
Bedingungen und Verbraucherinformationen für die Berufsunfähigkeitsversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir begrüßen Sie als Kunden/ Kundin der HanseMerkur und danken Ihnen für das entgegengebrachte Vertrauen. Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Wir freuen uns auf eine erfolgreiche Partnerschaft mit Ihnen.

Inhaltsverzeichnis

Versicherte Leistungen und Überschussbeteiligung	§ 1
Begriff der Berufsunfähigkeit	§ 2
Ausschluss des Versicherungsschutzes	§ 3
Rechnungsgrundlagen	§ 4
Beginn des Versicherungsschutzes	§ 5
Widerspruchsrecht	§ 6
Beitragszahlung (inkl. Anwartschaftsversicherung bei Zahlungsschwierigkeiten/ Beitragsstundung bei Leistungsbeantragung)	§ 7
Anzeigepflichten/ Mitteilungen	§ 8
Mitwirkungspflichten	§ 9
Leistungserbringung und Bezugsrecht	§ 10
Nachprüfung/ Wegfall der Berufsunfähigkeit	§ 11
Kündigung/ Beitragsfreistellung	§ 12
Verrechnung von Abschlusskosten/ (Zillmerverfahren)	§ 13
Kosten bei zusätzlichem Verwaltungsaufwand	§ 14
Informationen zur Überschussbeteiligung	§ 15
Änderung des Beitrages	§ 16
Änderung der Bedingungen	§ 17
Recht/ Gerichtsstand/ Klagefrist/ Sprache	§ 18
Versicherungsombudsmann/ Aufsichtsbehörde	§ 19
Steuerliche Behandlung	§ 20

Berufsunfähigkeitsversicherung SB5 (K/D)

§ 1 Versicherte Leistungen und Überschussbeteiligung

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

- volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und
- Zahlung einer monatlichen Berufsunfähigkeits-Rente.

Bei einem Berufsunfähigkeitsgrad unter 50 % besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

Staffelregelung

Anstelle der Standardregelung (mindestens 50 % berufsunfähig) kann bei Vertragsabschluss vereinbart werden, dass die versicherten Leistungen nach einer Staffelregelung erbracht werden:

- ab einer Berufsunfähigkeit von mindestens 75 % in voller Höhe
- ab einer Berufsunfähigkeit von mindestens 25 % bis unter 75 % entsprechend dem Grad der Berufsunfähigkeit.

Soforthilfe

(2) Beim erstmaligen Anspruch auf eine nach § 10 Absatz 1 anerkannte, unbefristete Rente, können Sie sich zur Linderung der Folgen der Berufsunfähigkeit einmalig eine Soforthilfe in Höhe von 6 Monatsrenten, höchstens 6.000,00 EURO, auszahlen lassen.

Wenn Sie diese Möglichkeit nutzen, entnehmen wir den gewünschten Betrag aus der Deckungsrückstellung, die wir für die Zahlung der versicherten Rente gebildet haben (vgl. § 4 Absatz 3). Als Folge reduzieren sich die der Soforthilfe folgenden Rentenzahlungen versicherungsmathematisch entsprechend der Höhe der Auszahlung.

Der Antrag auf die Soforthilfe muss uns innerhalb eines Monats nach dem Leistungsanerkennnis zugegangen sein.

Bei Inanspruchnahme dieses Rechts wird ein Abzug in Höhe von 1,25 % der diskontierten Summe der bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode zu zahlenden garantierten Beitrags- und Barrenten bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer genommen und mit der Deckungsrückstellung verrechnet.

Wiedereingliederungshilfe

(3) Bestand Anspruch auf eine nach § 10 Absatz 1 anerkannte, unbefristete Rente und endet erstmals der Anspruch auf die Rente, weil Berufsunfähigkeit nicht mehr gegeben ist, so leisten wir eine einmalige Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 Monatsrenten, höchstens 6.000,00 EURO. Die Zahlung ist fällig zu Beginn des Monats, für den keine Leistungen mehr erbracht werden. Tritt binnen eines Jahres nach dieser Zahlung erneut Berufsunfähigkeit ein, so wird die Wiedereingliederungshilfe auf die fällig werdenden Monatsrenten angerechnet.

Ist eine Staffelregelung vereinbart (vgl. Absatz 1), entspricht der Höchstbetrag der Soforthilfe und der Wiedereingliederungshilfe bei einer Berufsunfähigkeit zwischen 25 und 75% anteilig diesem Grad.

Überschussbeteiligung

(4) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie Leistungen aus der Überschussbeteiligung. Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG), des Handelsgesetzbuches (HGB) und der dazu erlassenen Rechtsverordnungen jährlich bei unserem Jahresabschluss festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteile in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern oder im Internet (www.hansemerkur.de) einsehen können.

Näheres lesen Sie in § 15 (Informationen zur Überschussbeteiligung).

Leistungsbeginn

(5) Berufsunfähigkeitsleistungen erfolgen grundsätzlich mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Es kann jedoch auch ein späterer Leistungsbeginn nach Eintritt der Berufsunfähigkeit vereinbart werden (Karenzzeit: 6, 12 oder 24 Monate). Wird uns die Berufsunfähigkeit später als drei Jahre nach ihrem Eintritt schriftlich mitgeteilt, so leisten wir höchstens für drei Jahre rückwirkend ab dem Monat der Meldung. Wird uns nachgewiesen, dass die verspätete Meldung ohne Verschulden erfolgte, so leisten wir rückwirkend ab Beginn der Berufsunfähigkeit.

Karenzzeit

Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistungen (Beitragsbefreiung und Rente) erst mit Ablauf des Monats, in dem die Karenzzeit endet. Voraussetzung dafür ist, dass die Berufsunfähigkeit während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Endet die Berufsunfähigkeit, und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

Ende des Anspruchs auf die Versicherungsleistungen

(6) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % bzw. unter 25 % (Staffelregelung) sinkt, die Pflegebedürftigkeit weniger als 3 Punkte (vgl. § 2 Absatz 7) beträgt, die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer. Ebenfalls besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistungen während der Dauer einer Anwartschaftsversicherung bzw. wenn der Vertrag danach erlischt (vgl. § 7 Absatz 6).

verlängerte Leistungsdauer

(7) Es kann eine Leistungsdauer abgeschlossen werden, die über die Versicherungsdauer hinausgeht. In diesem Fall gelten folgende zusätzliche Bestimmungen:

Wird die versicherte Person berufsunfähig, bevor die Versicherungsdauer abläuft, können Ansprüche auch dann noch anerkannt werden, wenn sie erst nach Ablauf dieser Vertragsdauer gestellt werden.

Ist eine Leistung anerkannt worden, so gelten auch nach Ablauf der Versicherungsdauer für die gesamte Leistungsdauer die Absatz 3 des § 9 und § 11.

Endet die Versicherungsdauer, ohne dass die versicherte Person berufsunfähig geworden ist, so erlischt die Berufsunfähigkeits-Versicherung ohne Anspruch.

§ 2 Begriff der Berufsunfähigkeit

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung, welche zur Berufsunfähigkeit geführt hat, ausgestaltet war, auszuüben.

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere, ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit tatsächlich ausübt. Ebenfalls liegt keine Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person eine solche Tätigkeit als Selbständiger oder Freiberufler nach zumutbarer Umorganisation ihres Betriebes, ihrer Praxis oder Kanzlei ausüben kann und dadurch keine wesentliche Beeinträchtigung der bisherigen Lebensstellung eintritt. Unter bisheriger Lebensstellung versteht man die Lebensstellung vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, welche zur Berufsunfähigkeit geführt hat. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie betrieblich möglich ist, keine gravierende Einkommensreduzierung bedingt und die versicherte Person eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad erfüllt sind.

(3) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, ihren

Beruf auszuüben, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit. Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht ist auch hierbei der in § 1 Absatz 1 genannte Grad der Berufsunfähigkeit zu Grunde zu legen.

(4) Wenn die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles das 55. Lebensjahr vollendet hat, betrachten wir die vollständige Berufsunfähigkeit auch als gegeben, wenn ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein berufsständisches Versorgungswerk in der Bundesrepublik Deutschland, dem die versicherte Person als Pflichtmitglied angehört, eine unbefristete Erwerbsminderungsrente aus medizinischen Gründen gewährt.

(5) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig gewesen und benötigt sie täglich Hilfe durch eine andere Person bei mindestens drei der im Absatz 7 aufgeführten Verrichtungen, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit. § 1 Absatz 5 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich sechs Monate so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 7 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(7) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person.

Bei der Bewertung werden die nachstehenden Verrichtungen zugrundegelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer

1 Punkt

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

Aufstehen und Zubettgehen

1 Punkt

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

An- und Auskleiden

1 Punkt

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

1 Punkt

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

Waschen, Kämmen oder Rasieren

1 Punkt

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

Verrichten der Notdurft

1 Punkt

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

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

(8) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Verrichtungen liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf, oder 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.

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

§ 3 Ausschluss des Versicherungsschutzes

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

(2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an dem sie nicht aktiv beteiligt war. Die Einschränkung entfällt ferner, wenn die versicherte Person als Angehöriger der deutschen Bundeswehr, der Polizei, oder des Bundesgrenzschutzes mit Mandat der NATO oder der UNO an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten teilgenommen hat und die Berufsunfähigkeit unmittelbar oder mittelbar durch einen derartigen Einsatz verursacht worden ist;
- b) durch vorsätzliche Ausführung oder dem strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person; fahrlässige Verstöße (z.B. im Straßenverkehr) sind davon nicht betroffen;
- c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- d) durch ein widerrechtliches Handeln oder Unterlassen, mit dem Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- e) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.
- f) unmittelbar oder mittelbar durch einen terroristischen Angriff, der mittels vorsätzlichem Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen geführt wurde. Dies gilt auch, wenn andere als Waffen eingesetzte Mittel oder Stoffe mit vergleichbarem Gefährdungspotential (z.B. Sprengstoffe, Flugzeuge) zur Durchführung des terroristischen Angriffs benutzt wurden. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt allerdings nur, wenn durch den Angriff so viele Menschen betroffen sind, dass für unser Unternehmen damit eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen verbunden ist und dadurch die Erfüllbarkeit der vertraglich zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

§ 4 Rechnungsgrundlagen

Rechnungszins und Ausscheideordnung bilden die Rechnungsgrundlagen Ihres Versicherungsvertrages.

(1) Rechnungszins

Der Rechnungszins beträgt 2,75 %.

(2) Ausscheideordnung

Für die von Ihnen abgeschlossene Berufsunfähigkeitsversicherung gelten folgende Ausscheideordnungen:

- Invaliditätstafel DAV1997I (aufgeteilt nach Berufsgruppen);
- Reaktivierungstafel DAV1997RI;
- Invalidensterblichkeitstafel DAV1997TI

(3) Anwendungsbereich der Rechnungsgrundlagen

Die Rechnungsgrundlagen verwenden wir zur:

- Tarifikalkulation der Beiträge und garantierten Leistungen;
- Kalkulation der Deckungsrückstellung (Rückstellung zur Erfüllung unserer Leistungsverpflichtung);
- Berechnung der Bemessungsgrößen für die Überschussanteile (s. § 15 Absatz 4).

§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz besteht ab dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn, wenn Sie den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt und wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Aushändigung des Versicherungsscheines erklärt haben.

§ 6 Widerspruchsrecht

Nach Zugang der gesamten Vertragsunterlagen (Versicherungsschein und die jeweiligen Versicherungsbedingungen inklusive Verbraucherinformationen nach § 10 a VAG) können Sie dem Vertragsabschluss innerhalb von 30 Tagen schriftlich widersprechen. Der Lauf dieser Frist beginnt erst, wenn die genannten Unterlagen vollständig vorliegen und Sie bei Aushändigung des Versicherungsscheines schriftlich in drucktechnisch deutlicher Form über Ihr Widerspruchsrecht, den Fristbeginn und die Dauer belehrt worden sind. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Ihr Recht zum Widerspruch erlischt ein Jahr nach Zahlung des ersten Beitrags.

§ 7 Beitragszahlung

(1) Die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichten. Der laufende Beitrag ist als Jahresbeitrag kalkuliert. Für unterjährige Zahlungen werden Ratenzuschläge erhoben. Die Höhe der Ratenzuschläge können Sie dem Versicherungsantrag entnehmen. Sie können jederzeit auch eine Änderung der Beitragszahlungsweise beantragen.

Erster Beitrag (Einlösungsbeitrag)

Der erste Beitrag wird sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig. Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Versicherungsvertrag zurücktreten (§ 38 Versicherungsvertragsgesetz). 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 eine Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages verlangen. Die derzeitige Höhe dieses Betrags können Sie der Gebührenübersicht entnehmen, die Sie in unserer Hauptverwaltung anfordern können.

Folgebeiträge

Alle weiteren Beiträge werden zu Beginn des jeweiligen Ratenzahlungsabschnittes fällig. 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 (§ 39 Versicherungsvertragsgesetz). Darin 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 durch unsere Kündigung. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

(2) Bei verspäteter Zahlung Ihrer vertraglich geschuldeten Beiträge sind wir berechtigt, diese um Verzugszinsen in Höhe des derzeit geltenden Zinssatzes für Vorkausdarlehen zu erhöhen. Die derzeitige Höhe dieses Zinssatzes können Sie der Gebührenübersicht entnehmen, die Sie in unserer Hauptverwaltung anfordern können.

(3) Die Wirkungen einer Kündigung fallen fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist unmittelbar an uns zahlen und der Versicherungsfall beim Eingang der Zahlung noch nicht eingetreten ist.

Auch nach dem Ablauf der einmonatigen Frist können Sie innerhalb von sechs Monaten seit dem Fälligkeitstermin des erstmals nicht

gezahlten Beitrages mit derselben Wirkung die Zahlung aller Rückstände nachholen, ebenfalls vorausgesetzt der Versicherungsfall ist noch nicht eingetreten.

Bei einem Zahlungseingang nach Ablauf der Fristen hängt das Aufheben der Wirkung der Kündigung von unserem Ermessen ab; wir können zu diesem Zweck eine neue Prüfung der persönlichen und gesundheitlichen Verhältnisse auf Ihre Kosten vornehmen lassen.

(4) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

(5) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht (vgl. Absatz 1) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Anwartschaftsversicherung bei Zahlungsschwierigkeiten („AnwartschaftBU“)

(6) Bei Zahlungsschwierigkeiten auf Grund von Arbeitslosigkeit oder Elternzeit besteht die Möglichkeit einer Anwartschaftsversicherung (Aussetzen des Versicherungsschutzes). Dabei zahlen Sie einen tariflich festgelegten Betrag, um die Möglichkeit zur Wiederaufnahme des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung zum unveränderten garantierten Gesamtbeitrag zu bewahren. Während der Zeit der Anwartschaft besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

Die Aktivierung des Versicherungsschutzes ist bei Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit möglich. Soll der Versicherungsschutz wieder aufgenommen werden, behalten wir uns vor, das Verhältnis der versicherten Rente zur dann bestehenden wirtschaftlichen Situation der versicherten Person zu überprüfen und evtl. Einkommensnachweise zu verlangen. Stellen wir bei der Prüfung fest, dass die versicherte Rente (einschließlich Erhöhungen und anderweitig bestehender Berufsunfähigkeitsabsicherungen) im Verhältnis zum aktuellen laufenden Einkommen zu hoch ist, wird diese anteilig reduziert. Dadurch wird auch der neue Gesamtbeitrag geringer. Der Prüfung zu Grunde liegen folgende Grenzwerte:

- Für Angestellte:
Die maximale monatliche Rente beträgt 2/3 des regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommens des Versicherten.
- Für Selbstständige:
Die maximale monatliche Rente beträgt 1.000,- EUR.

Für die Anwartschaftsversicherung gelten folgende Regelungen:

- Die Möglichkeit der Anwartschaftsversicherung besteht während der Versicherungsdauer, maximal bis inkl. dem rechnermäßigen Alter* von 50 Jahren der versicherten Person.
- Die Arbeitslosigkeit bzw. Elternzeit muss uns schriftlich nachgewiesen werden (Arbeitslosigkeit: Bestätigung über Beantragung von Leistungen bei der Bundesagentur für Arbeit oder Gewerbeabmeldung; Elternzeit: Bescheinigung des Arbeitgebers bzw. Geburtsurkunde des Kindes bei Selbstständigen).
- Die maximale Dauer der Anwartschaft beträgt ein Jahr ab Meldung der Arbeitslosigkeit bei uns bzw. Beginn der Elternzeit. Wird die Anwartschaft erst währenddessen beantragt, wird bei Elternzeit die Zeit bis zur Beantragung auf die maximale Dauer angerechnet.
- Wurde die Möglichkeit der Anwartschaftsversicherung bereits einmal genutzt, ist eine erneute Inanspruchnahme bei Arbeitslosigkeit frühestens zwei Jahre nach Wiederaufhebung des Versicherungsschutzes möglich. Diese Einschränkung gilt nicht bei erneuter Elternzeit.
- Wird der Versicherungsschutz während der Dauer der Anwartschaft nicht wieder aufgenommen, erlischt der Vertrag vollständig nach deren Ablauf. Ein eventuell vorhandener Rückkaufswert (vgl. § 12 Absatz 3 und § 13) wird ausgezahlt. Dessen Berechnung erfolgt auf den Beginn der Anwartschaft.

Beitragsstundung bei Leistungsbeantragung

(7) Mit schriftlicher Beantragung von Leistungen wegen Berufsunfähigkeit werden die Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht zinslos gestundet. Die Beiträge für eine eventuell vereinbarte Karenzzeit können nicht gestundet

werden, da während der Karenzzeit Beitragszahlungspflicht besteht. Liegen die Voraussetzungen zur Leistung nicht vor, sind die gestundeten Beiträge nachzuentrichten.

§ 8 Anzeigepflichten/ Mitteilungen

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.

Pflichten vor Beginn des Vertrages/ der Vertragsänderung – vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person im Versicherungs- oder Änderungsantrag nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir binnen fünf Jahren seit Vertragsabschluss, Vertragsänderung oder Wiederherstellung der Versicherung vom Vertrag zurücktreten.

Den Rücktritt können wir innerhalb eines Monats erklären, nachdem 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. In diesem Fall verzichten wir auch auf die Anwendung des § 41 VVG, d.h. auf das Recht zur Prämien-erhöhung oder Kündigung. Das gleiche gilt, wenn uns ein Umstand nicht angezeigt wurde, weil er dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person nicht bekannt war.

Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben.

(2) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist.

(3) Wenn die Versicherung durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufwert, soweit ein solcher entstanden ist (vgl. § 12 Absatz 3 und § 13). Die Rückzahlung der Beiträge ist nicht möglich.

(4) Den Rücktritt oder die Anfechtung können wir Ihnen gegenüber auch dann erklären, wenn es sich um Angaben der versicherten Person handelt und Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

Mitteilungen während der Vertragslaufzeit

(5) Mitteilungen, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Vermittler sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.

(6) Eine Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens teilen Sie uns bitte unverzüglich mit. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen.

§ 9 Mitwirkungspflichten

Voraussetzungen für die Auszahlung der Leistung

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

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte von Ärzten mit Niederlassung und Wohnsitz in der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegen, die die versicherte Person an einem Behandlungs-ort in der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegen gegenwärtig behandeln bzw. behandelt haben oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über die Pflegebedürftigkeit;

- c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- d) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(2) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte (ohne ständige vertragliche Bindung, also keine Vertragsärzte) sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Mitwirkungspflichten während des Leistungsbezugs

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

Folgen bei Verletzung einer Mitwirkungspflicht

(4) Solange eine Mitwirkungspflicht nach den Absätzen 1 bis 3 und § 11 Absatz 2 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

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

§ 10 Leistungserbringung und Bezugsrecht

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Ist eine Staffelregelung vereinbart, werden wir auch den anerkannten Grad der Berufsunfähigkeit und den daraus resultierenden Umfang unserer Leistungen angeben.

(2) Wir können in Ausnahmefällen ein zeitlich befristetes Anerkenntnis unter einstweiliger Zurückstellung der Frage aussprechen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 ausübt. Die Befristung kann jedoch nur einmalig und längstens für einen Zeitraum von 12 Monaten ausgesprochen werden.

(3) Während des Zeitraums der befristeten Anerkennung werden wir kein Nachprüfungsverfahren durchführen. Die Regelungen des § 9 Absatz 3, und § 11 Absätze 3 und 4 gelten jedoch unverändert.

(4) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als Versicherungsnehmer, falls Sie uns im Antrag keinen anderen Bezugsberechtigten benannt haben. Dem Bezugsberechtigten können Sie ein widerrufliches oder ein unwiderrufliches Bezugsrecht einräumen.

Haben Sie ein widerrufliches Bezugsrecht festgelegt, können Sie das ursprünglich ausgesprochene Bezugsrecht vor Eintritt des Versicherungsfalles jederzeit zurücknehmen bzw. ändern.

Sie können auch ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (unwiderrufliches Bezugsrecht). Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

Erklärungen zum Bezugsrecht sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind.

(5) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in das Ausland trägt er auch die damit verbundene Gefahr.

§ 11 Nachprüfung/ Wegfall der Berufsunfähigkeit

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 9 Absatz 2 gelten entsprechend.

(3) Ist die Berufsunfähigkeit ganz oder teilweise weggefallen oder unter den in § 1 Absatz 1 genannten Mindestgrad gesunken, stellen wir unsere Leistungen ein bzw. passen unsere Leistungen entsprechend der vereinbarten Staffelregelung an. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 18 mit; die Rentenzahlung endet bzw. wird im Falle der Staffelregelung angepasst mit dem Ablauf des Monats, der dem Absenden dieser Mitteilung folgt. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Sollte bei nicht monatlicher Beitragszahlung dieser Termin innerhalb eines Beitragszahlungsabschnittes liegen, erfolgt eine anteilmäßige Abrechnung dieses Zahlungsabschnittes vom Termin der Einstellung der Leistung bis zum Ende des Beitragszahlungsabschnittes.

(4) Absatz 3 gilt entsprechend, wenn sich bei Pflegebedürftigkeit die Art des Pflegefalls geändert hat oder ihr Umfang unter drei Punkte gesunken ist.

§ 12 Kündigung/ Beitragsfreistellung

Kündigung

Kündigungstermine

(1) Sie können Ihre Versicherung mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Ratenzahlungsabschnittes, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres schriftlich kündigen. Während des Zeitraums, in dem Leistungen erbracht werden (Leistungsbezug) ist eine Kündigung nicht möglich.

Was passiert bei Kündigung?

(2) Gemäß § 176 VVG erstatten wir nach Kündigung den Rückkaufswert, soweit ein solcher entstanden ist. In den meisten Fällen wird jedoch kein oder nur ein sehr geringer Rückkaufswert anfallen (s. Absatz 4 und § 13).

Berechnung des Rückkaufswertes

(3) Der Rückkaufswert wird zum Kündigungstermin nach den Regeln der Versicherungsmathematik als Zeitwert der Versicherung berechnet.

Dabei wird ein Abzug in Prozent der diskontierten Summe der bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode zu zahlenden garantierten Beitrags- und Barrenten bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer genommen. Der Prozentsatz ist abhängig von dem Eintrittsalter, der Berufsgruppe, der Versicherungsdauer und der Leistungsdauer. Er liegt zwischen 0,29 % und 20,47 %. Unabhängig von den Versicherungsdaten beträgt der Abzug jedoch mindestens 50,00 EURO.

Durch den Abzug wird der Veränderung der Risikosituation und der veränderten Kostenlage Rechnung getragen.

Zusätzlich erhalten Sie die aus der Überschussbeteiligung resultierenden Werte, soweit diese noch nicht mit den laufenden Gesamtbeiträgen verrechnet wurden (vgl. § 15 Absatz 4). Beitragsrückstände werden von einem eventuell entstandenen Rückkaufswert abgesetzt.

Folgen einer Kündigung

(4) Die Kündigung Ihrer Versicherung ist nicht nur mit dem Verlust des Versicherungsschutzes, sondern auch mit finanziellen Nach-

teilen verbunden. Wegen der Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren (vgl. § 13) ist in der Anfangszeit Ihrer Versicherung kein Rückkaufswert vorhanden. Auf Grund der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen sind auch in den Folgejahren keine oder nur sehr geringe Rückkaufswerte vorhanden.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(6) Eine Beitragsfreistellung ist nicht möglich. Es besteht aber die Möglichkeit einer Anwartschaftsversicherung (s. § 7 Absatz 6).

Beitragsrückzahlung

(7) Eine Rückzahlung der Beiträge ist nicht möglich.

§ 13 Verrechnung von Abschlusskosten (Zillmerverfahren)

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

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.

Das beschriebene Verrechnungsverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung kein Rückkaufswert vorhanden ist. Aber auch in den Folgejahren sind meist keine oder nur sehr geringe Rückkaufswerte vorhanden (vgl. § 12 Absatz 4). Weitere Informationen dazu können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

§ 14 Kosten bei zusätzlichem Verwaltungsaufwand

Falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als Pauschalbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt insbesondere bei:

- Erstellung einer Ersatzurkunde oder von Abschriften des Versicherungsscheines
- Schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Verzug mit Beiträgen, insbesondere evtl. Mahnverfahren
- Rückläufern im Lastschriftverfahren

Die derzeitige Höhe dieser Beträge können Sie aus der Gebührenübersicht entnehmen, die Sie in unserer Hauptverwaltung anfordern können.

§ 15 Informationen zur Überschussbeteiligung

Entstehung von Überschüssen

(1) Die Ihnen gegebenen Garantien erfordern von uns eine vorsichtige Tarifikalkulation und eine ebenso vorsichtige Annahme über die zukünftige Kostenentwicklung. Daraus entstehen Überschüsse; im Wesentlichen Risikoüberschüsse. Diese entstehen, wenn sich die versicherten Risiken günstiger entwickeln, d.h. wenn weniger Versicherungsfälle eintreten als erwartet. Weitere Überschüsse entstehen, wenn die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen.

Weiterhin müssen wir zur Erfüllung unserer Verpflichtung im Leistungsfall eine Deckungsrückstellung bilden. Mittel in entsprechender Höhe legen wir an den Kapitalmärkten an (z.B. in festverzinslichen Wertpapieren, Hypotheken, Darlehen, Aktien und Immobilien). Aus den Erträgen dieser Kapitalanlagen entstehen ebenfalls Überschüsse.

Beteiligung der Versicherten an den Überschüssen

(2) Die von uns erwirtschafteten Überschüsse kommen zum überwiegenden Teil den Versicherungsnehmern zugute. Die Rechtsverordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung der Lebensversicherung zu § 81c VAG legt die Beteiligung der Versiche-

rungsnehmer an den Überschüssen fest. An den Überschüssen aus dem Risiko- und dem Kostenergebnis beteiligen wir die Versicherungsnehmer nach der genannten Verordnung in angemessener Weise. Weiterhin stehen den Versicherungsnehmern nach der derzeitigen Fassung der Verordnung mindestens 90 % der Nettoerträge aus denjenigen Kapitalanlagen zu, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind. Der übrige Teil wird den Rücklagen des Unternehmens zugeführt bzw. an die Aktionäre ausgeschüttet.

Die so ermittelten Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu. Diese Rückstellung darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Sie dient auch dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten, d.h. auch in Zeiten schwacher Kapitalmärkte die Überschussbeteiligung für die Kunden stabil zu halten. 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 Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Gewinngruppe/ Höhe der Überschussanteilsätze

(3) Aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung erhält Ihre Versicherung Anteile an den Überschüssen der Gewinngruppe, die in Ihrem Versicherungsschein genannt wird. Gewinngruppen bilden wir, um gleichartige versicherte Risiken zusammenzufassen und die Überschüsse entsprechend ihrer Entstehung gerecht zu verteilen.

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 oder im Internet (www.hansemerkur.de) einsehen.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden!

(4) Sie haben sofort ab Beginn Ihres Versicherungsvertrages ohne Wartezeit Anspruch auf Überschüsse. Zuteilung, Verwendung und Bemessungsgrundlage der Überschussanteile sind davon abhängig, ob zum Zuteilungszeitpunkt aus Ihrem Vertrag Berufsunfähigkeitsleistungen erbracht werden (Leistungsbezug) oder nicht.

Zeitraum, in dem keine Leistungen erbracht werden

- Die Zuteilung der Überschussanteile erfolgt zum Beitragszahlungstermin, in der für diesen Zeitpunkt festgesetzten Höhe.
- Die Überschussanteile werden zur Reduktion des laufenden Gesamtbeitrages verwendet (Beitragsverrechnung).
- Die Höhe der Überschussanteile bemisst sich in % des zum Beitragszahlungstermin zu zahlenden Gesamtbeitrages.

Zeitraum, in dem Leistungen erbracht werden (Leistungsbezug)

- Die Zuteilung der Überschussanteile erfolgt zum Versicherungsstichtag, in der für diesen Zeitpunkt festgesetzten Höhe. Die erstmalige Zuteilung erfolgt frühestens nach einem Jahr in Leistung.
- Die Überschussanteile werden zur Erhöhung der versicherten Rente verwendet (Bonusrente).
- Die Höhe der Überschussanteile bemisst sich in % der Deckungsrückstellung am Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres.

§ 16 Änderung des Beitrages

(1) Unter bestimmten Voraussetzungen haben wir nach § 172 Absatz 1 VVG das Recht, bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und des daraus berechneten Beitrags, diesen entsprechend den berechtigten technischen Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen. Voraussetzung ist, dass die Änderung erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistungen zu gewährleisten und ein unabhängiger Treuhänder die

technischen Berechnungsgrundlagen und die sonstigen Voraussetzungen für die Änderung überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat. Dies gilt entsprechend für Änderungen der Bestimmungen zur Überschussbeteiligung (§ 15).

(2) Die Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats nach schriftlicher Benachrichtigung des Versicherungsnehmers wirksam.

(3) Die Mitwirkung eines unabhängigen Treuhänders entfällt, wenn Änderungen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen.

§ 17 Änderung der Bedingungen

(1) Diese Allgemeinen Bedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverträge geändert bzw. ergänzt werden,

- a) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen oder
- b) sofern Bedingungen durch Entscheidungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden für unwirksam erklärt werden

und eine Änderung bzw. Ergänzung zur Fortführung des Vertrages notwendig ist.

Die neuen Bedingungen sollen den Ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung nicht unzumutbar benachteiligen.

(2) Die Bedingungen über Rückkaufwert (§ 12) sowie Überschussbeteiligung (§ 15) können darüber hinaus mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders ebenfalls für bestehende Versicherungsverträge geändert werden,

- a) wenn und soweit die Änderung zur Wahrung der Belange der Versichertengemeinschaft notwendig erscheint oder
- b) wenn die Änderung die Stellung der Versicherten verbessert oder
- c) wenn der Versicherer an der Änderung ein schutzwertes Interesse hat und die Belange der Versicherten dadurch nicht unbillig benachteiligt werden.

(3) Die Änderungen nach Absatz 1 und 2 werden zwei Wochen nach schriftlicher Benachrichtigung des Versicherungsnehmers wirksam.

(4) Die Mitwirkung eines unabhängigen Treuhänders entfällt, wenn Änderungen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen.

§ 18 Recht/ Gerichtsstand/ Klagefrist/ Sprache

Rechtliche Hinweise

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

Gerichtsstand

Für Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag gegen uns sind die Gerichte in Hamburg zuständig. Ist Ihre Versicherung durch einen unserer Vermittler zustande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem dieser zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhielt, seinen Wohnsitz hatte.

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

Klagefrist

Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung (§ 10) nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von sechs Monaten nach

Zugang unserer Entscheidung seinen Anspruch gerichtlich geltend machen.

Lässt der Ansprucherhebende die Sechsmonatsfrist verstreichen, so sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge werden wir in unserer Erklärung nach § 10 Absatz 1 besonders hinweisen.

Sprache

Die für den Vertragsabschluss (inkl. Vorabinformationen) und zur Kommunikation während der Vertragslaufzeit mit Ihnen benutzte Sprache ist deutsch.

§ 19 Versicherungsombudsmann/ Aufsichtsbehörde

Wir möchten Sie auch in Zukunft eingehend und umfassend beraten. Sollte es dennoch im Einzelfall zu Unstimmigkeiten kommen, die sich nicht gütlich ausräumen lassen, können Sie mit dem unabhängigen und neutralen Versicherungsombudsmann e.V., Kronenstraße 13, 10117 Berlin, Kontakt aufnehmen. Unser Versicherungsunternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V.. Damit ist für Sie als besonderer Service die Möglichkeit eröffnet, das außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Sie müssen dann die Beschwerde innerhalb von 8 Wochen einreichen. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei. Bis zu einem Beschwerdewert von 5.000 EURO sind wir an die Entscheidung des Versicherungsombudsmanns einseitig gebunden.

Alternativ können Sie sich beschwerdeführend an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, wenden. Dies ist die Behörde, die unsere Zulassung zum Geschäftsbetrieb erteilt hat.

§ 20 Steuerliche Behandlung

Nach derzeitigem Stand der Rechtslage können Sie die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung als Sonderausgaben geltend machen. Die Rentenzahlung aus dieser Berufsunfähigkeitsversicherung ist mit dem Ertragsanteil nach § 55 EStDV zu versteuern.

Sollte sich die steuerliche Behandlung ändern, z.B. durch Änderungen des Gesetzgebers oder durch Verlegung des Steuerwohnsitzes in ein Land, in dem auf Beiträge zu diesen Versicherungen Abgaben oder Steuern erhoben werden, so sind wir berechtigt, Ihnen diese Steuern und Abgaben in vollem Umfang zu belasten.

*) Das rechnungsmäßige Alter des Versicherten ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.