

AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung

(LV_AVB_BV.1501)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Im Text nehmen wir Bezug auf einige Gesetze. Die Abkürzungen bezeichnen im Einzelnen:

BGB: Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

VAG: Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)

VVG: Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG)

Gliederung

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

II. Leistungsauszahlung

§ 4 Wer erhält die Versicherungsleistung?

§ 5 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

§ 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

§ 8 Wann erhalten Sie eine Wiedereingliederungshilfe?

§ 9 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

§ 10 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

III. Überschussbeteiligung

§ 11 Wie sind Sie grundsätzlich an den Überschüssen beteiligt?

§ 12 Welche Besonderheiten gelten vor Leistungsbeginn?

§ 13 Welche Besonderheiten gelten ab Leistungsbeginn?

IV. Prämienzahlung

§ 14 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?

§ 15 Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?

§ 16 Welche Kosten und Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

§ 17 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

§ 18 Wann können Sie Ihre Versicherung prämienfrei stellen?

V. Vorzeitige Beendigung

§ 19 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

VI. Sonstiges

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

§ 21 Wo ist der Gerichtsstand?

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung berufsunfähig im Sinne des § 2, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

a) Vollständige Befreiung von der Verpflichtung zur weiteren Prämienzahlung für die gesamte Versicherung, soweit eine solche Verpflichtung bei Beginn des Leistungsanspruchs noch besteht;

b) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente.

Diese Rente zahlen wir jeweils zu den vereinbarten Rentenzahlungsterminen an den Bezugsberechtigten. Wenn der Rentenbeginn nicht mit dem vereinbarten Rentenzahlungstermin zusammenfällt, zahlen wir die erste Rente anteilig bis zum nächsten Rentenzahlungstermin.

Sofern Sie mit uns vereinbart haben, dass sich nach Eintritt der Berufsunfähigkeit die Zahlung der zu diesem Zeitpunkt versicherten Berufsunfähigkeitsrente jährlich um einen fest vereinbarten Prozentsatz erhöht (garantierte Rentensteigerung), erfolgt diese Erhöhung erstmals zum nächsten auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungssichttag (Beginn eines Versicherungsjahres). In der Kundeninformation nennen wir Ihnen den vereinbarten Prozentsatz der Erhöhung. Tritt nach einem Wegfall der Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen ein, so bleiben bereits erfolgte Erhöhungen aus der vorherigen Leistungspflicht erhalten.

(2) Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente entsteht frühestens an dem Tag, an dem die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist.

(3) Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erst, wenn sämtliche der nachfolgenden Voraussetzungen vorliegen:

a) Die vereinbarte Karenzzeit ist abgelaufen. Karenzzeit ist der in Monaten vereinbarte Zeitraum von dem Tag an, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, bis zum Beginn der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

b) Die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen hat bis zum Ablauf der Karenzzeit ununterbrochen bestanden.

c) Die Berufsunfähigkeit dauert bei Ablauf der Karenzzeit noch an.

Endet die Berufsunfähigkeit bereits vor Ablauf der Karenzzeit, wird keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit fällig. Dies teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit.

(4) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Prämien in voller Höhe weiter entrichten, wir werden jedoch die

über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Prämien bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Bei einer vereinbarten Karenzzeit besteht auch bei Anerkennung einer Berufsunfähigkeit bis zum Ende der Karenzzeit die Verpflichtung zur Prämienzahlung, so dass eine Prämienerstattung oder eine Prämienstundung für diesen Zeitraum nicht erfolgen kann.

Wenn Sie es schriftlich beantragen, werden wir Ihnen die noch zu zahlenden Prämien bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht stunden, ohne hierfür Stundungszinsen zu erheben.

Sollten wir Ihren Leistungsanspruch aus anderen Gründen als Rücktritt, Anfechtung, Vertragsanpassung gemäß § 19 Absatz 4 VVG oder Ausschluss gemäß § 3 Absätze 2 c) bis e) nicht anerkennen können und sollten Sie hiergegen gerichtlich vorgehen, sind wir auf schriftlichen Antrag bereit, Ihnen die aus einer etwaigen zinslosen Prämienstundung angewachsenen Prämienrückstände und die weiter fälligen Prämien zu stunden, ohne hierfür Stundungszinsen zu erheben. Die zinslose Stundung gewähren wir bis zur rechtskräftigen Entscheidung über Ihren vermeintlichen Leistungsanspruch.

Die gestundeten Prämien sind zum Ablauf des Stundungszeitraums nachzuzahlen. Auf Wunsch kann vereinbart werden, dass der nachzuzahlende Betrag innerhalb eines Zeitraumes von maximal 24 Monaten in jährlichen, halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten geleistet wird. Für diese Ratenzahlung erheben wir für das Jahr Zinsen in Höhe von drei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz (§ 247 BGB).

Alternativ zur Nachzahlung kann vereinbart werden, dass die gestundeten Prämien nach Ablauf des Stundungszeitraums mit dem Deckungskapital verrechnet werden.

(5) Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente erlischt, wenn eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt (siehe hierzu auch die Regelungen gemäß § 7 über die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit). Der Anspruch erlischt ferner mit dem Tod der versicherten Person und spätestens bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer; zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen gilt

a) Berufsunfähigkeit infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall (Absätze 2 bis 5)

b) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit (Absätze 6 bis 10).

Der in diesen Bedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung bzw. der Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein. Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers führt daher

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 2 von 9 -



nicht automatisch zu einem Leistungsanspruch aus dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung.

(2) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn Art, Schwere und Ausmaß einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate mindestens zu 50 % außer Stande sein wird, ihrem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen.

(3) Hat ein Zustand der in Absatz 2 beschriebenen Art und Auswirkung mindestens sechs Monate ununterbrochen andauert, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

(4) Bei den folgenden beruflichen Ausprägungen ist zusätzlich Folgendes zu beachten:

a) bei Auszubildenden wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild zu Grunde gelegt;

b) bei Selbständigen und Freiberuflern ist die berufliche Tätigkeit als "Selbständiger" dadurch geprägt,

- dass diese in ihren unternehmerischen Gestaltungsrechten grundsätzlich keiner Fremdbestimmung unterworfen sind und

- dass ihnen das betriebliche Direktionsrecht zukommt, wonach sie allein darüber bestimmen können, welches betriebliche Arbeitsfeld, in welchem Umfang und für welche Zeit sie durch eigene Arbeit ausfüllen und das ihnen gegenüber ihren Mitarbeitern die Weisungsbefugnis einräumt.

Auf der Grundlage dieser rechtlichen Ausgestaltung der beruflichen Tätigkeit entspricht daher der Beruf "der Leitung des Betriebes unter eigener Mitarbeit an einer von dem Selbständigen bestimmten Stelle."

Wenn Selbständige und Freiberufler ihren Arbeitsplatz sowie ihren Tätigkeitsbereich und ggf. ihren Betrieb in zumutbarer Weise umorganisieren können und dadurch keine wesentliche Beeinträchtigung ihrer bisherigen Lebensstellung eintritt, da der Beruf auch dann noch gemäß dieser Bedingungen ausgeübt wird, liegen die Voraussetzungen für eine Berufsunfähigkeit nicht vor. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, von der versicherten Person auf Grund ihres unternehmerischen Frei-raumes realisiert werden kann und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert.

Auf eine Prüfung der Umorganisation verzichten wir bei den nachfolgend aufgeführten verkammerten Berufen, sofern der Betrieb weniger als 5 Mitarbeiter beschäftigt:

- Rechts- und Patentanwälte,
- Notare,
- Wirtschaftsprüfer,
- vereidigte Buchprüfer,
- Steuerberater und Steuerbevollmächtigte;

c) bei hauptberuflich tätigen Studenten wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das Mindestanforderungsprofil des Berufes zu Grunde gelegt, der dem angestrebten Studienabschluss entspricht. Können mit dem Studienabschluss verschiedene Berufe ausgeübt werden, erfolgt die Feststellung der Berufsunfähigkeit auf der Basis beruflicher Anforderungen mit hohen geistig-mental-Ansprüchen und mit überwiegend an einem festen Arbeitsplatz auszuübenden geringen bis leichten körperlichen Tätigkeiten. Diese Regelung gilt ab Studienbeginn für die Dauer der Regelstudienzeit zuzüglich eines von der Regelstudienzeit abhängigen Zeitraums (max. zwei Jahre). Über den maßgeblichen Beruf bzw. über die beruflichen Tätigkeits- und Anforderungsprofile im Falle eines Eintritts der Berufsunfähigkeit während der Ausbildung kann und soll mit uns bereits bei Vertragsabschluss eine Vereinbarung getroffen werden;

d) bei Hausfrauen/-männern orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit allein an den von ihr/ihm bei Eintritt der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann in ihrem/seinem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern. Voraussetzung für die Zugrundelegung dieses Berufsbildes ist, dass der Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann ohne anderweitige Berufsausübung abgeschlossen wurde und dieser Status bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit ununterbrochen vorgelegen hat. Hat die Hausfrau/der Hausmann nach Abschluss der Versicherung eine anderweitige Berufstätigkeit ausgeübt oder übt sie/er eine solche noch bei Eintritt der Berufsunfähigkeit aus, so erfolgt die Prüfung der Berufsunfähigkeit auf Basis dieses Berufes.

(5) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen einer nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben eingetretenen Berufsunfähigkeit beantragt, so ist für die Frage, ob eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Absätze 2 bis 4 vorliegt, der beim Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Beruf mit dessen Lebensstellung maßgebend.

(6) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Art, Schwere und Ausmaß einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate im Umfange von mindestens einem Pflegepunkt nach den Absätzen 8 bis 10 pflegebedürftig sein wird.

(7) Hat ein Zustand der in Absatz 6 beschriebenen Art und Auswirkung mindestens sechs Monate ununterbrochen andauert, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit.

(8) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, so hilflos ist, dass sie für die in der folgenden Punktetabelle genannten Verrichtungen auch bei Einsatz

technischer und medizinischer Hilfsmittel täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf und diese Hilfe auch täglich erfolgt.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalles ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim
a) 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.

b) 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.

c) 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.

d) 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.

e) 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.

f) 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.

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

(9) Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punktetabelle gemäß Absatz 8 ist mehr als ein Pflegepunkt erreicht, wenn die versicherte Person

- a) wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf oder

b) 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 (Bewahrung) oder

c) dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

(10) Bei der Bewertung der Pflegebedürftigkeit führen vorübergehende akute Erkrankungen 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 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht und wo er eintritt. Bei folgenden Ursachen gilt jedoch ein Ausschluss der Leistungspflicht. Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu führen.

(2) Wir leisten nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse; dies gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes im Ausland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

b) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr);

d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung, es sei denn, dass uns der Anspruchserhebende nachweist, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;

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

f) 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.

II. Leistungsauszahlung

§ 4 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(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 Ihrem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Nach dem Tod der versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

(2) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag 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, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

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

(4) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf das von ihm angegebene Konto auf seine Kosten und Gefahr.

§ 5 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

(1) Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt, können wir von dem Anspruchserhebenden verlangen, dass er uns jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und dass er uns alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht zu ermöglichen (Aufklärungsobliegenheit). Darüber hinaus ist uns von dem Anspruchserhebenden die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 nachzuweisen. Hierfür sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

a) bei einer Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 2 bis 5:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit und

- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Grad der Beeinträchtigung, dem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf nachgehen zu können, und

- Unterlagen über die von der versicherten Person durch Ausbildung und Erfahrung erworbenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse, über ihren Beruf, ihre Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen, und

- sofern die versicherte Person selbstständig ist, Nachweise über die Betriebsstruktur vor Eintritt der Berufsunfähigkeit und zum Zeitpunkt des Eintritts sowie über die nach Eintritt der Berufsunfähigkeit eingetretenen Veränderungen der betrieblichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und der Mitarbeitersituation des Betriebes.

b) bei einer Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absätze 6 bis 10:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit und

- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Umfang der Pflegebedürftigkeit und

- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Beginn, Art, Umfang und Dauer der bisherigen bzw. zu erwartenden künftigen Pflege.

Die entstehenden Kosten für die Nachweise gemäß Absatz 1 a) bzw. 1 b) hat der Anspruchserhebende zu tragen.

(2) Darüber hinaus können wir zur Beurteilung unserer Leistungspflicht auf unsere Kosten weitere Auskünfte und Aufklärungen sowie Nachweise verlangen über

a) die beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person und über die eingetretenen Veränderungen sowie

b) Beginn, Ursache, Art, Umfang und Verlauf der zur Berufsunfähigkeit bzw. zur Pflegebedürftigkeit führenden Gesundheitsstörungen und

c) die gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Person vor Abgabe der Erklärung über ihre Gesundheitsverhältnisse oder etwaiger Nacherklärungen vor Abschluss des Vertrages.

Hierzu sind auf unser Verlangen Auskünfte und Unterlagen von Ärzten, Zahnärzten, sonstigen Behandlern (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseur oder Krankengymnasten), Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden beizubringen.

(3) Wir können außerdem zur Beurteilung unserer Leistungspflicht auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

(4) Wir können von der versicherten Person verlangen, dass sie sich in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft untersuchen lässt. Wenn die versi-

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 4 von 9 -



cherte Person für die geforderte Untersuchung aus dem Ausland nach Deutschland reisen muss, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel.

§ 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen und Untersuchungsergebnisse erklären wir unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Abschluss unserer Leistungsprüfung, ob, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt, ggf. auch für welchen Zeitraum, wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während unserer Leistungsprüfung werden wir Sie mindestens alle vier Wochen über den Sachstand informieren.

(2) Wir verzichten auf das Recht nach § 173 Absatz 2 VVG ein einmalig zeitlich begrenztes Anerkenntnis auszusprechen.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Eintritt unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 bzw. den Wegfall der Leistungspflicht nach § 1 Absatz 5 nachzuprüfen; insbesondere können wir auch einen Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

Wir können auch prüfen, ob die versicherte Person nach dem Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit neue berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse (z. B. durch Umschulung) erworben hat. In diesem Fall liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen zutreffen:

- Die versicherte Person übt auf der Basis dieser neu erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse auch tatsächlich eine neue berufliche Tätigkeit aus.
- Die versicherte Person kann auf Grund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse diese Tätigkeit ausüben.
- Diese ausgeübte berufliche Tätigkeit entspricht der Lebensstellung der versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit. Das ist dann der Fall, wenn die Vergütung für die neue berufliche Tätigkeit nicht spürbar unter dem Niveau der Vergütung für die berufliche Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit liegt. Bei diesem Vergleich entsprechen sich beide Lebensstellungen noch, wenn der Beruf zu einer Einkommensminderung von weniger als 20 % des Bruttoeinkommens führt. Sollte die künftige Rechtsprechung geringere Zumutbarkeitsgrenzen festlegen, würden diese Grenzen zu beachten sein. Im begründeten Einzelfall kann eine geringere Zumutbarkeitsgrenze berücksichtigt werden.

Liegen die vorgenannten Voraussetzungen vor, ist es unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem Beruf, zu dem unsere Leis-

tungspflicht anerkannt oder festgestellt wurde, fort dauern würde.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte im Sinne des § 5 und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Regelungen des § 5 Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

(3) Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, so werden wir unsere Leistungen einstellen. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit; sie wird nicht vor Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Prämienzahlung - in gleicher Höhe wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit - wieder aufgenommen werden.

(4) Sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bei Anspruchserhebung oder bei unserer Erklärung gemäß § 6 bereits nicht mehr besteht, gilt die in Absatz 3 genannte Frist für die Einstellung der Leistungen nicht. In diesem Fall bestehen Ansprüche längstens für den Zeitraum vom Eintritt bis zum Wegfall der Berufsunfähigkeit.

§ 8 Wann erhalten Sie eine Wiedereingliederungshilfe?

(1) Wenn unsere Leistungspflicht im Rahmen der Nachprüfung endet, weil die versicherte Person aufgrund neu erworbener Fähigkeiten und Kenntnisse wieder eine Tätigkeit gemäß § 7 konkret ausübt, zahlen wir zum Ende der Leistungspflicht als besondere Wiedereingliederungshilfe einen einmaligen Betrag in Höhe von sechs Monatsrenten, insgesamt aber höchstens 12.000 Euro. Eine Monatsrente entspricht dabei der zuletzt vor Leistungseinstellung gezahlten Monatsrente.

(2) Voraussetzung für die Zahlung der Wiedereingliederungshilfe ist, dass eine Rente mitversichert ist und dass bei Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe die verbleibende Leistungsdauer für die Rente noch mindestens 12 Monate beträgt.

(3) Bei Wiedereintritt der Berufsunfähigkeit aus gleichem medizinischen Grund innerhalb von sechs Monaten nach dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung wird die Wiedereingliederungshilfe auf neu entstehende Leistungsansprüche angerechnet.

(4) Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer dieser Versicherung mehrmals geleistet werden.

§ 9 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

(1) Solange eine Obliegenheit nach § 5 oder § 7 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder arglistig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die vollständige oder teilweise Leis-

tungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(2) Die Ansprüche auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bleiben abweichend von Absatz 1 insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist; dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

(3) Wenn die Obliegenheit später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet, jedoch frühestens nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit.

§ 10 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheines können wir als berechtigt ansehen, Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Empfang zu nehmen.

(2) Wir können verlangen, dass der Inhaber des Versicherungsscheines seine Berechtigung nachweist. In den Fällen des § 4 Absatz 2 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten oder dessen schriftliche Zustimmung vorliegt.

III. Überschussbeteiligung

§ 11 Wie sind Sie grundsätzlich an den Überschüssen beteiligt?

(1) Die garantierten Versicherungsleistungen können sich um Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhöhen. An den entstehenden Überschüssen und an den Bewertungsreserven werden wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG nach folgenden Grundsätzen und Maßstäben beteiligen.

(2) Bei der Prämienkalkulation und bei der Berechnung der Rentenhöhe müssen wir vorsichtige Annahmen über die künftige Entwicklung der Kapitalanlagen (Zinsen), des Risikoverlaufs und der Kosten zugrunde legen, damit wir jederzeit die garantierten Leistungen erbringen können. Aus dem Unterschied zwischen den tatsächlichen und den bei der Prämienkalkulation bzw. Berechnung der Rentenhöhe angenommenen

a) Aufwendungen für Versicherungsfälle (Risikoergebnis),

b) Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb (Kostenergebnis),

c) Nettoerträgen der Kapitalanlagen (Zinsergebnis)

können Überschüsse entstehen. Allerdings ist nicht ausgeschlossen, dass die einzelnen Ergebnisse auch negativ (Verlust) sein können.

Ob und in welcher Höhe Überschüsse entstehen, hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also von uns nicht garantiert werden.

(3) 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 bei unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

An den sich daraus ergebenden Überschüssen werden die Versicherungsnehmer auf der Grundlage der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung angemessen beteiligt.

(4) Die verschiedenen Versicherungsarten (wie z. B. Risiko-, Renten-, Kapitalversicherungen) tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gewinnverbänden zusammengefasst. Gewinnverbände bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gewinnverbände (ggf. können auch mehrere zusammengefasst werden) 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. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf abzuschwächen. Die Verwendung der der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge richtet sich nach der jeweils gültigen gesetzlichen Regelung. Gemäß § 56b VAG darf diese Rückstellung grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden; mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde ist auch eine anderweitige Verwendung (derzeit z. B. zur Abwendung eines drohenden Notstandes im Interesse der Versicherungsnehmer, oder zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste auf Grund von allgemeinen Änderungen der Verhältnisse, oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung, sofern die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen) möglich.

(5) Die Versicherungsnehmer werden bei Vertragsbeendigung bzw. Rentenbeginn sowie während eines Rentenbezugs an den Bewertungsreserven, die nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, gemäß § 153 VVG beteiligt.

(6) Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen.

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert unserer Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem diese Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind.

(7) Die Prämien Ihrer Versicherung sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle und Kosten benötigt werden. Für die Bildung weiterer Kapitalerträge stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven.

(8) Die Höhe der Bewertungsreserven wird zu monatlichen Stichtagen ermittelt, die für jeweils ein Kalenderjahr im Voraus festgelegt werden. Welcher Stichtag für Ihren Vertrag maßgeblich ist, hängt unter anderem vom Zeitpunkt der Beendigung und vom Beendigungsgrund (z. B. Kündigung, Leistungsfall) ab.

Die Höhe der Bewertungsreserven zum Bilanzstichtag sowie die maßgeblichen Stichtage für die Ermittlung der Bewertungsreserven werden im Geschäftsbericht veröffentlicht, den Sie jederzeit bei uns anfordern können.

(9) Während des Rentenbezugs erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven entsprechend der Regelungen, die vertraglich für die Verwendung der Überschüsse vereinbart wurden.

(10) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Gewinnverbands, der in Ihrem Versicherungsschein genannt ist (Gewinnanteile). Die Mittel für die Gewinnanteile werden bei der Direktgutschrift aus dem Ergebnis des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Gewinnanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Gewinnanteilsätze in unserem Geschäftsbericht.

Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

(11) Die Gewinnanteile ergeben sich aus der Multiplikation von Gewinnanteilsätzen mit bestimmten Bezugsgrößen.

Weitere Erläuterungen zu den einzelnen Gewinnanteilen, den Bezugsgrößen und zur Verwendung der Gewinnanteile vor und ab Leistungsbeginn enthalten die beiden nachfolgenden Paragraphen.

Soweit die Gewinnanteile zur Leistungserhöhung aus der Überschussbeteiligung verwendet werden, sind hierfür die bei Zuteilung der für Ihren Vertrag geltenden Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen maßgeblich. Zu den Kalkulationsgrundlagen gehören unsere Annahmen über Kapitalerträge (Rechnungszins), Risikoverlauf (Sterblichkeit) und Kosten.

§ 12 Welche Besonderheiten gelten vor Leistungsbeginn?

(1) In dem vorangehenden Paragraphen haben wir beschrieben, welche Arten von Überschüssen wann entstehen können (Zins-, Risiko- und Kostenergebnis) und wodurch deren Höhe beeinflusst wird.

Vor Leistungsbeginn können jährlich Risikogewinne anfallen, die sich je nach der gemäß Absatz 2 gewählten Gewinnzuteilungsform in Prozent der Prämie ohne Berücksichtigung von Gewinnanteilen (prämienpflichtige Versicherungen mit Gewinnzuteilungsform A) bzw. der Risikoprämie zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres (in allen anderen Fällen) bemisst. Dieser Gewinnanteil berücksichtigt neben den Risikogewinnen auch Kosten- und bei prämienpflichtigen Versicherungen zusätzlich Zinsgewinne oder -verluste.

(2) Diese Risikogewinne werden entsprechend der im Rahmen der tariflichen Möglichkeiten von Ihnen gewählten und in der Kundeninformation dokumentierten Gewinnzuteilungsform verwendet.

Bei Ihrer Versicherung können die folgenden Gewinnzuteilungsformen vereinbart werden:

a) Gewinnzuteilungsform A: Wir verrechnen die Risikogewinne mit den fälligen Prämien. Im Falle der Prämienfreistellung verwenden wir, sofern die Berufsunfähigkeits-Versicherung prämienfrei fortgesetzt werden kann, danach die Gewinnanteile wie die Zinsgewinnanteile gemäß Absatz 3.

b) Gewinnzuteilungsform B: Wir erhöhen bei Eintritt des Versicherungsfalles die Berufsunfähigkeitsrente um einen Bonus, der in Prozent der versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrente festgesetzt wird. Der Bonus wird zusammen mit der versicherten Leistung fällig.

Führt eine Neufestsetzung der Gewinnanteile zu einer Reduzierung des Bonus, so können Sie - sofern noch keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 eingetreten ist - die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb von drei Monaten nach Zugang unserer Mitteilung beantragen. Wir teilen Ihnen schriftlich mit, ab wann die Reduzierung des Bonus wirksam wird und wie hoch die Erhöhungsbeträge für Rente und Prämie sind.

(3) Bei prämienfreien Versicherungen können außerdem Zinsgewinne in Prozent des Deckungskapitals für die versicherte Leistung und des Deckungskapitals für den Rentenzuwachs entstehen.

Wir werden diese Zinsgewinne zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zuteilen und als Prämie für einen Rentenzuwachs zur Erhöhung der versicherten Leistungen verwenden. Diese Erhöhung wird nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und ist für die Zukunft garantiert.

(4) Die jährlichen Verwaltungskosten, die bei der Berechnung des Rentenzuwachses berücksichtigt werden, betragen 0,1 % des gebildeten Rentenzuwachses.

§ 13 Welche Besonderheiten gelten ab Leistungsbeginn?

(1) Während der Fälligkeit der Berufsunfähigkeitsrente bilden wir jährlich einen Rentenzuwachs, der in Prozent der Berufsunfähigkeitsrente einschließlich des Bonus und des erreichten Rentenzuwachses bemessen wird. Die Leistungserhöhung finanziert sich aus dem Ihrer Versicherung zugeteilten Gewinnanteil, der entsprechend den Regelungen des § 11 sowohl die Zins- als auch die Risiko- und Kostengewinne oder -verluste berücksichtigt. Daher können der Gewinnanteil und der Rentenzuwachs den Wert Null annehmen. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum nächsten auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungstichtag (Beginn eines Versicherungsjahres), wird nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und ist für die Zukunft garantiert.

Haben Sie mit uns eine garantierte Rentensteigerung gemäß § 1 Absatz 1 b) vereinbart, bemisst sich der jährliche Rentenzuwachs in Prozent der um den vereinbarten Prozentsatz erhöhten Berufsunfähigkeitsrente einschließlich des Bonus, der erreichten garantierten Rentensteigerungen und des erreichten Rentenzuwachses. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum nächsten auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungstichtag, wird nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und ist für die Zukunft garantiert. Der Rentenzuwachs erhöht sich nach dem Zuteilungszeitpunkt zu jedem folgenden Versicherungstichtag garantiert um den vereinbarten Prozentsatz seines Vorjahreswertes.

(2) Die jährlichen Verwaltungskosten, die bei der Berechnung des Rentenzuwachses berücksichtigt werden, betragen 3 % des gebildeten Rentenzuwachses.

IV. Prämienzahlung

§ 14 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?

(1) Die Prämien zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch jährliche, halbjährliche, vierteljährliche oder monatliche Prämienzahlung (laufende Prämien) entrichten. Die Wahl der Prämienzahlweise hat auch Auswirkungen auf die Summe der Prämien, die Sie insgesamt für Ihren Versicherungsschutz bezahlen; das heißt, dass zum Beispiel eine jährliche Prämienzahlweise in der Summe insgesamt einen geringeren Prämienaufwand erfordert als eine monatliche Prämienzahlweise.

(2) Die Prämie müssen Sie wie vertraglich vereinbart zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode zahlen. Die Versicherungsperiode entspricht der vereinbarten Prämienzahlungsperiode.

(3) Zahlungen der Prämie an uns können nur wirksam auf ein von uns benanntes Konto entrichtet werden. Ein Versicherungsvermittler ist nicht zur Entgegennahme von Zahlungen bevollmächtigt.

(4) Die Übermittlung der Prämien erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(5) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Prämienrückstände verrechnen.

(6) Sie können mit uns eine schriftliche Vereinbarung über eine zinslose Stundung der Prämienzahlung für einen Zeitraum von maximal zwölf Monaten schließen, wenn die nach Ablauf der Stundung verbleibende Prämienzahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt.

Die gestundeten Prämien sind zum Ablauf des Stundungszeitraums nachzuzahlen. Auf Wunsch kann vereinbart werden, dass der nachzuzahlende Betrag innerhalb eines Zeitraumes von maximal 24 Monaten in jährlichen, halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten geleistet wird. Für diese Ratenzahlung erheben wir für das Jahr Zinsen in Höhe von drei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz (§ 247 BGB).

Alternativ zur Nachzahlung kann vereinbart werden, dass die gestundeten Prämien nach Ablauf des Stundungszeitraums mit dem Deckungskapital verrechnet werden.

§ 15 Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?

(1) Die Kalkulation einer Versicherung geschieht unter Berücksichtigung der Tatsache, dass eine Vielzahl von Verträgen, die gleichartige Risiken absichern, gemeinsam verwaltet wird. Kosten werden daher nach für alle Verträge gleichmäßig geltenden Prinzipien pauschal erhoben.

(2) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen und die laufende Verwaltung des Versicherungsvertrages entstehen Kosten (Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten). Diese Kosten sind bereits bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Angaben zur Höhe dieser Kosten finden Sie in der Kundeninformation.

(3) Die Abschluss- und Vertriebskosten umfassen insbesondere Abschlussprovisionen und Courtagen an die Versicherungsvermittler sowie Aufwendungen für die Aufnahme des Versicherungsvertrages in den Versicherungsbestand und für die ärztlichen Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen.

Für die Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Prämien zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Prämien nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung auf Grund von § 25 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) in Verbindung mit § 169 Absatz 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Prämien beschränkt.

(4) Die Verwaltungskosten umfassen insbesondere die Aufwendungen für die laufende Bearbeitung Ihres Versicherungsvertrages, für die technische Bestandsführung und die jährliche schriftliche Information.

Die Verwaltungskosten werden, soweit sie nicht mit der Prämie verrechnet werden, dem Deckungskapital entnommen.

(5) Bei einer Prämienfreistellung (§ 18) ändert sich die Höhe der Verwaltungskosten. Die Änderung hängt von der Summe der tatsächlich gezahlten Prämien ab und kann sowohl eine Absenkung als auch eine Erhöhung der Verwaltungskosten bewirken. Wir werden Ihnen die Höhe der ab Prämienfreistellung von uns erhobenen Verwaltungskosten mitteilen.

(6) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung der prämienfreien Versicherungsleistung, für Ihren Rückkaufswert

und für die Bezugsgrößen der Überschussbeteiligung vorhanden sind.

§ 16 Welche Kosten und Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) Wir sind berechtigt, über die in § 15 beschriebenen Kosten hinaus für die nachfolgend genannten Geschäftsvorfälle Kosten gesondert in Rechnung zu stellen. Diese anlassbezogenen Kosten werden wie folgt ermittelt:

a) Fallen bei uns für einen der nachfolgend genannten Geschäftsvorfälle interne Kosten an, wird Ihnen hierfür ein Pauschalbetrag in Rechnung gestellt. Der Pauschalbetrag wird von uns anhand der bei einem entsprechenden Geschäftsvorfall durchschnittlich anfallenden Kosten (Zeitaufwand, Personal- und Materialkosten) ermittelt. Im Einzelnen gilt:

- Für Vertragsänderungen, die eine technische Umstellungsberechnung erfordern (z. B. Verlängerung oder Verkürzung der Versicherungsdauer), wird eine Gebühr in Höhe von 1 % der in der Kundeninformation genannten technischen Prämiensumme, höchstens jedoch in Höhe von 100 EUR erhoben.

- Wir erheben für besondere Verwaltungsaufwendungen wie etwa nachträgliche Eintragung oder Änderung von Bezugsrechten, Verpfändungen, Abtretungserklärungen, Ausstellung von Ersatzurkunden usw. neben dem Ersatz der Postgebühren eine Gebühr von 5 EUR.

- Für Rückläufer im Lastschriftverfahren verlangen wir die hierdurch entstehenden Kosten, höchstens jedoch 5 EUR.

- Im Falle des Rücktritts gemäß § 17 Absatz 2 verlangen wir von Ihnen eine Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages, die sich auf 10 % der Prämien der ersten 12 Monate ab Versicherungsbeginn beläuft.

- Wird eine Folgeprämie nicht gezahlt, erhalten Sie eine Mahnung (§ 17 Absatz 4), für die wir eine Mahngebühr von 1 EUR erheben.

Die vorgenannten Beträge sind pauschaliert aufwandsbezogen kalkuliert. Bei einer von uns nicht beeinflussbaren und nicht vorhersehbaren wesentlichen Veränderung der bei Versicherungsbeginn maßgeblichen tatsächlichen Kosten müssen wir uns daher vorbehalten, diese Beträge nach billigem Ermessen entsprechend der Kostenentwicklung angemessen anzupassen. Bei einem wesentlichen Rückgang der tatsächlichen Kosten verpflichten wir uns, die Kosten angemessen entsprechend der Kostenentwicklung zu reduzieren. Als wesentlich gilt jede Veränderung ab einem Umfang in Höhe von 5 % im Vergleich zu den bei Versicherungsbeginn bzw. bei der letzten Anpassung maßgeblichen tatsächlichen Kosten. Wir werden die Kostenentwicklung in regelmäßigen Abständen, spätestens alle 5 Jahre, überprüfen und Sie informieren, sofern eine Anpassung der anlassbezogenen Kosten erforderlich ist.

Die Anpassung der anlassbezogenen Kosten wird zwei Monate nach Zugang dieser Information, der Sie auch die Höhe der Anpassung entnehmen können, wirksam. Im Falle einer Erhöhung können Sie der Anpassung

binnen sechs Wochen nach Erhalt der Anpassungsmittelung widersprechen. Ein solcher Widerspruch führt in den Grenzen des § 19 zur vollständigen Kündigung des Versicherungsvertrages. Unterbleibt ein fristgerechter Widerspruch, gilt die Anpassung als genehmigt. Die Anpassung wird im Rahmen eines Nachtrags zum Versicherungsschein dokumentiert.

b) Werden uns für einen der vorgenannten Geschäftsvorfälle von dritter Seite Kosten in Rechnung gestellt (z. B. Gebühren für Lastschriftrückläufer, Porto, Überweisungen ins Ausland), werden Ihnen diese Kosten von uns in angefallener Höhe zusätzlich in Rechnung gestellt.

(2) Ihnen ist der Nachweis gestattet, dass für Ihren Geschäftsvorfall Kosten überhaupt nicht entstanden sind oder dass die für Ihren Geschäftsvorfall tatsächlich entstandenen Kosten niedriger sind als der Pauschalbetrag. Sie müssen in diesem Fall nur die tatsächlich angefallenen Kosten tragen.

§ 17 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Für die Rechtzeitigkeit der Prämienzahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit die Prämie bei uns eingeht. Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem in der Kundeninformation angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Könnte die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass die Prämie nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(2) Wird die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt und haben Sie dies zu vertreten, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten.

(3) Ist die Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben; dies gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(4) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform mit einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Wird der Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist beglichen und haben Sie dies zu vertreten, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese und alle weiteren Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 18 Wann können Sie Ihre Versicherung prämienvoll stellen?

(1) Sie können

a) jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode

b) sowie innerhalb der Versicherungsperiode mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Schluss der ersten Versicherungsperiode

schriftlich verlangen, dass Ihre Versicherung vollständig oder teilweise in eine prämienvoll Versicherung umgewandelt wird. Der für die Prämienvollstellung erforderliche Mindestbetrag für die versicherte jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach Prämienvollstellung beträgt 600 EUR. Ist eine Prämienvollstellung nicht möglich, können Sie die Versicherung nur kündigen und Sie erhalten den Rückkaufswert nach Abzug des Stornoabschlags (§ 19 Absatz 4). Die Versicherung erlischt.

Bei einer teilweisen Prämienvollstellung ist die Fortsetzung des Versicherungsvertrages nur möglich, sofern die jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach der teilweisen Prämienvollstellung sowohl für den prämienvollen als auch für den verbleibenden, prämienvollpflichtigen Versicherungsteil jeweils mindestens 600 EUR beträgt.

(2) Die Prämienvollstellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.

In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (§ 15) nur der Mindestwert nach § 19 Absatz 3 als Rückkaufswert zur Bildung einer prämienvollen Rente vorhanden. Darüber hinaus handelt es sich bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung um eine Risikoversicherung, bei der prinzipiell in jeder Versicherungsperiode die zu entrichtenden Prämien zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten voll verbraucht werden. Daher steht eine prämienvoll Versicherung in der Regel nicht zur Verfügung und die Versicherung erlischt ohne Wert, wenn Sie die Prämienzahlung einstellen.

Eine Prämienvollstellung ist allenfalls möglich, sofern dennoch nicht verbrauchte Prämienteile zur Verfügung stehen. Die wirtschaftlichen Auswirkungen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten, der Verwaltungskosten sowie des in § 19 Absatz 4 beschriebenen Stornoabschlags können Sie der Tabelle der prämienvollen Leistungen in B. II. 4 "Rückkaufswerte und prämienvoll Leistungen" der Kundeninformation entnehmen.

(3) Wir berechnen die prämienvollen Versicherungsleistungen gemäß § 165 Absatz 2 VVG nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation aus dem Deckungskapital der Versicherung (§ 169 Absatz 3 VVG) nach Abzug eines Stornoabschlags. Für den Stornoabschlag gilt § 19 Absatz 4 entsprechend.

(4) Etwaige Prämienrückstände werden mit dem Deckungskapital verrechnet.

(5) Bei Prämienvollstellung wird der Rentenzuwachs (§ 13) auf Basis seines Deckungskapitals mit den für Ihren Vertrag geltenden Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen (§ 11 Absatz 11) neu berechnet. Nach der Prämienvollstellung entwickelt sich die Überschussbeteiligung gemäß den Regelungen des § 12 weiter.

(6) Sie können innerhalb von sechs Monaten nach dem Prämienvollstellungstermin schriftlich verlangen, dass der Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung unter folgenden Voraussetzungen wieder hergestellt wird (Wiederinkraftsetzung):

a) die Prämienzahlung wird in der ursprünglich vereinbarten Höhe zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihrer Erklärung wieder aufgenommen,

b) die Prämien für den Zeitraum vom Prämienvollstellungstermin bis zur Wiederinkraftsetzung werden nachgezahlt,

c) die Prämienzahlungsdauer beträgt ab dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung noch mindestens ein Jahr, und

d) zwischen dem Prämienvollstellungstermin und dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung ist nicht der Versicherungsfall nach § 2 eingetreten.

Darüber hinaus können Sie eine Wiederinkraftsetzung mit Gesundheitsprüfung innerhalb von 36 Monaten nach dem Prämienvollstellungstermin schriftlich verlangen, wenn die vorgenannten Voraussetzungen unter c) und d) erfüllt sind und die Prämienzahlung zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihrer Erklärung wieder aufgenommen wird. Eine Nachzahlung der Prämien ist in diesem Fall nicht möglich.

Bei Wiederinkraftsetzung werden Prämie und Leistung mit den zu Vertragsbeginn gültigen Kalkulationsgrundlagen neu berechnet.

Auf das Recht der Wiederinkraftsetzung werden wir im Rahmen der Prämienvollstellung hinweisen.

(7) Abweichend von Absatz 6 können Sie bei einer Prämienvollstellung aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Elternzeit eine Wiederinkraftsetzung ohne Gesundheitsprüfung innerhalb von 24 Monaten bei Arbeitslosigkeit oder innerhalb von 36 Monaten bei Elternzeit nach dem Prämienvollstellungstermin schriftlich beantragen, wenn

a) Sie uns nachweisen, dass Sie in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis stehen,

b) Ihr Vertrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bzw. zu Beginn der Elternzeit seit mindestens einem Jahr prämienvollpflichtig bestand,

c) Sie die Prämienzahlung zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihrer Erklärung bei uns wieder aufnehmen,

d) die Prämienzahlungsdauer nach Wiederinkraftsetzung noch mindestens ein Jahr beträgt, und wenn

e) zwischen dem Prämienvollstellungstermin und dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung der Versicherungsfall nach § 2 nicht eingetreten ist.

Bei Wiederinkraftsetzung werden Prämie und Leistung mit den zu Vertragsbeginn gültigen Kalkulationsgrundlagen neu berechnet. Dies kann bedeuten, dass sich Ihre versicherte Leistung reduziert, wenn Sie die Prämienzahlung in der ursprünglich vereinbarten Höhe wieder aufnehmen, oder sich Ihre Prämie erhöht, wenn Sie die ursprünglich vereinbarte Leistung wiederherstellen.

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 8 von 9 -



Den Eintritt der Arbeitslosigkeit bzw. der Elternzeit müssen Sie uns bei Prämienfreistellung nachweisen.

Erreicht Ihre garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach Prämienfreistellung nicht den Mindestbetrag von 600 EUR, verzichten wir bei einer Prämienfreistellung aufgrund von Arbeitslosigkeit bzw. Elternzeit abweichend von Absatz 1 für die Dauer von 24 bzw. 36 Monaten auf diesen Mindestbetrag. Dies bedeutet, dass Ihre Versicherung gemäß Absatz 1 erlischt, wenn Sie Ihren Vertrag nicht innerhalb dieses Zeitraums wieder in Kraft setzen.

V. Vorzeitige Beendigung

§ 19 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

(1) Sie können unter Beachtung der in § 18 Absatz 1 genannten Termine und Fristen Ihre Versicherung jederzeit bis zum Eintritt des Versicherungsfalles nach § 2 vollständig oder teilweise schriftlich kündigen.

Die Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.

In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (§ 15) nur der Mindestwert nach Absatz 3 als Rückkaufswert vorhanden. Darüber hinaus handelt es sich bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung um eine Risikoversicherung, bei der prinzipiell in jeder Versicherungsperiode die zu entrichtenden Prämien zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten voll verbraucht werden. Daher steht ein Rückkaufswert in der Regel nicht zur Verfügung und die Versicherung erlischt ohne Wert.

Sofern dennoch nicht verbrauchte Prämienteile zur Verfügung stehen, erfolgt eine Auszahlung des Rückkaufswertes nach Abzug des Sornoabschlags nach Maßgabe der nachfolgenden Absätze. Die wirtschaftlichen Auswirkungen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten, der Verwaltungskosten sowie des in Absatz 4 beschriebenen Sornoabschlags können Sie der Tabelle der Rückkaufswerte in B. II. 4 "Rückkaufswerte und prämienfreie Leistungen" der Kundeninformation entnehmen.

(2) Für die Auszahlung des Rückkaufswertes gilt:

a) Bei einer vollständigen Kündigung wird die Versicherung beendet und wir berechnen den Rückkaufswert gemäß Absatz 3. Von diesem Rückkaufswert ziehen wir den Sornoabschlag gemäß Absatz 4 ab. Den Differenzbetrag zahlen wir Ihnen aus.

b) Bei einer Teilkündigung gilt Buchstabe a) entsprechend für den gekündigten Teil. Die Fortsetzung des nicht gekündigten Teils des Versicherungsvertrages ist nur möglich, wenn die nach Teilkündigung berechnete jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente für den verbleibenden Teil mindestens 600 EUR beträgt.

(3) Der Rückkaufswert entspricht dem nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufen-

den Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital Ihrer Versicherung (§ 169 Absatz 3 VVG) und dem Deckungskapital des Rentenzuwachses (§ 12) zuzüglich Bewertungsreserven (§ 11). Der Rückkaufswert beläuft sich mindestens auf den Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Versicherungsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Prämienzahlungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Prämienzahlungsdauer.

(4) Bei Kündigung ziehen wir vom nach Absatz 3 ermittelten Rückkaufswert einen Sornoabschlag ab. Den Sornoabschlag vereinbaren wir mit Ihnen aus den nachfolgend aufgeführten Gründen in der unter B. II. 4 "Rückkaufswerte und prämienfreie Leistungen" der Kundeninformation bezifferten Höhe.

Wir halten den Sornoabschlag für angemessen, da eine Kündigung für uns und den verbleibenden Versichertenbestand mit Nachteilen verbunden ist. Sie sollen verursachungsgerecht und nicht nur vom verbleibenden Versichertenbestand getragen werden. Diese Nachteile ergeben sich aus den folgenden Gründen:

- Bei einer vorzeitigen Kündigung entstehen erhöhte Verwaltungskosten, welche wir in der Prämienkalkulation nicht berücksichtigt haben. Diese werden mit dem Sornoabschlag ausgeglichen.

- Die Kündigung führt zu einer Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes. Der Sornoabschlag soll sicherstellen, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Kündigung kein Nachteil entsteht.

- Sofern Sie die Gewinnzuteilungsform A im Rahmen der Überschussbeteiligung (§ 12) gewählt haben, beteiligen wir Sie im Voraus an Gewinnen, die zum Zeitpunkt Ihrer Kündigung noch nicht vollständig entstanden sind. Diese gegebenenfalls noch nicht entstandenen Gewinne werden mit dem Sornoabschlag ausgeglichen.

- Vorzeitige Vertragsauflösungen können je nach Kapitalmarktsituation zu einer Verringerung der Kapitalerträge des verbleibenden Versichertenbestandes führen, die in Abhängigkeit von der Laufzeit Ihres Vertrages durch den Sornoabschlag ausgeglichen werden.

- Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den vorhandenen Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss Ihres Vertrages partizipieren Sie an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit stellt Ihr Vertrag seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung. Bei Kündigung Ihres Vertrages gehen die Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand vorzeitig verloren und werden deshalb im Rahmen des Sornoabschlags in Abhängigkeit von der Laufzeit Ihres Vertrages ausgeglichen.

Die Beweislast für die Angemessenheit des Sornoabschlags tragen wir. Haben wir im

Streitfall diesen Nachweis erbracht und können Sie uns sodann nachweisen, dass die von uns zugrunde gelegten pauschalen Annahmen in Ihrem Einzelfall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder nur teilweise zutreffen bzw. der Abschlag in Ihrem Fall der Höhe nach niedriger zu beziffern ist, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Sornoabschlag.

(5) Eventuelle Prämienrückstände werden von dem Auszahlungsbetrag nach Absatz 2 abgezogen.

VI. Sonstiges

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

(1) Mitteilungen, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen, soweit nicht in diesen Bedingungen Schriftform (d. h. ein eigenhändig unterschriebenes Schriftstück) vereinbart ist. Diese Vereinbarung kann mündlich nicht aufgehoben werden.

Für uns bestimmte Mitteilungen werden nur und erst dann wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.

(2) Eine Änderung Ihrer Anschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

Ihnen können Nachteile entstehen, wenn Sie gegebenenfalls von wichtigen Mitteilungen nicht rechtzeitig Kenntnis erhalten, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(3) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, müssen Sie uns eine in der Bundesrepublik Deutschland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

(5) Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 21 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zustän-

dig, in dessen Bezirk Sie zurzeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

BB-INF: Besondere Bedingungen für die Leistung bei Berufsunfähigkeit bei Infektionsgefahr

(LV_BB_INF.1102)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Im Bedingungstext verwenden wir die Bezeichnung AVB. Damit sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der zugehörigen Hauptversicherung gemeint. Soweit in den Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die AVB sinngemäß Anwendung.

Im Bedingungstext verwenden wir die Bezeichnungen BB-BUZ und BB-iBU. Damit sind die Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung und die besonderen Bedingungen für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit gemeint.

Gliederung

§ 1 Welche Bedingungen finden Anwendung?

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 Wann endet die Leistungsverpflichtung?

§ 4 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

§ 1 Welche Bedingungen finden Anwendung?

Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (AVB), die Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BB-BUZ) bzw. die Besonderen Bedingungen für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit (BB-iBU) Anwendung.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr ihre hauptberufliche Tätigkeit auszuüben (vollständiges Tätigkeitsverbot) und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt.

Ergänzend zu den Obliegenheiten des Paragraphen "Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?" der AVB, BB-BUZ bzw. BB-iBU ist uns zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

§ 3 Wann endet die Leistungsverpflichtung?

Werden Leistungen aufgrund des vollständigen Tätigkeitsverbotes erbracht, endet die Leistungsverpflichtung mit der Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes.

§ 4 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

Abweichend vom Paragraphen "Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?" der AVB, BB-BUZ bzw. BB-iBU gilt bei Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen:

Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sowie während einer Karenzzeit sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bzw. den Wegfall der Leistungspflicht nach dem Paragraphen "Was ist versichert?" der AVB, BB-BUZ bzw. BB-iBU nachzuprüfen; insbesondere können wir auch einen Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

Wir können auch prüfen, ob die versicherte Person nach dem Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit eine neue berufliche Tätigkeit ausübt. In diesem Fall liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen zutreffen:

a) Die versicherte Person kann auf Grund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse diese Tätigkeit ausüben.

b) Diese ausgeübte berufliche Tätigkeit entspricht der Lebensstellung der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit.

Liegen die vorgenannten Voraussetzungen vor, ist es unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem Beruf, zu dem unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt wurde, fort dauern würde.

ERL-BU: Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit

Erläuterungen und Hinweise zum Versicherungsschutz und zu den Bedingungen

(LV_ERLBU.1501)

Sehr geehrter Kunde,

mit den nachstehenden Erläuterungen möchten wir Ihnen ergänzend zu unseren BU-Bedingungen einige weitere Informationen über Ihren Versicherungsschutz geben und die wichtigsten Leistungsvoraussetzungen noch transparenter darstellen. Die Erläuterungen und Informationen sind zwangsläufig auf verschiedene berufliche Verhältnisse und Situationen ausgerichtet, so dass einzelne Informationen entweder gar nicht oder erst im Laufe der Zeit für Sie bzw. für Ihre Berufsunfähigkeit von Bedeutung sind. Die "Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit" wird im Rahmen dieser Erläuterungen nicht behandelt, da sich diese ausschließlich auf das Ausmaß einer Pflegebedürftigkeit bezieht. Die Erläuterungen gelten sowohl für die selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherung, die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung als auch für die Versicherungen, bei denen das Berufsunfähigkeitsrisiko als integrierte Leistung mit-versichert ist; sie sind Bestandteil Ihres Vertrages und bieten Ihnen zusätzliche Rechtssicherheit für den Leistungsfall. In den Erläuterungen verwenden wir für den Begriff "Berufsunfähigkeit" die Abkürzung "BU".

Gliederung

- § 1 Welche Ursachen müssen zur BU geführt haben?
- § 2 Beinhaltet eine gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (AU) zugleich den Nachweis einer BU?
- § 3 Nach welchen Kriterien und von wem wird der Grad der BU ermittelt?
- § 4 Wie lange muss der Zustand der BU anhalten?
- § 5 Kann Demenz zu einer BU im Sinne der Bedingungen führen?
- § 6 Welche Anforderungen werden an den versicherten Beruf gestellt?
- § 7 Welche Kriterien sind bei der BU-Feststellung "Selbständiger" zusätzlich zu berücksichtigen?
- § 8 Welche Bedeutung hat die Umorganisation Ihres Betriebes auf die BU-Feststellung?
- § 9 Wann spielt die Umorganisation bei der BU-Feststellung keine Rolle?
- § 10 Spielt die Umorganisation des Arbeitsplatzes auch bei der BU-Feststellung eines Arbeitnehmers eine Rolle?
- § 11 Welcher Beruf ist für die Feststellung der BU maßgeblich?
- § 12 Können Sie bei BU-Eintritt auf einen anderen Beruf verwiesen werden?
- § 13 Welcher Beruf ist im Falle einer Berufsunterbrechung oder des Ausscheidens aus dem Berufsleben maßgeblich?
- § 14 Welche Bedeutung hat ein vor BU-Eintritt vorgenommener Berufswechsel?
- § 15 Welche medizinischen Nachweise sind für die Feststellung Ihrer BU erforderlich?

§ 16 Wirkt sich die Nichtbeachtung ärztlicher Anordnungen nachteilig auf Ihren Leistungsanspruch aus?

§ 17 Was ist nach Beginn unserer Leistungspflicht zu beachten?

§ 18 Welche Auswirkungen hat die Fortsetzung Ihrer "bisherigen" Berufsausübung nach BU-Eintritt?

§ 19 Welche Auswirkungen hat eine nach BU-Eintritt aufgenommene "neue" berufliche Tätigkeit?

§ 20 Welche Auswirkungen hat die Leistungseinstellung bei Wegfall der Berufsunfähigkeit?

§ 21 In welchem Umfang kann bis zur Feststellung einer BU die weitere Prämienzahlung gestundet werden?

§ 22 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

§ 1 Welche Ursachen müssen zur BU geführt haben?

Entscheidendes Merkmal der Berufsunfähigkeit ist die Beeinträchtigung der Berufsausübung durch Krankheit, Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls. Der entsprechende Krankheitszustand und die Funktionsbeeinträchtigungen müssen medizinisch objektiviert sein und von den behandelnden Ärzten durch ausführliche Behandlungs- sowie Befundberichte nachgewiesen werden. Für unsere Leistungsentscheidung können wir weitere Nachweise anfordern.

§ 2 Beinhaltet eine gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (AU) zugleich den Nachweis einer BU?

Nein, Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit sind unterschiedliche Arten einer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigung und schließen sich typischerweise gegenseitig aus. Die AU als arbeits- und krankversicherungsrechtlicher Begriff geht grundsätzlich davon aus, dass ihr Zustand nur von vorübergehender Natur ist und die Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit wieder hergestellt ist. Von einer BU hingegen ist auszugehen, wenn der körperlich-geistige Zustand medizinisch objektiv derart beschaffen ist, dass eine günstige Prognose für die Wiederherstellung der verloren gegangenen Fähigkeiten in einem den BU-Bedingungen entsprechenden Zeitraum nicht gestellt werden kann. Eine ärztlich bescheinigte AU (sog. gelber Schein) beinhaltet demzufolge nicht automatisch auch den Nachweis für eine bedingungsgemäße BU. Dies schließt aber nicht aus, dass die zur AU führenden Gesundheitsstörungen und ihre Funktionseinbußen zugleich auch Ursache einer bedingungsgemäßen BU sein können. Sofern bei Ihnen über einen Zeitraum von voraussichtlich sechs Monaten ununterbrochen eine AU zu erwarten ist, sollten Sie vorsorglich Ansprüche wegen BU anmelden und uns die hierfür erforderlichen Nachweise vorlegen. Unsere Leistungspflicht bei einer Sechsmonatsprognose bleibt hiervon unberührt.

§ 3 Nach welchen Kriterien und von wem wird der Grad der BU ermittelt?

Der Grad Ihrer BU muss mindestens 50 % betragen. Die Feststellung des BU-Grades erfordert zwingend eine möglichst genaue

Klärung der Frage, wie sich die ärztlich nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung auf Ihre Fähigkeit zur Ausübung Ihres konkreten Berufes auswirkt. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, in welchem Umfang diese Auswirkungen die Ihren Beruf prägenden Haupttätigkeiten und Hauptaufgaben treffen und welche Nebentätigkeiten Ihres Berufes hiervon ebenfalls betroffen sind. Erst wenn Ihr konkretes berufliches Belastungsprofil mit all seinen Einzeltätigkeiten und Einzelanforderungen im Detail bekannt ist, können die gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen jeder einzelnen beruflichen Tätigkeit, Aufgabe und Anforderung zugeordnet werden. Die nach dieser Methode festgestellte Beeinträchtigung führt zwangsläufig und zuverlässig zu einem Gesamtbild der beruflichen Einschränkungen und damit zu dem für Sie geltenden Grad der BU. Da die behandelnden Ärzte erfahrungsgemäß die genauen Details der beruflichen Anforderungsprofile ihrer Patienten gar nicht kennen, verfügen sie folglich auch nicht über die Kenntnisse, die für eine sachgerechte Zuordnung der gesundheitlichen Funktionseinbußen auf die einzelnen beruflichen Tätigkeitsfelder und damit für eine zuverlässige Bestimmung des BU-Grades benötigt werden. Der BU-Grad wird demzufolge regelmäßig durch unsere Gesellschaft unter Berücksichtigung der uns bekannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der uns im Einzelnen nachgewiesenen beruflichen Anforderungsprofile festgelegt, wobei wir uns in Einzelfällen berufskundlicher und weiterer medizinischer Beratungen bedienen.

§ 4 Wie lange muss der Zustand der BU anhalten?

Die BU muss nach Art der Gesundheitsstörungen und nach dem Ausmaß ihrer Funktionseinbußen voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu erwarten sein. Hierfür sind von den behandelnden Ärzten ausführliche Behandlungs- sowie Befundberichte beizubringen. Sollten die behandelnden Ärzte diese Prognose nicht stellen wollen oder können, reicht es für die Feststellung bedingungsgemäßer BU auch aus, wenn die BU tatsächlich mindestens sechs Monate ununterbrochen bestanden hat und der Nachweis hierüber geführt wird. Für unsere Leistungsentscheidung können wir weitere Nachweise anfordern. Sofern wir Ihre BU auf Grund einer sechsmonatigen Prognosestellung anerkannt und entsprechende Leistungen gewährt haben, brauchen Sie uns die erbrachten Leistungen nicht zu erstatten, wenn sich durch unsere Nachprüfung der BU herausstellt, dass die BU tatsächlich nicht mindestens ununterbrochen sechs Monate vorgelegen hat und wir die Gewährung weiterer Leistungen einstellen.

Bei Ablauf einer etwaigen vereinbarten Karenzzeit prüfen wir erneut, ob die Voraussetzungen für eine BU weiterhin vorliegen. Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit im Sinne der BU-Bedingungen ein, gelten die im Paragraphen "Was ist versichert?" im Abschnitt "Leistungsbeschreibung" der BU-Bedingungen genannten Voraussetzungen auch für die erneute Berufsunfähigkeit. Beruht die

erneute Berufsunfähigkeit auf derselben medizinischen Ursache wie die beendete Berufsunfähigkeit, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten angerechnet.

§ 5 Kann Demenz zu einer BU im Sinne der Bedingungen führen?

Demenz ist der Oberbegriff für Erkrankungsbilder, die mit einem Verlust der geistigen Funktionen wie Denken, Erinnern, Orientierung und Verknüpfen von Denkinhalten einhergehen und die dazu führen, dass alltägliche Aktivitäten nicht mehr eigenständig durchgeführt werden können. Demenz ist eine Krankheit im Sinne des Paragraphen "Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?" der BU-Bedingungen und kann somit zu einem Leistungsanspruch führen, wenn Art, Schwere und Ausmaß dieser Krankheit nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate mindestens zu 50 % außer Stande sein wird, ihrem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen.

§ 6 Welche Anforderungen werden an den versicherten Beruf gestellt?

Bei dem versicherten Beruf muss es sich um eine im Rahmen der geltenden Rechtsordnung ausgeübte Erwerbstätigkeit handeln, die auf die für sie geltende Ausübungsdauer angelegt und die auf den Erwerb der Lebenshaltungskosten ausgerichtet ist. Die Art dieser Erwerbstätigkeit sowie die hieraus bezogene Vergütung bestimmen und prägen in aller Regel die wirtschaftlich-soziale Lebensstellung und bilden auch deren Status in der Gesellschaft.

Die folgenden beruflichen Ausprägungen werden wie jeweils beschrieben berücksichtigt.

§ 7 Welche Kriterien sind bei der BU-Feststellung "Selbständiger" zusätzlich zu berücksichtigen?

Zu den "Selbständigen" zählen mitarbeitende Unternehmer, Betriebs- und Geschäftsinhaber, beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF) sowie freiberufliche Tätige, die hinsichtlich ihrer Berufsausübung keiner Fremdbestimmung unterworfen sind. Die BU des "Selbständigen" beurteilt sich gemäß der Rechtsprechung nach der konkreten Gestaltung seines Betriebes, seinen bisher im Betrieb wahrgenommenen Tätigkeits- und Aufgabenfeldern und der im Betrieb etwa bestehenden Möglichkeiten einer Umorganisation der Arbeit oder einer Aufgabenumverteilung. Die hieraus für die Feststellung der BU abgeleiteten zusätzlichen Prüfkriterien erklären sich durch die herausragende berufliche Stellung des "Selbständigen" in seinem Betrieb und seinen besonderen Rechten, die Bestandteile seines Berufes sind und die seinen Beruf prägen.

§ 8 Welche Bedeutung hat die Umorganisation Ihres Betriebes auf die BU-Feststellung?

Wenn Sie im Rahmen Ihres unternehmerischen Frei-raums und Ihres Direktionsrechts durch eine mögliche und zumutbare betriebliche Umorganisation

- für sich neue oder andere Tätigkeitsfelder in Ihrem Betrieb schaffen können,

- die gegenüber Ihren bisherigen Tätigkeiten gleichwertig und Ihrer beruflichen Stellung im Betrieb angemessen sind,

- zu deren Ausübung Sie auch die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse besitzen und

- die Sie mit Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung auch ausüben können,

liegen die Voraussetzungen für eine BU im Sinne der BU-Bedingungen nicht vor. Ihre durch vorgenannte Maßnahmen in Ihrem Betrieb geschaffenen neuen Tätigkeitsfelder resultieren allein aus dem zum Bestandteil Ihres Berufes gehörenden "Direktionsrecht" und sind somit nicht Folge einer Verweisung durch unsere Gesellschaft (siehe hierzu auch § 12).

Die Zumutbarkeit einer Umorganisation ist nicht von einer völligen Kostenneutralität abhängig. Gewisse kostenbedingte Einkommensminderungen sind von Ihnen dann hinzunehmen, wenn dadurch Ihr erzielltes Einkommen nicht spürbar unter das Niveau des zuletzt erzielten Einkommens absinkt. Eine Entscheidung über die Zumutbarkeit von einkommensmindernden Kosten einer Umorganisation kann gerechterweise nur im konkreten Einzelfall unter Berücksichtigung der bei BU-Eintritt vorliegenden betrieblichen Verhältnisse und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen getroffen werden. Wir halten hierbei laufende Einkommensminderungen von weniger als 20 % - bezogen auf das Gesamteinkommen aus der beruflichen Tätigkeit (vor Abzug von Steuern) - für zumutbar. Zudem halten wir einmalige einkommensmindernde Kosten für zumutbar, sofern sie 25 % aller versicherten BU-Leistungen (versicherte jährliche BU-Renten und Bruttoprämien) einschließlich der versicherten BU-Leistungen bei anderen Versicherten nicht übersteigen. Sollten sich jedoch auf Grund der Rechtsprechung der Oberlandesgerichte oder des Bundesgerichtshofes geringere Zumutbarkeitsbegrenzungen ergeben, wären diese zu berücksichtigen.

§ 9 Wann spielt die Umorganisation bei der BU-Feststellung keine Rolle?

Wenn Sie nachweisen, dass die Umorganisation aus einem der nachstehend genannten Gründe nicht durchführbar ist, spielt die Frage einer Umorganisation für die Feststellung Ihrer BU keine Rolle. Mögliche Gründe sind:

- die Betriebsstruktur oder die Betriebsgröße lassen keine Umorganisation zu,

- die Anzahl der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterstruktur erlauben keine Umorganisation,

- die Umorganisation wäre betriebswirtschaftlich unsinnig oder ist rechtlich unzulässig,

- die Umorganisation erfordert einen erheblichen Kapitaleinsatz,

- die Umorganisation wäre mit unzumutbar hohen Kosten verbunden, die Ihnen eine spürbare und nachhaltige Einkommensminderung beschieren würden,

- durch eine Umorganisation würden Ihnen nur Tätigkeitsfelder verbleiben bzw. geschaffen, für deren Ausübung Ihnen die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse oder die gesundheitlichen Voraussetzungen fehlen,

- durch eine Umorganisation würden Ihnen keine Ihrer Position angemessenen Tätigkeitsfelder, sondern nur noch Verlegenheitsarbeiten verbleiben.

Auf Wunsch unterstützen wir Sie bei der Beschaffung und der inhaltlichen Ausgestaltung der von Ihnen hierzu beizubringenden Nachweise.

§ 10 Spielt die Umorganisation des Arbeitsplatzes auch bei der BU-Feststellung eines Arbeitnehmers eine Rolle?

Nein, wenn Sie als Arbeitnehmer tätig sind, unterliegen Sie grundsätzlich der Fremdbestimmung durch Ihren Arbeitgeber. Zu den Bestandteilen Ihrer Berufsausübung als Arbeitnehmer zählen weder ein unternehmerisches Gestaltungsrecht noch das Direktionsrecht, so dass Sie auch nicht das Recht zur Umorganisation Ihres Arbeitsplatzes besitzen. An diesem rechtlichen Status würde auch eine etwaige Zustimmung Ihres Arbeitgebers zur Umorganisation des Arbeitsplatzes nichts ändern. Wir gehen demzufolge bei der BU-Feststellung weder der Frage einer möglichen Umorganisation Ihres Arbeitsplatzes nach noch verlangen wir von Ihnen Nachweise darüber, dass eine Umorganisation nicht möglich ist oder Ihr Arbeitgeber einer möglichen Umorganisation Ihres Arbeitsplatzes die Zustimmung versagt.

§ 11 Welcher Beruf ist für die Feststellung der BU maßgeblich?

Wir legen der BU-Feststellung den von Ihnen zuletzt bei Eintritt der BU ausgeübten Beruf zu Grunde, und zwar in seiner konkreten Ausgestaltung ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen. Hierdurch wird sichergestellt, dass sich die Bewertung der Auswirkungen Ihrer gesundheitsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen nicht nur auf die Tätigkeitsverhältnisse bei BU-Eintritt beschränkt, sondern sich auch auf etwa zuvor aus gesundheitlichen Gründen aufgegebenen oder eingeschränkten Aufgaben und Tätigkeiten erstreckt.

§ 12 Können Sie bei BU-Eintritt auf einen anderen Beruf verwiesen werden?

Nein, bei der Erstprüfung Ihrer BU spielt es keine Rolle, ob Sie auf Grund vorhandener Fähigkeiten und Kenntnisse oder auf Grund Ihrer Ausbildung und Erfahrung einen anderen Beruf ausüben könnten (abstrakte Verweisung) oder einen derartigen anderen Beruf bereits ausüben (konkrete Verweisung). Es bestehen also keine Verweisungsrechte,

die eine Anerkennung Ihrer BU verhindern können. Der vorgenannte Verweisungsverzicht gilt natürlich auch für "Selbständige", wobei eine etwaige weitere Ausübung ihres Berufes im eigenen Betrieb mit einem anderen Tätigkeits- oder Aufgabenfeld nicht Gegenstand einer Verweisung ist (siehe hierzu auch die Ausführungen in § 7 bis § 9 sowie in Paragraph "Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung, der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. der Besonderen Bedingungen für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit).

§ 13 Welcher Beruf ist im Falle einer Berufsunterbrechung oder des Ausscheidens aus dem Berufsleben maßgeblich?

Sollte während einer Unterbrechung der Berufsausübung (z. B. wegen Mutterschutz, Elternzeit oder Arbeitslosigkeit) oder nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben der BU-Fall eintreten, ist für die Feststellung Ihrer BU der von Ihnen zuletzt ausgeübte Beruf mit den konkreten Anforderungs- und Tätigkeitsprofilen unmittelbar vor der Unterbrechung maßgeblich. Natürlich finden auch hier - wie zu § 11 - etwa vor der Unterbrechung oder dem Ausscheiden aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben oder geänderte Tätigkeiten und Aufgaben Berücksichtigung.

§ 14 Welche Bedeutung hat ein vor BU-Eintritt vorgenommener Berufswechsel?

Sie sind nicht verpflichtet, uns einen Berufswechsel anzuzeigen. Wenn Sie Ihren Beruf oder Ihre beruflichen Aufgaben- und Tätigkeitsfelder gewechselt oder wesentlich geändert haben und diese berufliche Neuorientierung auf die für die Ausübung des neuen Berufs geltende Dauer angelegt sowie auf den Erwerb der Lebenshaltungskosten ausgerichtet ist, gilt Ihr neuer Beruf bzw. die neue berufliche Tätigkeit als "maßgeblicher Beruf" im Sinne von § 11 für die Feststellung Ihrer BU, und zwar selbst dann, wenn Sie den neuen Beruf bei BU-Eintritt erst kurze Zeit ausgeübt haben.

§ 15 Welche medizinischen Nachweise sind für die Feststellung Ihrer BU erforderlich?

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

- durch weitere gezielte Rückfragen bei Ihren Ärzten,

- durch etwaige Ergänzungsuntersuchungen, mit denen wir nach Abstimmung mit Ihnen grundsätzlich nur Ihre Ärzte auf unsere Kosten beauftragen würden, oder

- in Einzelfällen durch eine Begutachtung auf unsere Kosten durch Fachärzte

klären bzw. beseitigen. Über den Grund dieser Nachfragen werden wir Sie zeitnah informieren.

§ 16 Wirkt sich die Nichtbeachtung ärztlicher Anordnungen nachteilig auf Ihren Leistungsanspruch aus?

Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung. Ausgenommen hiervon sind der ärztlich empfohlene Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie ärztlich empfohlene Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sicher Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten. Lässt der Versicherte darüber hinausgehende ärztlich angeordnete, insbesondere operative Behandlungsmaßnahmen zur Heilung oder Minderung der Berufsunfähigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen.

§ 17 Was ist nach Beginn unserer Leistungspflicht zu beachten?

Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus die Aufnahme einer Berufstätigkeit nach Eintritt einer BU, sei es in Ihrem bisherigen oder in einem anderen (neuen) Beruf, anzuzeigen. Erst wenn wir Sie im Rahmen der bedingungsgemäß vorgesehenen Nachprüfung Ihrer BU danach fragen, ob Sie nach Eintritt Ihrer BU eine berufliche Tätigkeit ausüben, in welchem Beruf dies geschieht und wie die Tätigkeit ausgestaltet ist, sind Sie zur Auskunft verpflichtet. Der Zeitpunkt der Nachprüfung wird individuell nach Sachverhalt (z. B. Beruf, Alter der versicherten Person, Krankheitsbild) festgelegt. Zu gegebener Zeit werden wir auf Sie zukommen. Die Einstellung der Leistung aufgrund einer Nachprüfung erfolgt frühestens nach 6 Monaten gerechnet ab dem Beginn unserer Leistungspflicht. Einzelheiten zur Nachprüfung, die sich natürlich auch auf die medizinische Seite der BU erstreckt, ergeben sich aus dem Paragraphen "Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?" im Abschnitt "Leistungsauszahlung" der BU-Bedingungen.

Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus eine Besserung Ihres Gesundheitszustandes bzw. die Minderung der Berufsunfähigkeit nach BU-Eintritt anzuzeigen. Sie sind zudem nicht verpflichtet, den Eintritt der Berufsunfähigkeit unverzüglich anzuzeigen.

§ 18 Welche Auswirkungen hat die Fortsetzung Ihrer "bisherigen" Berufsausübung nach BU-Eintritt?

Eine völlige Aufgabe Ihrer Berufstätigkeit ist nicht Voraussetzung für den Eintritt bedingungsgemäßer BU. Sie verlieren Ihren Anspruch auf die anerkannten Leistungen grundsätzlich auch dann nicht, wenn Sie un-

ter Einsatz übermäßiger Anstrengungen oder unter Aufzehrung Ihrer verbliebenen gesundheitlichen Substanz Ihre Berufstätigkeit mit dem bisherigen vollständigen beruflichen Belastungsprofil oder nur mit den durch Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung nicht betroffenen Tätigkeitsfeldern fortsetzen, vorausgesetzt natürlich, der vertraglich vereinbarte BU-Mindestgrad wird nach ärztlichen Feststellungen erreicht.

Aber Achtung! Die bloße Tatsache, dass Sie nach wie vor und über einen längeren Zeitraum Ihren bisherigen Beruf in vollem Umfang uneingeschränkt trotz ärztlich bestätigter gesundheitlicher Funktionseinbußen ausüben, kann als Wiederherstellung Ihrer Berufsfähigkeit angesehen werden. Insofern kann also die Tatsache der vollen Berufsausübung als Nachweis wieder erlangter Berufsfähigkeit höher bewertet werden, als eine entgegenstehende ärztliche Aussage über Ihre Berufsunfähigkeit. Würden wir im Rahmen der Nachprüfung Ihrer BU auf einen solchen Sachverhalt treffen, wäre eine eingehende medizinische Überprüfung Ihrer BU angezeigt.

§ 19 Welche Auswirkungen hat eine nach BU-Eintritt aufgenommene "neue" berufliche Tätigkeit?

Wenn Sie sich nach Eintritt des Versicherungsfalles aus eigener Entscheidung und ohne Einflussmöglichkeit durch uns beruflich neu orientiert haben, können wir auch bei Fortdauer der BU in Ihrem früheren Beruf die BU-Leistungen mit künftiger Wirkung beenden, dies aber nur, wenn alle nachfolgend genannten Kriterien erfüllt werden, und zwar:

- Sie müssen nach Eintritt der BU

- neue berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse erworben haben (z. B. durch ein Studium, eine neue Berufsausbildung, durch "learning by doing" auf Grund praktischer Berufsausübung oder durch andere Maßnahmen),

- Sie müssen auf der Basis dieser neu erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse tatsächlich eine neue berufliche Tätigkeit ausüben,

- die neuen beruflichen Aufgaben- und Tätigkeitsfelder müssen Sie auf Grund Ihrer gesundheitlichen Verhältnisse auch ausüben können,

- die Lebensstellung auf Grund der neuen beruflichen Tätigkeit muss der Lebensstellung Ihres früheren Berufes entsprechen (zur vergleichenden Betrachtung zweier Lebensstellungen siehe die Ausführungen in § 6 und in Paragraph "Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung, der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. der Besonderen Bedingungen für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit).

§ 20 Welche Auswirkungen hat die Leistungseinstellung bei Wegfall der Berufsunfähigkeit?

Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne der BU-Bedingungen nicht mehr vor, so werden wir unsere Leistungen einstellen. Die Ein-

stellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit; sie wird nicht vor Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam, frühestens jedoch ab dem darauf folgenden Rentenzahlungstermin. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Prämienzahlung wieder aufgenommen werden. Ist nach Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung keine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert, ist die Prämienzahlung zu Beginn des darauf folgenden Prämienzahlungsabschnittes wieder aufzunehmen.

§ 21 In welchem Umfang kann bis zur Feststellung einer BU die weitere Prämienzahlung gestundet werden?

Da die Feststellung der BU erfahrungsgemäß eine vorher nicht bestimmbare Zeit in Anspruch nehmen kann, stunden wir Ihnen auf Antrag die an sich weiterhin zu entrichtenden Prämien für die Dauer unserer Leistungsprüfung, ohne hierfür Stundungszinsen zu beanspruchen (die Stundung ist für die Dauer einer etwa vereinbarten Karenzzeit nicht möglich). Die zinslose Prämienstundung endet also mit Bekanntgabe unserer Entscheidung über Ihren Leistungsanspruch.

Sollte Ihr Leistungsanspruch nicht anerkannt werden, müssten die Prämienzahlung wieder aufgenommen und etwa gestundete Prämien beglichen werden.

Weitere Informationen finden Sie im Paragraphen "Was ist versichert?" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung, der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. der Besonderen Bedingungen für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit.

§ 22 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

Wir sind im Rahmen der Anmeldung eines Leistungsanspruchs gerne bereit Sie zu unterstützen, insbesondere bei Fragen

- zum Verfahren der Leistungsprüfung,
- zum genauen Versicherungsumfang,
- zur Beschreibung der bisherigen Berufstätigkeit und
- zum Nachweis der gesundheitlichen Beeinträchtigung.

Diese Unterstützung können Sie auch gerne telefonisch in Anspruch nehmen.

Im Einzelfall sind wir nach Abstimmung mit Ihnen gerne bereit die für die Prüfung notwendigen Informationen im Rahmen eines persönlichen Gespräches bei Ihnen (Vor-Ort-Kundenservice) aufzunehmen.

BB-DYN: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Prämie und Leistungen ohne Gesundheitsprüfung

(LV_BB_DYN_RIS.1302)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Im Bedingungstext verwenden wir die Bezeichnung AVB. Damit sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der zugehörigen Hauptversicherung gemeint.

Diese Besonderen Bedingungen ändern bzw. ergänzen die AVB.

Gliederung

I. Allgemeine Regelungen für die Erhöhung von Prämie und Leistungen

- § 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Prämie?
- § 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämie und Versicherungsleistungen?
- § 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?
- § 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?
- § 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

II. Besondere Regelungen bei Einschluss von Versicherungsleistungen für den Fall von Berufsunfähigkeit

- § 6 In welchen Fällen ist die Erhöhung abhängig vom Bestehen eines Bedarfs?
- § 7 Was geschieht bei Eintritt von Berufsunfähigkeit?

I. Allgemeine Regelungen für die Erhöhung von Prämie und Leistungen

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Prämie?

- (1) Die Erhöhung der Prämie hängt von dem gewählten Anpassungsmodus ab. In der Kundeninformation nennen wir Ihnen den vereinbarten Anpassungsmodus sowie den vereinbarten Prozentsatz der Erhöhung.
- (2) Die Erhöhungsprämie wird jeweils ermittelt aus der zuletzt für diese Versicherung gezahlten laufenden Prämie.

Sofern mit Ihnen vereinbart wurde, dass eine oder mehrere bereits bestehende Versicherungen in das Anpassungsrecht einbezogen werden, werden auch die jeweils entrichteten laufenden Prämien dieser Versicherungen bei der Ermittlung berücksichtigt. Ob eine solche Vereinbarung getroffen wurde, werden wir in Ihrem Versicherungsschein angeben.

- (3) Die Prämienenerhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistung ohne Gesundheitsprüfung.

Da sich die vereinbarten Anpassungen nicht auf die Höhe der Versicherungsleistung, sondern auf die Prämienhöhe beziehen, kann sich die Versicherungsleistung um einen geringeren Prozentsatz als die Prämie erhöhen.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämie und Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhungen der Prämie und der Versicherungsleistungen erfolgen, sofern noch eine Pflicht zur Prämienzahlung besteht, jeweils zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres. Erstmaligen und letztmaligen Erhöhungstermin nennen wir Ihnen in der Kundeninformation.

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt als Vertragsablauf für alle planmäßigen Erhöhungen der Versicherungsleistungen der in der Kundeninformation genannte Vertragsablauf der Anfangsversicherung.

- (2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung.

Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person, der restlichen Prämienzahlungsdauer, einem eventuell vereinbarten Prämienzuschlag und den jeweils für Ihren Vertrag zum Erhöhungszeitpunkt geltenden Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen. Hierdurch können sich die Bezeichnung des Tarifs, der Gewinnzuteilungsform sowie die entsprechenden Eingruppierungsmerkmale (z. B. die Tarifgeneration) gegenüber der Anfangsversicherung ändern.

Zu den Kalkulationsgrundlagen gehören unsere Annahmen über Kapitalerträge (Rechnungszins), Risikoverlauf (Sterblichkeit) und Kosten.

Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Prämie (§ 1 Absatz 3).

- (2) Wenn bei Ihrer Versicherung auch die Leistung auf Grund eines Zusatztarifs mitversichert ist oder später mitversichert wird, erhöhen sich - soweit nichts anderes vereinbart ist - die Versicherungsleistungen der Zusatzversicherungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung.

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

- (1) Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Versicherungsbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, auch für die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

Dies gilt entsprechend auch für die Verteilung der bei der Prämienkalkulation in Ansatz gebrachten Abschluss- und Vertriebskosten (Paragraph "Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtig") im Abschnitt "Prämienzahlung" der AVB).

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen für die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht im Antrag bzw. in der unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag und der Selbsttötung (Paragraph "In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?" im Abschnitt "Leistungsbeschreibung" der AVB) nicht erneut in Lauf.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

(1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder die erste erhöhte Prämie nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

- (2) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- (3) Sollten Sie von der Erhöhungsmöglichkeit zu fünf aufeinander folgenden Erhöhungsterminen keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
- (4) Für die Erhöhungen der Versicherungsleistungen für den Fall von Berufsunfähigkeit gelten weitere Regelungen, die im Abschnitt II. beschrieben werden. Dieses gilt jedoch nicht mehr, wenn im Zeitpunkt der Erhöhung keine Leistung für den Fall von Berufsunfähigkeit mitversichert ist.

II. Besondere Regelungen bei Einschluss von Versicherungsleistungen für den Fall von Berufsunfähigkeit

§ 6 In welchen Fällen ist die Erhöhung abhängig vom Bestehen eines Bedarfs?

- (1) Voraussetzung für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ist, dass ein Bedarf der versicherten Person besteht.

Ein Bedarf besteht nur, sofern zum Zeitpunkt der Erhöhung die im Falle der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit für die versicherte Person insgesamt zu erwartenden Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zu dem letzten jährlichen Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person vor der Erhöhung stehen.

- (2) Für die Ermittlung des Bedarfs nach Absatz 1 verwenden wir als Rechengröße die gewichtete Gesamtleistung. Die gewichtete Gesamtleistung ist die Summe aller zum Zeitpunkt der Erhöhung für die versicherte Person insgesamt versicherten Leistungen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bei privaten Versicherern sowie der Erhöhungsrente, wobei Versicherungen der privaten Altersversorgung dabei zu 100 %, Versicherungen der Basisversorgung zu 80 % und Direktversicherungen, Pensionskassen- sowie Rückdeckungsversicherungen zu 67 % berücksichtigt werden; privat fortgeführte Direkt- oder Pensionskassenversicherungen gelten diesbezüglich als private

Altersversorgung. Die so ermittelte gewichtete Gesamtleistung darf den in Absatz 3 beschriebenen Höchstsatz nicht überschreiten. Wird der Höchstsatz überschritten, entfällt das Erhöhungsrecht; das heißt, dass die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente zu diesem Zeitpunkt nicht erfolgen kann.

(3) Der Höchstsatz für die gewichtete Gesamtleistung nach Absatz 2 beträgt 65 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit bis zu einem Bruttoeinkommen von 84.000 EUR zzgl. 32,5 % des Teils des letzten jährlichen Bruttoeinkommens, der 84.000 EUR übersteigt.

(4) Sofern wir nach unseren Unterlagen feststellen, dass eine künftige Erhöhung gemäß Absatz 1 entfällt, weil durch die Erhöhung der Höchstsatz gemäß Absatz 3 überschritten würde, werden wir Ihnen dies mitteilen. In diesem Fall ist eine künftige Erhöhung nur möglich, wenn Sie uns nachweisen, dass gleichwohl ein Bedarf besteht, z. B. weil sich Ihr jährliches Bruttoeinkommen erhöht hat.

Darüber hinaus haben wir das Recht, die Voraussetzung des Bestehens eines Bedarfs vor jeder Erhöhung zu überprüfen.

Wir können von Ihnen verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Überprüfung des Bedarfs erforderlich ist, und dass Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Überprüfung des Bedarfs zu ermöglichen. Hierzu werden wir Ihnen mitteilen, welche Auskünfte und Informationen wir von Ihnen für eine solche Überprüfung benötigen.

Das Bestehen des Bedarfs ist von Ihnen nachzuweisen. Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie. Wird von Ihnen der Nachweis des Bedarfs im Rahmen der Überprüfung nicht oder nicht fristgerecht erbracht, sind weitere Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente ab dem Zeitpunkt der Überprüfung durch unsere Gesellschaft ausgeschlossen.

Im Rahmen der Überprüfung sind Sie gesetzlich verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben; andernfalls riskieren Sie den Verlust Ihres erhöhten Versicherungsschutzes. Über diese Pflicht und die Rechtsfolgen einer Pflichtverletzung werden wir Sie bei der Überprüfung schriftlich informieren und belehren.

Ist eine andere Person versichert, gelten die vorstehenden Bestimmungen für diese andere versicherte Person entsprechend.

(5) Sofern eine Erhöhung durchgeführt wurde, ohne dass wir Ihnen mitgeteilt haben, dass der Höchstsatz überschritten ist, oder von unserem Recht auf Überprüfung nach Absatz 4 Gebrauch gemacht haben, gilt der Nachweis des Bedarfs für diese Erhöhung als erbracht.

(6) Das Recht auf Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente nach dem gewählten Anpassungsmodus lebt auf Ihren Antrag hin wieder auf, sofern Sie nachweisen, dass die in Absatz 1 genannte Voraussetzung zur Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente wieder er-

füllt ist, und die Berufsunfähigkeit noch nicht eingetreten ist. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

(7) Ist eine Berufsunfähigkeitsrente zu einer Risikoversicherung auf den Todesfall mitversichert, und ist die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ausgeschlossen, weil nach der Überprüfung gemäß Absatz 4 kein Bedarf besteht bzw. Sie den Bedarf nicht oder nicht fristgerecht nachgewiesen haben, so werden bei der Ermittlung der Erhöhungsprämie abweichend von § 1 Absatz 2 die Prämienanteile für die Berufsunfähigkeitsrente nicht mit berücksichtigt.

(8) Alle übrigen versicherten Leistungen, für die eine Erhöhung vereinbart ist, können unabhängig vom Bedarf erhöht werden.

§ 7 Was geschieht bei Eintritt von Berufsunfähigkeit?

Wenn eine Versicherungsleistung für den Fall von Berufsunfähigkeit mitversichert ist oder später mitversichert wird, erfolgen nach Eintritt des Versicherungsfalles keine Erhöhungen innerhalb einer vereinbarten Karenzzeit oder solange Sie auf Grund eines eingetretenen Versicherungsfalles von der Verpflichtung zur Prämienzahlung befreit sind. Nach Eintritt des Versicherungsfalles noch durchgeführte Erhöhungen entfallen rückwirkend. Nach Meldung des Leistungsfalles stehen Erhöhungen ab Eintritt des Versicherungsfalles unter Vorbehalt. Sobald verbindlich und abschließend festgestellt ist, dass das versicherte Risiko nicht eingetreten ist, entfällt der Vorbehalt und die Erhöhungen sind endgültig vereinbart.