung als gekündigt.
4. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist nur möglich, falls die beitragsfreie und beitragspflichtige Jahresrente einen Mindestbetrag von je 300 EUR erreichen und der zur Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag ausreicht, um die Verwaltungskosten für die beitragsfreie Zeit zu decken. Außerdem darf der verbleibende Jahresbeitrag nicht unter 120 EUR sinken.

§ 22 Kann eine Rückzahlung der Beiträge verlangt werden?

Auf Rückzahlung der Beiträge haben Sie keinen Anspruch.

F Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und Folgen ihrer Verletzung

§ 23 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben, insbesondere 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.

§ 24 Wann können wir wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten?

1. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir binnen 5 Jahren seit Vertrag-



sabschluß vom Vertrag zurücktreten; bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten 5 Jahre auch nach Ablauf dieser Frist.

2. Den Rücktritt können wir aber nur innerhalb eines Monats erklären, nachdem wir von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten haben.
3. Wenn uns nachgewiesen wird, dass die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind, wird unser Rücktritt gegenstandslos.
4. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn nachgewiesen wird, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistung hatten.

§ 25 Wann können wir den Versicherungsvertrag anfechten?

Wurde vorsätzlich durch unrichtige oder unvollständige Angaben auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen, können wir den Versicherungsvertrag anfechten. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir den Versicherungsvertrag anfechten, auch wenn Sie von der Anzeigepflichtverletzung keine Kenntnis hatten.

§ 26 Welche Folgen hat ein Rücktritt vom Vertrag oder eine Anfechtung des Vertrages?

1. Wir zahlen – falls vorhanden - den Rückkaufswert ohne den bei Rückkauf vorgesehenen Abzug. Ausstehende Beiträge werden verrechnet. Auf Rückzahlung der Beiträge besteht kein Anspruch.
2. Den Rücktritt oder die Anfechtung des Versicherungsvertrages können wir auch gegenüber dritten Berechtigten aussprechen.

§ 27 Was gilt bei einer Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung?

Bei einer Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung gelten die §§ 23 und 24 entsprechend. Die Fünfjahresfrist beginnt mit dem Zeitpunkt der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung für den geänderten bzw. den wiederhergestellten Teil neu zu laufen.

§ 28 Welche Folgen hat eine unverschuldete Anzeigepflichtverletzung?

Wenn falsche oder unvollständige Angaben von Ihnen oder der versicherten Person nicht schuldhaft gemacht wurden, verzichten wir auf Beitragsanpassung oder Kündigung (Verzicht auf § 41 VVG).

G Feststellung des Versicherungsfalles und Mitwirkungspflichten des Anspruchserhebenden

§ 29 Welche Mitwirkungspflichten sind bei Anspruchserhebung zu beachten?

1. Zum Nachweis der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit sind uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Unterlagen einzureichen:
 - der Versicherungsschein und der Nachweis der letzten Beitragszahlung,
 - eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit/Pflegebedürftigkeit,
 - ausführliche Berichte der behandelnden Ärzte der versicherten Person, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit oder über den Umfang der Pflegebedürftigkeit,
 - Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen,
 - bei Pflegebedürftigkeit eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege beauftragt ist, über Art und Umfang der Pflege.
2. Wir können außerdem über die wirtschaftlichen Verhältnisse Nachweise verlangen (z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen).
3. Wir können weitere ärztliche Untersuchungen und zusätzliche Auskünfte durch von uns beauftragte Ärzte - auf unsere Kosten - anfordern. 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 erteilen.
4. Hält sich die versicherte Person in einem Mitgliedsstaat der EU auf werden wir nach Möglichkeit versuchen, die ärztlichen Untersuchungen durch einen vom Versicherer benannten Arzt (z. B. durch Mithilfe eines Rückversicherers, durch Mithilfe der deutschen Botschaft) in Wohnortnähe des Versicherten vornehmen zu lassen. Die erforderlichen Nachweise und ärztlichen Unterlagen sind in deutscher Sprache vorzulegen. In diesem Falle übernehmen wir nur die Untersuchungshonorare, nicht jedoch Reise- und Aufenthaltskosten sowie sonstige Kosten. Hält sich die versicherte Person außerhalb der Mitgliedsstaaten der EU auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Falle übernehmen wir die Untersuchungshonorare, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.
5. Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende und behandelnde Arzt nach gewissenhaftem Ermessen trifft, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der versicherten Leistungen nicht entgegen. Die versicherte Person ist jedoch verpflichtet, zumutbaren Anweisungen ihrer Ärzte zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind Maßnahmen, die gefahrlos sind und die außerdem Aussicht auf



Besserung des Gesundheitszustandes bieten. Dabei handelt es sich um Maßnahmen wie die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen, physiotherapeutischen oder psychotherapeutischen Maßnahmen, das Einhalten von medizinisch begründeten Diät-, Kur- und Rehamaßnahmen, die Einnahme verordneter Medikamente oder das Tragen von Stützstrümpfen.

6. Wird eine vereinbarte Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente wegen einer höheren Pflegestufe oder –Eintritt der Erwerbsunfähigkeit verlangt, so gelten die Absätze 1. – 5. sinngemäß.

§ 30 Was geschieht bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalles?

- (1) Solange eine Mitwirkungspflicht von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- (2) Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche aus der Versicherung jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht hat.
- (3) Wird die Mitwirkungspflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig später erfüllt, sind wir erst ab Beginn des laufenden Monats zur Leistung verpflichtet.

§ 31 Wann erklären wir unsere Leistungspflicht?

- (1) Nach Prüfung aller eingereichten, nachgeforderten bzw. beigezogenen entscheidungsrelevanten Unterlagen erklären wir innerhalb von zwei Wochen ob und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen. Solange noch während der Leistungsprüfung Unterlagen fehlen, werden wir Sie zeitnah über den Sachstand informieren.
- (2) Zu wiederkehrenden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit (Beitragsbefreiung und Rente) sprechen wir grundsätzlich keine besondere Befristung unserer Leistungspflicht aus. Ist jedoch anzunehmen, dass sich Umstände, die für die Beurteilung der Frage, ob Berufsunfähigkeit besteht, innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten, gerechnet ab dem Tag des Einganges der Mitteilung nach § 29, ändern werden, können wir unsere Leistungspflicht zunächst einmalig oder mehrmals, längstens aber bis zum Ablauf dieses Zeitraumes befristen. Dabei können wir einstweilig die Frage zurückstellen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne des § 15 Absatz (1) ausüben kann.
- (3) Die Leistungspflicht zu einer befristeten Leistungsentscheidung endet mit dem Ablauf des genannten Zeitraumes, ohne dass es einer besonderen Erklärung bedarf. Verlangen Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit über diesen Zeitraum hinaus, prüfen wir bedingungsgemäß, ob die versicherte Person weiterhin berufsunfähig ist. Eine nochmalige Befristung ist jedoch,

sofern es um dieselbe maßgebende Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit geht, nur möglich, wenn der Zeitraum von 12 Monaten insgesamt nicht überschritten wird.

Bedingungsvariante:

Haben Sie den „Verzicht auf abstrakte Verweisung“ vereinbart, so gilt anstelle von Absatz 2. der folgende Absatz 4.:

4. Zu wiederkehrenden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit (Beitragsbefreiung und Rente) sprechen wir grundsätzlich keine besondere Befristung unserer Leistungspflicht aus. Ist jedoch anzunehmen, dass sich Umstände, die für die Beurteilung der Frage, ob Berufsunfähigkeit besteht, innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten, gerechnet ab dem Tag des Einganges der Mitteilung nach § 29, ändern werden, können wir unsere Leistungspflicht zunächst einmalig oder mehrmals, längstens aber bis zum Ablauf dieses Zeitraumes befristen.

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

1. Wenn der Anspruchserhebende mit unserer Leistungsentscheidung nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Entscheidung den Anspruch gerichtlich geltend machen.
2. Lässt der Anspruchserhebende die Sechsst Monatsfrist verstreichen, ohne dass er den Anspruch gerichtlich geltend macht, so sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge werden wir in unserer Erklärung nach §31 besonders hinweisen.

§ 33 Kann das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit vom Versicherer nachgeprüft werden?

1. Nach Anerkennung Ihrer Ansprüche sind wir berechtigt, das Fortbestehen unserer Leistungspflicht zu prüfen, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten berücksichtigt werden.
2. Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person, auf unsere Kosten, durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 29 Abs. 2., 3. und 4. gelten entsprechend.
3. Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit bzw. gegebenenfalls der Wegfall der Erwerbsunfähigkeit oder die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
4. Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 Prozent vermindert bzw. ist die Pflegebedürftigkeit unter Pflegestufe I gesunken, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine



Rechte mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

5. Ist eine erhöhte Rente für den Fall der Erwerbsunfähigkeit versichert, so wird die vereinbarte Erhöhung aufgehoben, falls die Erwerbsunfähigkeit entfällt.
6. Ist eine erhöhte Rente für den Fall der Pflegebedürftigkeit versichert (siehe § 2) und hat sich der Umfang der Pflegestufe gemindert, setzen wir unsere Zusatzleistung herab oder stellen sie ein.

Bedingungsvariante:

Haben Sie den „Verzicht auf die abstrakte Verweisung“ vereinbart, so gilt anstelle Absatzes 1. der folgende Absatz 7.:

7. Nach Anerkennung Ihrer Ansprüche sind wir berechtigt, das Fortbestehen unserer Leistungspflicht zu prüfen.

H Regelungen zur Überschussbeteiligung

§34 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

1. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(a) Überschüsse entstehen dann, wenn das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten sich günstiger entwickeln, als bei der Tarifkalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach Maßgabe der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung 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 Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in der genannten Verordnung festgelegten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind 90% vorgeschrieben. Aus dem 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.

(b) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Gewinngruppen bilden wir, beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Berufsunfähigkeits- oder Todesfallrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.

2. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

(a) Zu welcher Gruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung jährlich Überschussanteile. Wir veröffentlichen die Überschussanteile in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

(b) Wie erfolgen Zuteilung und Verwendung der Überschussanteile während der Beitragszahlungs- und Versicherungsdauer, solange der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist?

1. Die jährlichen Überschussanteile werden jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres zugeteilt.
2. Die jährlichen Überschussanteile werden in der beitragspflichtigen Zeit mit dem Beitrag verrechnet und in einer beitragsfreien Zeit verzinslich angesammelt. Abweichend von diesem Verfahren können, auf Antrag des Versicherungsnehmers, die jährlichen Überschussanteile auch bei beitragspflichtigen Versicherungen verzinslich angesammelt werden.
3. Bei Kündigung (vgl. § 20) erhalten Sie, falls verzinsliche Ansammlung vereinbart wurde, die bis zum Beginn des laufenden Versicherungsjahres zugeteilten Überschussanteile

(c) **Wie erfolgen Zusammensetzung und Bemessung der Überschussanteile während der Beitragszahlungs- und Versicherungsdauer, solange der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist?**

1. Die jährlichen Überschussanteile setzen sich zusammen bei beitragspflichtigen **Versicherungen mit gleicher Beitragszahlungs- und Versicherungsdauer** aus einem beitragsbezogenen Überschussanteil. Dieser wird in Prozent des Jahrestarifbeitrages (ohne Risikozuschläge) gewährt.
2. Die jährlichen Überschussanteile setzen sich zusammen bei beitragspflichtigen **Versicherungen mit unterschiedlicher Beitragszahlungs- und Versicherungsdauer und bei Einmalbeitragsversicherungen** aus
 - einem Verwaltungskostenüberschuss, der in Prozent des nach versicherungsmathematischen Grundsätzen bestimmten Verwaltungskostenbeitrages gewährt wird;
 - einem Risikoüberschussanteil, der in Prozent des nach versicherungsmathematischen Grundsätzen bestimmten Risikobeitrages gewährt wird;
 - einem Zinsüberschussanteil, der in Prozent des überschussberechtigten Deckungskapitals* bemessen wird. Das überschussberechtigte Deckungskapital* ist das, mit dem für die Beitragsberechnung geltenden Zins



diskontierte, Deckungskapital* zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres (negative Deckungskapitalien werden mit Null angesetzt).

(d) Wann werden Schlussüberschussanteile gezahlt?

1. Ohne Einräumung eines Rechtsanspruches des Versicherungsnehmers werden Schlussüberschussanteile gezahlt, wenn das Versicherungsverhältnis aus einem der nachfolgenden Gründe beendet wird und der Berufsunfähigkeitsfall noch nicht eingetreten ist:
 - bei Ablauf des Versicherungsvertrages
 - bei Tod der versicherten Person
 - bei Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person, außer wenn diese innerhalb der letzten 5 Jahre der Versicherungsdauer eintritt und eine Leistungsdauer vereinbart ist, die die Versicherungsdauer übersteigt.
2. Einen verminderten Schlussüberschuss gewähren wir im Falle des Rückkaufs. In diesem Fall wird jedoch im ersten Drittel der Versicherungsdauer, bei Versicherungen mit einer Versicherungsdauer über 30 Jahre in den ersten zehn Versicherungsjahren, kein Schlussüberschuss gewährt.
3. Sie haben auf die Schlussüberschussanteile einen Rechtsanspruch ab dem Zeitpunkt, an dem die Höhe der Schlussüberschussanteilsätze für den Ablauf Ihrer Versicherung im Jahresgeschäftsbericht unserer Gesellschaft deklariert ist.
4. Bemessung für die Schlussüberschussbeteiligung ist die bei Ablauf der Versicherungsdauer erreichte laufende (einschließlich bereits mit dem Beitrag verrechnete) Überschussbeteiligung sowie der laufende Überschussanteil dieses Jahres, maximiert auf einen Prozentsatz des dann maßgeblichen Deckungskapitals*.

(e) Wie erfolgen Zuteilung, Verwendung, Zusammensetzung und Bemessung der Überschussanteile während der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit?

1. Die jährlichen Überschussanteile werden jeweils zum Ende des Versicherungsjahres zugeteilt und als Einmalbeitrag für eine zusätzliche Rente verwendet, die gleichzeitig mit der vertraglich vereinbarten Rente fällig wird (laufende Rentenerhöhung).
2. Die jährlichen Überschussanteile bestehen aus einem Zinsüberschuss, der in Prozent des überschussberechtigten Deckungskapitals* bemessen wird. Das überschussberechtigte Deckungskapital ist das Deckungskapital* zum

Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres für die vertraglich vereinbarte Rente und bereits bestehende Rentenerhöhungen

Versicherungsmathematische Hinweise:

Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifikalkulation ermittelt. Bei der Tarifikalkulation haben wir die Sterbetafel DAV1994 T, die Sterbetafel DAV1997I, sowie die Sterbetafeln DAV 1997TI und DAV1997 RI verwendet und als Rechnungszins 2,75% angesetzt.

Weitere Erläuterungen finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

§ 35 Kann der Versicherer die Bestimmungen zur Überschussbeteiligung ändern?

- (1) Die Bestimmungen zur Überschussbeteiligung können auch für bestehende Versicherungen mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (vgl. § 172 VVG) geändert werden. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass
 - die Änderung zur Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint
 - oder
 - die Stellung der Versicherten durch die Änderung verbessert wird
 - oder
 - wir an der Änderung ein schutzwürdiges Interesse haben und die Belange der Versicherten dadurch nicht unangemessen benachteiligt werden.
- (2) Die Zulässigkeit und Angemessenheit einer Änderung muss von einem unabhängigen Treuhänder bzw. bei Genehmigungsbedürftigkeit der Änderung von der Aufsichtsbehörde bestätigt werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem wir Sie über die Änderung benachrichtigt haben.

I Sonstige vertragliche Regelungen

§ 36 Können Sie dem Vertragsabschluß widersprechen?

1. Der Versicherungsvertrag gilt auf der Grundlage des Versicherungsscheines, der Versicherungsbedingungen und der weiteren für den Vertragsinhalt maßgeblichen Verbraucherinformationen als abgeschlossen, wenn Sie nicht innerhalb von 30 Tagen nach Überlassung der Unterlagen in Textform widersprechen.
2. Die Frist beginnt dann, wenn Ihnen die erwähnten Unterlagen vollständig vorliegen und wir Sie bei Aushändigung oder Übersendung des Versicherungsscheines schriftlich über das Widerspruchsrecht, den Fristbeginn und die Dauer belehrt haben. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruches. Sollten Ihnen die Vertragsunterlagen nicht zugegangen sein, so erlischt das Recht zum Widerspruch jedoch ein



Jahr nach Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrages.

§ 37 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

1. Den Inhaber des Versicherungsscheines 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 Versicherungsscheines seine Berechtigung nachweist.
2. In den Fällen des § 9 (3) erkennen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann an, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 38 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?

1. Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Außendienstmitarbeiter sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.
2. Eine Änderung Ihres Namens oder Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre zuletzt bekannte Wohnung abgesandt werden kann; unsere Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie Ihnen ohne Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung durch Ihren Betrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
3. Wenn Sie sich für längere Zeit im Ausland aufhalten, sollten Sie uns eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 39 Was bedeutet die 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 Versicherungsunternehmen) 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 4% der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
3. Das beschriebene Verrechnungsverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Ver-

sicherung kein Rückkaufswert und keine beitragsfreien Renten vorhanden sind. Nähere Informationen können Sie der auf dem Versicherungsschein abgedruckten Übersicht der garantierten Rückkaufswerte und beitragsfreien Anteile der Versicherungsleistungen entnehmen.

§ 40 Welche Kosten stellen wir gesondert in Rechnung?

1. Falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt bei
 - Ausfertigung einer Ersatzurkunde oder von Abschriften des Versicherungsscheines
 - schriftliche Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
 - Verzug mit Beiträgen
 - Rückläufern im Lastschriftverfahren
 - Durchführung von Vertragsänderungen
 - Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen.
2. Geraten Sie mit der Beitragszahlung in Verzug, können wir Verzugszinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz gemäß § 247 Bürgerliches Gesetzbuch verlangen. Alle etwaigen den Versicherungsvertrag unmittelbar betreffenden öffentlichen Abgaben werden jeweils gesondert in Rechnung gestellt.

§ 41 Ist die Gewährung eines Darlehens oder einer Kapitalabfindung möglich?

Die Gewährung eines Darlehens auf die Versicherungsleistung sowie eine Abfindung von Renten durch Kapitalzahlung sind nicht möglich.

§ 42 Unter welchen Voraussetzungen ist ein Umtausch in eine kapitalbildende Versicherung möglich?

Wenn Sie nicht berufsunfähig oder pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen sind und Ihre Versicherung zu normalen Bedingungen angenommen wurde, können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung, bis zu 6.600EUR Jahresrente, ohne erneute Gesundheitsprüfung, in eine kapitalbildende Versicherung mit wahlweisem Einschluss von Zusatzversicherungen umwandeln, wenn

- Ihr rechnungsmäßiges Alter (Kalenderjahr abzüglich Lebensjahr) zu Beginn der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht mehr als 30 Jahre betrug und zum Ende der Versicherungsdauer zwischen 55 und 60 Jahren liegt;
- der Beitrag für die kapitalbildende Versicherung (einschließlich der Beitragsteile für ggf. eingeschlossene Zusatzversicherungen) nicht höher als der Beitrag für den umgetauschten Teil der Berufsunfähigkeitsversicherung ist;



- der Umtausch in den ersten 10 Jahren nach Vertragsabschluß erfolgt. Er ist spätestens 6 Monate vor dem Umtauschtermin zu beantragen.

§ 43 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

§ 44 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung möglich?

1. Sie haben das Recht, den bestehenden Berufsunfähigkeitsschutz ohne erneute Risikoprüfung (Nachversicherung, nur einmal pro Ereignis möglich) gegen Nachweis zu erhöhen, wenn bei der versicherten Person folgende Ereignisse eintreten:
 - Heirat,
 - Geburt eines Kindes,
 - Adoption eines Kindes,
 - Scheidung,
 - Aufnahme oder Erhöhung der Teilzeitbeschäftigung auf mindestens 15 Stunden wöchentlich,
 - Wechsel in die berufliche Selbständigkeit,
 - Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung als selbständiger Handwerker,
 - Erwerb einer Immobilie (Kaufpreis mindestens 50.000 EUR),
 - das Einkommen überschreitet die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
 - Abschluss einer staatlich anerkannten Berufsausbildung
 - abgelegtes Hochschulexamen oder abgelegte Meisterprüfung
 - Reduzierung oder Wegfall einer betrieblichen Altersversorgung zu Gunsten der versicherten Person
2. Die Nachversicherungsgarantie setzt voraus:
 - die bestehende Versicherung wurde ohne Erschwerung angenommen und es liegt keine Berufsunfähigkeit vor;
 - das Alter der versicherten Person ist zum Zeitpunkt der Nachversicherung nicht höher als 48 Jahre;
 - dem Vertrag liegt als Höchstendalter das 65. Lebensjahr der versicherten Person zugrunde;
 - die jährliche Erhöhungsrente beträgt mindestens 1.500 EUR, höchstens 6.600 EUR;

- die Jahresrente aus allen bestehenden Versicherungen (einschließlich Nachversicherungen) beträgt nicht mehr als 24.600 EUR;
- zwischen Berufsunfähigkeitsrente und Einkommen besteht ein angemessenes Verhältnis d. h., die gesamte Jahresrente einschließlich Nachversicherung und anderweitig bestehender Berufsunfähigkeits-Anwartschaften darf 70% des letzten Jahresbruttoeinkommens nicht übersteigen.

Der Antrag auf Nachversicherung ist spätestens 6 Monate nach Eintritt des Ereignisses zu stellen.

3. Außerdem haben Sie das Recht, bei Eintritt der in Absatz (1) genannten Ereignisse für die versicherte Person einmalig einen Todesfallschutz von bis zu EUR 25.000 ohne Gesundheitsprüfung zu beantragen, falls die in Absatz (2) zuerst aufgeführten drei Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 45 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können Sie gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend machen. Ist die Versicherung durch Vermittlung eines Agenten zustande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Agent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhielt, seinen Wohnsitz hatte.
2. Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag an dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht geltend machen.
3. Weitere gesetzliche Gerichtsstände können sich an dem für den Sitz oder die Niederlassung Ihres Geschäfts- oder Gewerbebetriebes örtlich zuständigen Gerichtes ergeben.

§ 46 Was gilt, wenn einzelne der vorstehenden Bestimmungen unwirksam sind?

1. Wir sind berechtigt, auch mit Wirkung für bestehende Verträge, einzelne Bestimmungen zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen.
 - bei neuen oder geänderten Rechtsvorschriften, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
 - bei einer unmittelbar dem Versicherungsvertrag betreffenden neuen oder geänderten höchstrichterlichen Rechtsprechung oder Verwaltungspraxis des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen (ab 1. Mai 2002: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht - Bereich Versicherungen -) sowie der Kartellbehörden,
 - im Fall der durch ein rechtskräftiges Urteil festgestellten Unwirksamkeit von Bedingungen
 - sowie zur Abwendung oder Behebung einer kartell- oder aufsichtsbehördlichen Beanstandung.



Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherungsnehmer auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht benachteiligen.

2. Die Zulässigkeit und Angemessenheit einer Änderung muss von einem unabhängigen Treuhänder bzw. bei Genehmigungsbedürftigkeit der Änderung von der Aufsichtsbehörde bestätigt werden. Derartige Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem wir Sie über die Änderung benachrichtigt haben.

*) Das Deckungskapital wird wie die Deckungsrückstellung**) berechnet, wobei die für die Beitragsberechnung gültigen Rechnungsgrundlagen angesetzt werden. Bei Versicherungen, bei denen die laufende Überschussbeteiligung am Jahrestarifbeitrag bemessen ist, beträgt das Deckungskapital 70% der Deckungsrückstellung.

**) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Vertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Deren Berechnung wird nach § 65 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und §§ 341e, 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen geregelt.



Anhang zu den Versicherungsbedingungen zur Überschussbeteiligung für die Berufsunfähigkeits-Versicherung

Informationen zur Überschussermittlung und -beteiligung

Der Ihnen für die gesamte Vertragslaufzeit zugesagte Versicherungsschutz erfordert von uns eine vorsichtige Tarifikalkulation. 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 um so größer je weniger Versicherungsfälle eintreten und je sparsamer wir wirtschaften. Ggf. können weitere Überschüsse aus dem Kapitalanlageergebnis hinzukommen.

- Risikoergebnis

Bei der Tarifikalkulation haben wir vorsichtige Annahmen über den Eintritt von Versicherungsfällen zugrunde 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 in der Realität günstiger als kalkuliert, entstehen Risikoüberschüsse.

- Kostenergebnis

Ebenso haben wir Annahmen über die 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 Deckungsrückstellung wird ein Zinssatz von 2,75% zugrunde 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.

Auf das Kapitalanlageergebnis wirken sich natürlich auch die Aufwendungen für das Management der Kapitalanlagen, Abschreibungen, Zuschreibungen und die Realisierung von Bewertungsreserven aus. Kapitalanlagen dürfen höchstens mit

ihren Anschaffungs- oder Herstellungskosten bewertet werden. Einen Einfluss auf die Bewertung hat auch, ob wir die Kapitalanlagen dauerhaft halten wollen (Anlagevermögen), oder nur vorübergehend (Umlaufvermögen). Bei Kapitalanlagen des Umlaufvermögens ist im Falle einer Wertminderung überschussmindernd auf den Wert zum Bilanzstichtag abzuschreiben. Bei Kapitalanlagen des Anlagevermögens muss dagegen nur bei einer voraussichtlich dauerhaften Wertminderung abgeschrieben werden. Wurden in der Vergangenheit Abschreibungen vorgenommen und steigt der Wert der Kapitalanlagen wieder, dann ist der Wertansatz in der Bilanz entsprechend zu erhöhen (sog. Wertaufholungsgebot). Dieses führt zu einem höheren Überschuss. Obergrenze für diese Zuschreibung sind bei beiden Vermögensarten die Anschaffungs- oder Herstellungskosten. Auch dies ist eine Ausprägung des Vorsichtsprinzips.

Wir möchten dies an einem Beispiel verdeutlichen:

Wenn wir für 100.000 EUR Aktien einer Gesellschaft gekauft haben, sind diese in der Bilanz auch dann mit 100.000 EUR anzusetzen, wenn sie zum Bilanzstichtag einen Wert von 150.000 EUR haben, unabhängig davon, ob es sich um Anlage oder Umlaufvermögen handelt. Beträgt der Wert der Aktien zum Bilanzstichtag dagegen nur noch 80.000 EUR, dann ist bei Aktien des Umlaufvermögens dieser Betrag für den Wertansatz in der Bilanz maßgeblich. Bei Aktien des Anlagevermögens besteht dagegen nur dann eine Verpflichtung zur Abschreibung auf 80.000 EUR, wenn eine voraussichtlich dauerhafte Wertminderung vorliegt. Bei vorübergehender Wertminderung können die Aktien weiterhin mit 100.000 EUR in der Bilanz ausgewiesen werden. Wurde eine Abschreibung im Umlauf- oder Anlagevermögen auf 80.000 EUR vorgenommen und steigt der Kurswert der Aktien bis zum nächsten Bilanzstichtag wieder auf z. B. 120.000 EUR an, dann ist eine Zuschreibung von 20.000 EUR vorzunehmen und in der Bilanz sind wieder die ursprünglichen Anschaffungskosten von 100.000 EUR auszuweisen.

Steigt der Wert der Kapitalanlagen über die Anschaffungskosten hinaus, entstehen Bewertungsreserven. Diese bilden einen Puffer, mit dem die Überschussbeteiligung für die Kunden auch in Zeiten schwacher Kapitalmärkte eine Zeit lang stabil gehalten werden kann. Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit, weil beispielsweise Kursrückgänge an den Aktienmärkten nicht sofort auf das Anlageergebnis durchschlagen. Sie können aber auch genutzt werden, indem etwa bei niedrigen Kapitalmarktzinsen Bewertungsreserven aufgelöst und Aktien mit Kursgewinn verkauft werden. Hierbei orientieren wir uns an den Erwartungen über die künftige Kapitalmarktentwicklung und dem Ziel, die Überschussbeteiligung unserer Kunden möglichst unabhängig von kurzfristigen Ausschlägen an den Kapitalmärkten zu halten.

Wie werden die Überschüsse ermittelt und festgestellt?

Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches 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 überwiegenden Teil den Versicherungsnehmern zugute. Der übrige Teil wird an die Aktionäre ausgeschüttet bzw. den Rücklagen des Unternehmens zugeführt. Eine Rechtsverordnung zu § 81 c des Versicherungsaufsichtsgesetzes 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 steht den Versicherungsnehmern nach der derzeitigen Fassung der Verordnung mindestens 90% 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. Risikoversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen, Restschuldlebensversicherungen, kapitalbildende Lebensversicherungen und Rentenversicherungen jeweils eigenen Gruppen zugeordnet.

Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der so genannten 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 Ihrem Versicherungsschein 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 des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht.

Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern. Nähere Informationen zu den Bemessungsgrößen der einzelnen Überschussanteile finden Sie in den versicherungsmathematischen Hinweisen des Überschuss-Paragrafen Ihrer Versicherungsbedingungen.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung 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. Aus den Modellrechnungen, die wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung stellen, können Sie den möglichen Verlauf der Überschussbeteiligung entnehmen.