

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium

Inhaltsverzeichnis

Umfang der Versicherung	1
§ 1 Was ist versichert?.....	1
§ 2 Wann liegt Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?	3
§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?.....	5
§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes	6
Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt von Berufsunfähigkeit	6
§ 5 Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages	6
§ 6 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?	7
§ 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?	8
Nachprüfung der Leistungspflicht	8
§ 8 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?.....	8
§ 9 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?.....	9
Überschussbeteiligung	9
§ 10 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?	9
Kosten	11
§ 11 Abschluss- und Vertriebskosten	11
§ 12 Gebühren	12
Änderungen des Vertrages bzw. der Beiträge	12
§ 13 Unter welchen Umständen können die vereinbarten Beiträge neu festgesetzt werden?.....	12
§ 14 Was gilt bei Kündigung?	12
§ 15 Was gilt bei Beitragsfreistellung und welche weiteren Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?.....	13
§ 16 Was gilt für die dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung?	14
§ 17 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente erhöhen?	15
Berufseinstieg	16
§ 18 Was gilt bei Berufseinstieg?	16
§ 19 Was gilt bei Einschluss einer Starter BU?	16
Sonstige Regelungen	17
§ 20 Wer erhält die Versicherungsleistung?.....	17
§ 21 Beitragszahlung	17
§ 22 Mitteilungen - Umzug.....	18
§ 23 Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung	18
Anhang I	19
Definition der versicherten schweren Krankheiten von Kindern der versicherten Person	19

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Umfang der Versicherung

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a. Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeitsversicherung
- b. Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente über die vertraglich vereinbarte Leistungsdauer

Die Rente zahlen wir entsprechend der vereinbarten Rentenzahlweise monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die Rentenzahlung erfolgt dabei grundsätzlich zu Beginn der Rentenzahlungsperiode, wobei bei vierteljährlicher, halbjährlicher oder jährlicher Rentenzahlweise die erste Rentenzahlung anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode erfolgt. Eine Rentenzahlungsperiode ist bei jährlicher Rentenzahlweise der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden Stammtagen und bei anderen Rentenzahlweisen eine entsprechend anteilige Dauer. Stammtag ist dabei der Erste des Monats, an dem Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung planmäßig ablaufen wird.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht vorbehaltlich des Absatzes 2 kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

- (2) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 Abs. 9, so erbringen wir in jedem Fall unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit die Leistungen entsprechend Absatz 1.
- (3) Bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht stunden wir die Beiträge zinslos. Erkennen wir die Leistung nicht an, so sind die gestundeten Beiträge nachzuzahlen. Nach Vereinbarung können Sie innerhalb eines Zeitraumes von maximal 24 Monaten die gestundeten Beiträge in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen. Sofern möglich, werden wir Ihnen auf Wunsch weitere Vorschläge machen, wie die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erleichtert werden kann (z.B. Herabsetzung der versicherten Leistung).
- (4) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum Beginn der Berufsunfähigkeitsversicherung. Wird uns die Berufsunfähigkeit nach ihrem Eintritt schriftlich mitgeteilt, so leisten wir rückwirkend - gerechnet ab dem Monat der Meldung - für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit.
- (5) Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die versicherte Rente erst mit Ablauf der Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit nach Absatz 1 bzw. 2 während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Während der Karenzzeit sind keine Beiträge zu entrichten.
Der Anspruch auf Einmalleistungen gemäß Absatz 12 und 13 besteht auch während der Karenzzeit. Als Karenzzeit gilt der im Versicherungsschein vereinbarte Zeitraum in Kalendermonaten vom Eintritt der Berufsunfähigkeit bis zum Leistungsbeginn.
- (6) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt oder keine Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 Abs. 9 mehr besteht, wenn die versicherte Person stirbt oder den Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer erlebt.
- (7) Wenn eine Leistung nach anerkannter Berufsunfähigkeit gemäß § 8 Abs. 4 eingestellt wird, weil der Grad der Berufsunfähigkeit unter den im Absatz 1 genannten Mindestgrad gesunken ist oder keine Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 Abs. 9 mehr besteht, lebt die Leistung

innerhalb der vertraglich vereinbarten Leistungsdauer auch nach Ablauf der Versicherungsdauer wieder auf, sofern die versicherte Person erneut wegen der ursprünglichen Ursache berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen wird.

- (8) Wenn nach Einstellung unserer Leistungen gemäß § 8 Abs. 4 die Berufsunfähigkeit aufgrund der ursprünglichen Ursache wieder eintritt und die vertraglich vereinbarte Leistungsdauer noch nicht beendet ist, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten angerechnet. Wurden bereits Leistungen gewährt, so entsteht keine neue Karenzzeit.
- (9) Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeitsversicherung besteht weltweit.
- (10) Wenn unsere Leistungspflicht endet, weil die versicherte Person eine Umschulungsmaßnahme erfolgreich abgeschlossen hat und wieder eine Tätigkeit ausübt, zahlen wir einmalig als Wiedereingliederungshilfe eine Kapitalleistung in Höhe einer halben Berufsunfähigkeitsjahresrente, insgesamt maximal 12.000 EUR für alle bei uns auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen.

Voraussetzung für die Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe ist, dass die versicherte Person im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr berufsunfähig ist und bei Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe die verbleibende Versicherungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens 12 Monate beträgt. Bei erneuter Berufsunfähigkeit innerhalb von 6 Monaten wird eine geleistete Wiedereingliederungshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche angerechnet.

- (11) Zahlen wir eine Berufsunfähigkeitsrente, so geht diese Rente bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer in eine lebenslange Altersrente gleicher Höhe über, wenn die Berufsunfähigkeit in Folge von Pflegebedürftigkeit gemäß § 2 Abs. 9 vor Vollendung des 45. Lebensjahres eingetreten ist, die Pflegebedürftigkeit bis zum Ende der Leistungsdauer ununterbrochen fortbesteht und die Leistungsdauer des Vertrages mindestens bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person vereinbart ist.
- (12) Bei einer erstmalig anerkannten Berufsunfähigkeit, die durch einen Unfall bedingt ist (unfallbedingte Berufsunfähigkeit), wird eine einmalige Zusatzzahlung in Höhe von drei Berufsunfähigkeitsmonatsrenten, maximal 3.000 EUR für alle bei uns auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen, erbracht.

Bei einer erstmalig anerkannten unfallbedingten Berufsunfähigkeit übernehmen wir die Kosten eines Rehamanagers sowie die Kosten für ambulante und stationäre Rehamanahmen zur Minderung der Unfallfolgen bis zu einer Höhe von neun Berufsunfähigkeitsmonatsrenten, insgesamt maximal 9.000 EUR für alle bei uns auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen, soweit die Kosten nicht von Dritten übernommen werden.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

- (13) An Anschaffungskosten im Rahmen einer Umorganisation gemäß § 2 Abs. 2 beteiligen wir uns auf schriftlichen Antrag mit einem Betrag in Höhe von bis zu sechs Monatsrenten, höchstens 12.000 EUR für alle bei uns auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen, wenn die entsprechende Anschaffung durch die konkrete gesundheitliche Beeinträchtigung bedingt ist und durch diese Anschaffung eine zumutbare Umorganisation erreicht wird. Leistungen wegen Berufsunfähigkeit werden in diesem Fall nicht erbracht. Tritt innerhalb eines Jahres nach unserer Leistung dennoch Berufsunfähigkeit ein, werden die von uns geleisteten Anschaffungskosten mit den Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet.
- (14) Sofern der Versicherungsnehmer eine natürliche Person ist, erhält die versicherte Person eine zusätzliche Leistung, falls bei leiblichen oder adoptierten Kindern der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen eintritt und sie zu diesem Zeitpunkt mindestens ein Jahr alt sind und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Dabei gelten ferner die folgenden Bedingungen:
 - a. Wir erbringen eine Leistung, falls bei einem Kind der versicherten Person während der Versicherungsdauer eine der im Anhang I definierten schweren Krankheiten eintritt. Unsere Leistung beträgt einmalig eine versicherte Jahresrente der versicherten Person, höchstens jedoch 24.000 EUR.
 - b. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht im Regelfall nach Ablauf von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose, sofern das betreffende Kind diesen Zeitpunkt erlebt. Ausnahmen

- sind bei einzelnen schweren Krankheiten im Anhang I ausdrücklich benannt.
- c. Die Leistung wird pro Kind nur einmal gezahlt. Das gilt auch bei gleichzeitigem Eintritt mehrerer schwerer Krankheiten.
 - d. Ein etwaiger Anspruch auf Leistung aufgrund einer ärztlichen Diagnose bei Kindern der versicherten Person kann frühestens nach einer Vorlaufzeit von einem Jahr entstehen. Dieser Zeitraum bemisst sich ab Zahlung des ersten Beitrags bzw. ab der Geburt des betreffenden Kindes, je nachdem welcher Zeitpunkt später liegt.
 - e. Es besteht ferner kein Anspruch auf Leistung,
 - wenn innerhalb des ersten Jahres nach Zahlung des ersten Beitrags oder im ersten Lebensjahr des betreffenden Kindes für eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen erstmalige Symptome auftreten oder
 - wenn die schwere Krankheit direkt oder indirekt auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist, die bereits im ersten Lebensjahr des betreffenden Kindes oder vor Vertragsabschluss oder zum Zeitpunkt der Adoption bestanden hat. Dabei spielt es keine Rolle, ob sich die Erkrankung durch Symptome bemerkbar gemacht hatte oder nicht.

- (15) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 10).

§ 2

Wann liegt Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

- (1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn
- a. die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich länger als sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, tätig zu sein, und
 - b. sie keiner anderen, ihrer Ausbildung, ihren Fähigkeiten und ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechenden beruflichen Tätigkeit nachgeht.

Die Lebensstellung wird sowohl durch das Einkommen als auch durch die soziale Wertschätzung bestimmt, wie sie durch den zuletzt ausgeübten Beruf geprägt waren. Wir begrenzen die für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung im Vergleich zum jährlichen Bruttoeinkommen auf maximal 20 %. Sollte der Bundesgerichtshof einen geringeren Prozentsatz als nicht zumutbare Einkommensminderung festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinn sein.

- (2) Für Selbstständige und mitarbeitende Betriebsinhaber liegt keine Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person nach wirtschaftlich zumutbarer Umorganisation als Selbstständiger bzw. mitarbeitender Betriebsinhaber so weiter tätig sein könnte, dass eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen vermieden wird. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich sinnvoll ist und vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person auch durchgeführt werden kann. Ferner muss die bisherige Lebensstellung des Selbstständigen oder Betriebsinhabers gewahrt bleiben. Für Gesellschafter-Geschäftsführer gilt dies entsprechend.
- (3) Bei hauptberuflich tätigen Studenten wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das Mindestanforderungsprofil der Berufe zu Grunde gelegt, für die der Studienabschluss im belegten Studienfach typischerweise Voraussetzung ist. Bei Auszubildenden wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild herangezogen. Die Berufsunfähigkeit eines Beamten beurteilt sich unabhängig von einer etwaigen Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne allein entsprechend Absatz 1. Die Tätigkeiten von Hausfrauen bzw. Hausmännern sehen wir als Beruf an. Nimmt die versicherte Person später eine Berufstätigkeit auf, ist entsprechend Absatz 1 von diesem Zeitpunkt an der ausgeübte Beruf versichert.
- (4) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die genannten Voraussetzungen für die vollständige Berufsunfähigkeit nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich länger als sechs Monate ununterbrochen erfüllt sind.
- (5) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, tätig zu sein, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit. Wir erbringen in diesem Fall unsere Leistung rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der sechsmonatige Zeitraum begonnen hat. Absatz 1b, Absatz 2 sowie § 1 Abs. 4 gelten entsprechend. Ist eine Karenzzeit vereinbart (vgl. § 1 Abs. 5), beginnt die Karenzzeit mit Beginn des sechsmonatigen Zeitraums.

gen Zeitraums.

- (6) Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ihre berufliche Tätigkeit vorübergehend nicht aus, so gilt die zuletzt vor dem vorübergehenden Ausscheiden aus dem Berufsleben konkret ausgeübte Tätigkeit und die bei Ausscheiden erreichte Lebensstellung gemäß Absatz 1 als versichert. Ein Ausscheiden gilt dann als vorübergehend, wenn seit der Ausübung der beruflichen Tätigkeit höchstens fünf Jahre vergangen sind.
- (7) Ist die versicherte Person länger als fünf Jahre aus dem Berufsleben ausgeschieden, so kommt es für die Feststellung der Berufsunfähigkeit darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer Lebensstellung zum Zeitpunkt des Leistungsantrags entspricht.
- (8) Innerhalb der Elternzeit ist die Tätigkeit versichert, die die versicherte Person vor Beginn der Elternzeit konkret ausgeübt hat. Dies gilt auch, insofern mehrere Elternzeiten ohne Unterbrechung hintereinander durchgeführt werden.
- (9) Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall voraussichtlich länger als sechs Monate so hilflos ist, dass sie für mindestens zwei der im folgenden genannten sechs Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
 - **Fortbewegen im Zimmer**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe, eines Rollstuhls oder anderer technischer Hilfsmittel - die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.
 - **Aufstehen und Zubettgehen**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung eines Pflegebettes oder anderer technischer Hilfsmittel - nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
 - **An- und Auskleiden**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung oder anderer Hilfsmittel - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
 - **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße oder anderer technischer Hilfsmittel - nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.
 - **Waschen**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung von Wannengriffen, einem Wannenlift oder anderer technischer Hilfsmittel - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.
 - **Verrichten der Notdurft**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann oder weil
 - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheder oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.
- (10) Unabhängig von der Pflegebedürftigkeit gem. Absatz 9, liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit auch vor, wenn bei der versicherten Person schwere Hirnleistungsstörungen (schwere Demenz) vorliegen, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden und in deren Folge die versicherte Person Unterstützung bei den oben genannten Verrichtungen oder kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.

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

Die Diagnose einer schweren Demenz ist durch einen Facharzt (Neurologie) auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und un-

ter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 6 ("Schwere kognitive Leistungseinbußen"), ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 6) oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen. Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden.

- (11) Ist die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall länger als sechs Monate so hilflos gewesen, dass sie für mindestens zwei der in Absatz 9 genannten sechs Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedurfte, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Beginn an als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit.
- (12) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt bei Ärzten und Zahnärzten auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen einer Infektionsgefahr Patienten zu behandeln (vollständiges Tätigkeitsverbot) und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt in Kopie vorzulegen. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, sofern die versicherte Person eine ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit tatsächlich ausübt und diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Werden Leistungen aufgrund des vollständigen Tätigkeitsverbotes erbracht, endet die Leistungsverpflichtung mit der Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes oder wenn die Gründe für das vollständige Tätigkeitsverbot weggefallen sind, falls die versicherte Person imstande ist, ihren Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Die Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes und der Wegfall der Gründe hierfür sind uns unverzüglich anzuzeigen. Die Bestimmungen zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit gelten entsprechend.

- (13) Für die Dauer von bis zu drei Jahren liegt vollständige Berufsunfähigkeit auch dann vor, wenn und solange die versicherte Person aufgrund einer nach Vertragsabschluss eingetretenen Ursache voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen
 - bei der Fortbewegung ständig auf einen Rollstuhl angewiesen ist,
 - das Hörvermögen vollständig verloren hat oder
 - das Sehvermögen vollständig verloren hat.
 Nach Ablauf dieses Zeitraums wird das Vorliegen einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit geprüft. Diese Leistungserweiterung entfällt, sobald eine Tätigkeit ausgeübt wird, zu der die versicherte Person aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.
- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:
 - a. Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
 - b. Durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Fahrlässige Verstöße (z.B. im Straßenverkehr - auch im Zusammenhang mit einer Blutalkoholkonzentration von unter 0,5 Promille) sind davon nicht betroffen.
 - c. Durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung, versuchte Selbsttötung oder vorsätzliche Herbeiführung der Pflegebedürftigkeit. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten.
 - d. Durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.
 - e. Unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder durch den vorsätzlichen Einsatz oder das vorsätzliche Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versiche-

- rungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.
- f. Durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr und Bekämpfung eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig wurde.

§ 4
Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Zugang des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor Mittag des Tages, der im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn angegeben ist. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Regelungen zur Beitragszahlung in § 21 Abschnitt I Abs. 1 bis 3.

Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt von Berufsunfähigkeit

§ 5
Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages

I. Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Wir sind auf die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen angewiesen. Das bedeutet vor allem, dass Sie vor Abschluss oder Änderung des Vertrages alle Fragen, die wir oder unser Vermittler in Textform insbesondere zu Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden stellen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- (2) Ist die Berufsunfähigkeit einer anderen Person versichert worden, so wird Ihnen das Wissen dieser Person wie eigenes zugerechnet.

II. Rücktritt

- (1) Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn Sie bzw. der Anspruchsberechtigte nachweisen, dass der Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände - wenn auch zu anderen Bedingungen - geschlossen worden wäre.
- (2) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn wir den Rücktritt erst nach Eintritt des Leistungsfalls erklärt haben und Sie bzw. der Anspruchsberechtigte nachweisen, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Gefahrumstände keinen Einfluss auf den Eintritt des Leistungsfalls oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Wird die Versicherung durch einen Rücktritt aufgehoben, erlischt sie, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Ein Anspruch auf Rückzahlung der Beiträge besteht nicht.

III. Kündigung

- (1) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist, können wir den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände - wenn auch zu anderen Bedingungen - geschlossen hätten.
- (2) Im Falle einer Kündigung wird Ihr Vertrag beitragsfrei gestellt.
- (3) Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf eine Kündigung gem. § 19 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

IV. Vertragsanpassung

- (1) Hätten wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände - aber zu anderen Bedingungen - geschlossen, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf die gem. § 19 Abs. 4 VVG bestehende Möglichkeit, die anderen Bedingungen Vertragsbestandteil werden zu lassen.
- (2) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Ver-

sicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, so können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer diesbezüglichen Mitteilung fristlos kündigen.

V. Ausübung unserer Rechte

- (1) Die oben genannten Rechte zu Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung können wir nur innerhalb der ersten fünf Jahre seit Vertragsbeginn ausüben. Ist ein Leistungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Bei vorsätzlicher oder arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht beträgt die Frist zehn Jahre.
- (2) Die Ausübung unserer Rechte muss allerdings innerhalb eines Monats schriftlich erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangen.
- (3) Die Fristen gelten bei Wiederherstellung der Versicherung oder bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung entsprechend.

VI. Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

VII. Erklärungsempfänger

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

§ 6

Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?

I. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit der versicherten Person

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

- a. Eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit.
- b. Ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit.
- c. Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.
- d. Bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung einer Pflegefachkraft über Art und Umfang der Pflege.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

II. Bei Eintritt einer schweren Krankheit der Kinder der versicherten Person

Für die Anerkennung des Anspruches und eine sodann mögliche Auszahlung der Leistung ist es erforderlich, dass uns die ärztliche Diagnose über die schwere Erkrankung der Kinder der versicherten Person zum Zweck der Nachprüfung durch die Erziehungsberechtigten überlassen wird. Ebenso erforderlich ist es, eine Schweigepflichtentbindungserklärung des entsprechenden Arztes einzureichen.

III. Weitere Nachweise

- (1) Die ärztlichen Nachweise im Sinne des Abschnitts I zum Eintritt oder zum Fortbestehen der Berufsunfähigkeit bzw. des Abschnitts II zum Nachweis des Eintritts einer schweren Erkrankung der Kinder der versicherten Person müssen von einem innerhalb der EU niedergelassenen Arzt erstellt werden. Sie müssen in deutscher Sprache verfasst werden, oder diesen Nachweisen muss eine durch einen vor Gericht zugelassenen Übersetzer erstellte Übersetzung ins Deutsche beigelegt werden. Dabei werden Kosten, die durch eine Anreise aus dem Ausland entstehen, von uns nicht übernommen. Wir werden aber im Einzelfall prüfen, ob von den genannten Anforderungen abgewichen und z.B. auf eine Anreise verzichtet werden kann. Insbesondere werden wir nicht auf Ihrer Anreise bzw. auf die Anreise des Kindes bestehen, wenn Transportunfähigkeit besteht.
- (2) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise, auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen, verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

gen. Soweit hierbei eine fachmedizinische Begutachtung der versicherten Person bzw. der Kinder der versicherten Person erforderlich ist und die versicherte Person bzw. das Kind der versicherten Person dafür anreisen muss, übernehmen wir zusätzlich angemessene Reise- und Unterbringungskosten. Dies gilt auch für Anreisen aus dem Ausland.

- (3) Wir können verlangen, dass die versicherte Person Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Alten- und Pflegeheime, bei denen sie oder das Kind in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Hat die versicherte Person die Ermächtigung bei Abgabe der Vertragserklärung erteilt, werden wir sie vor Einholung einer solchen Auskunft unterrichten; die versicherte Person kann der Einholung einer solchen Auskunft widersprechen. Im Übrigen kann die versicherte Person jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt. Entsteht durch die Einzeleinwilligung ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Leistungsantrages, können wir von Ihnen die damit verbundenen Kosten verlangen. Hat uns die versicherte Person die genannte Ermächtigung oder Einzeleinwilligung nicht erteilt, gilt dies als Verletzung einer Mitwirkungspflicht.
- (4) Grundsätzlich ist die Befolgung von ärztlichen Anordnungen nicht Voraussetzung für die Anerkennung von Leistungen aus dieser Versicherung. Die versicherte Person ist jedoch verpflichtet, zur Schadenminderung beizutragen und sich damit allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen zur Besserung oder Wiederherstellung der Gesundheit und damit zur Minderung der Berufsunfähigkeit zu unterziehen. Zumutbar sind Untersuchungen und Behandlungen, bei denen ein Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, mit denen keine erheblichen Schmerzen verbunden sind und die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten. Immer zumutbar sind damit Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (z.B. Blutkontrollen, das Einhalten von Diäten, Physiotherapie, Allergiebehandlung) und die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (wie z.B. Verwendung von Prothesen, Seh- oder Hörhilfen, Stützstrümpfen) sowie logopädische Maßnahmen. Nicht unter die Schadenminderungspflicht fallen operative Behandlungen, spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen, mit denen regelmäßig hohe und belastende Nebenwirkungen einhergehen. Eine Ablehnung derartiger Maßnahmen hat keinen Einfluss auf die Anerkennung unserer Leistungspflicht.

§ 7

Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

I. Mitwirkungspflicht zum Zeitpunkt des Eintretens der Berufsunfähigkeit

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 6 oder § 8 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus dieser Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls oder die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

II. Mitwirkungspflicht während der Leistungspflicht

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 8 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflichten nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

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

Nachprüfung der Leistungspflicht

§ 8

Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Übt die versicherte Person eine neue berufliche Tätigkeit aus, die ihrer Ausbildung, ihren Fähigkeiten und ihrer früheren Lebensstellung entspricht, so führt auch dies zum Wegfall der Leistungspflicht.

- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich ärztliche Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen unter § 6 Abschnitt III Abs. 1 gelten entsprechend.
- (3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
- (4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, werden wir von der Leistung frei. Die Veränderung legen wir Ihnen in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung Ihnen gegenüber wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.
- (5) Besteht keine Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit mehr, stellen wir unsere Leistungen entsprechend Absatz 4 ein.

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

- (1) Wir verpflichten uns, innerhalb von drei Wochen nach Eingang der jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen
 - a. Ihnen unsere Entscheidung über die Leistungspflicht in Textform mitzuteilen oder
 - b. weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
 - c. Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z.B. Einholung eines neutralen Gutachtens) einleiten werden.

Solange eine Erklärung über unsere Leistungspflicht noch aussteht, informieren wir Sie mindestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

- (2) Grundsätzlich sprechen wir kein zeitlich befristetes Anerkenntnis unserer Leistungspflicht aus. Nur in begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis von bis zu 12 Monaten aussprechen. Ist eine Karenzzeit vereinbart, beginnt diese mit Beginn des 12-Monats-Zeitraums zu laufen. Wir werden Ihnen die Gründe für ein befristetes Anerkenntnis in unserer Erklärung über die Leistungspflicht mitteilen. Gründe können etwa sein:
 - Umstände, die für eine Beurteilung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, maßgeblich sind, ändern sich voraussichtlich.
 - Die versicherte Person absolviert eine Rehabilitations-, Umschulungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahme, oder eine solche Maßnahme ist geplant.

Das befristete Anerkenntnis ist bis zum Ablauf der Frist bindend. Das heißt, wir führen innerhalb dieses Zeitraums keine Nachprüfung der Berufsunfähigkeit durch. Nach Ablauf der Frist entscheiden wir über unsere Leistungspflicht neu, sofern Sie uns zu dem Zeitpunkt aktuelle Unterlagen gemäß § 6 einreichen.

Stellt sich nach Ablauf der Frist heraus, dass keine Berufsunfähigkeit vorliegt, werden die bis dahin gezahlten Leistungen nicht zurückgefordert. Leistungen aus einem befristeten Anerkenntnis sind für uns selbst dann nicht rückforderbar, wenn keine Berufsunfähigkeit vorgelegen haben sollte.

Überschussbeteiligung

§ 10 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gem. § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung).

I. Überschussermittlung

- (1) Die Überschüsse werden unter Berücksichtigung der Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) sowie der dazu erlassenen Rechtsverordnungen ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist bei unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.
- (2) Der ermittelte Überschuss wird, soweit er den Verträgen nicht bereits direkt gutgeschrieben wird, in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) eingestellt. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Die in die RfB eingestellten Mittel dürfen grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde darf die RfB in Ausnahmefällen gemäß § 56a VAG zur Abwendung eines dro-

henden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder - sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen - zur Erhöhung der Deckungsrückstellung herangezogen werden.

- (3) Die Höhe der mindestens der RfB zuzuführenden Mittel richtet sich nach Maßgabe des § 81c VAG und der dazu erlassenen Rechtsverordnung (Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung, Mindestzuführungsverordnung). Demnach erhalten die Versicherungsnehmer von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Außerdem werden die Versicherungsnehmer nach derzeitiger Rechtslage grundsätzlich zu mindestens 75 % am Risikoergebnis und zu mindestens 50 % am übrigen Ergebnis (einschließlich Kostenergebnis) beteiligt.
- (4) Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung hängt vom Risikoverlauf sowie von der Entwicklung der Kosten ab. Prognosen über die weitere Entwicklung der Überschussbeteiligung sind über einen längeren Zeitraum nicht möglich. Wir können daher keine Aussage darüber machen, in welcher Höhe Überschüsse in Zukunft anfallen werden. Die Höhe der Überschüsse kann also nicht garantiert werden.
- (5) Verschiedene Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Deshalb haben wir gleichartige Versicherungen in Gruppen zusammengefasst. Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Bestandsgruppen erfolgt nach dem Umfang, in dem diese zu seiner Entstehung beigetragen haben.
- (6) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe der Berufsunfähigkeitsversicherungen.

II. Zuteilung von Überschüssen

- (1) Die für jedes Kalenderjahr vorzunehmenden Festlegungen zur Höhe der einzelvertraglich zuzuweisenden Überschüsse erfolgen auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars durch unseren Vorstand und werden entsprechend den gesetzlichen Anforderungen im Geschäftsbericht veröffentlicht (Überschussdeklaration).
- (2) Die jährlich auszuschüttenden Mittel werden den Überschüssen des Geschäftsjahres oder der RfB entnommen.
- (3) Überschussverwendung
 - a. Überschussverwendung in der leistungsfreien Zeit
Für die Überschussverwendung während der leistungsfreien Zeit wird im Versicherungsantrag und im Versicherungsschein die für Sie zutreffende der folgenden Überschussverwendungsarten genannt:
 - Beitragsreduktion
Während der Beitragszahlung erhalten Sie in jedem Jahr einen Überschussanteil in Prozent des Beitrags. Er wird von Versicherungsbeginn an bis zum ersten Stamttag nach Versicherungsbeginn und dann jeweils für ein Jahr gewährt und verringert Ihren zu zahlenden Beitrag.
 - Sofortbonus
Sie erhalten einen Bonus in Prozent der versicherten Rente aus dieser Versicherung. Er wird von Versicherungsbeginn an bis zum ersten Stamttag nach Versicherungsbeginn und dann jeweils für ein Jahr gewährt und erhöht die Versicherungsleistung im Falle der Berufsunfähigkeit.
Bei einer etwaigen Herabsetzung des Bonus haben Sie das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung den bisherigen Versicherungsschutz durch eine entsprechende Aufstockung wiederherzustellen.
 - b. Überschussverwendung in der leistungspflichtigen Zeit
In der leistungspflichtigen Zeit zahlen wir eine jährlich steigende oder gleichbleibende Gewinnrente. Der Zuwachs bemisst sich in Prozent der Berufsunfähigkeitsrente inklusive etwaigem Sofortbonus zuzüglich der Gewinnrente des Vorjahres. Die Gewinnrente wird erstmals fällig, nachdem die Berufsunfähigkeit mindestens ein volles Jahr seit einem Stamttag bestanden hat und eine etwaige Karenzzeit abgelaufen ist. Während einer Karenzzeit werden Anwartschaften auf eine Gewinnrente aufgebaut. Die Gewinnrente wird zusammen mit der Berufsunfähigkeitsrente ausgezahlt.

Familienbonus

- (4) Sofern zum Beginn der Versicherung

- mindestens ein leibliches oder adoptiertes, nicht volljähriges Kind im gleichen Haushalt lebt wie die versicherte Person oder
 - eine Schwangerschaft mindestens im 4. Schwangerschaftsmonat (Nachweis durch Mutterpass erforderlich) besteht
- und die versicherte Person
- verheiratet ist oder
 - in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft oder
 - in einer eheähnlichen Gemeinschaft mit identischem Wohnsitz lebt (Nachweis durch Personalausweis / Meldebescheinigung erforderlich)
- wird ein Familienbonus gewährt. Dieser muss bei Antragstellung mit beantragt werden. Die Überschussbeteiligung erfolgt in diesem Fall ebenfalls gem. Absatz 3, jedoch mit für beide Überschussverwendungsformen eigenständig deklarierten Überschussätzen.

- (5) Werden die in Absatz 4 beschriebenen Voraussetzungen für den Familienbonus innerhalb der ersten 12 Monate nach Versicherungsbeginn erfüllt, wird der Familienbonus auch rückwirkend gewährt. Die Erfüllung der Voraussetzungen ist mittels einer Kopie des Mutterpasses (ab dem 4. Schwangerschaftsmonat) oder der Geburtsurkunde sowie ggfs. des Personalausweises / der Meldebescheinigung durch die versicherte Person nachzuweisen.

III. Beteiligung an Bewertungsreserven

- (1) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz unseres Jahresabschlusses ausgewiesen sind. Sie haben nach § 153 Abs. 3 VVG bei Vertragsbeendigung einen Anspruch auf eine Leistung aus der Überschussbeteiligung, deren Höhe von dem für diesen Zeitpunkt zu ermittelnden Betrag der Bewertungsreserven abhängt.
- (2) Bewertungsreserven verändern sich im Zeitverlauf. Ihre konkrete Bestimmung zu einem Stichtag liegt erst dann vor, wenn die Marktwerte aller zu berücksichtigenden Kapitalanlagen abschließend festgestellt sind. Dies nimmt Zeit in Anspruch. Wie sich der Bewertungsstichtag nach unserem Überschussbeteiligungsverfahren konkret bestimmt, wird im Rahmen der Überschussdeklaration festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht.
- (3) Nach einem verursachungsorientierten Verfahren werden für die einzelnen überschussberechtigten Verträge die jeweiligen Anteile für eine Beteiligung an Bewertungsreserven einmal im Kalenderjahr ermittelt. Informationen bzw. Festlegungen zu diesem Verfahren enthält ebenfalls die Überschussdeklaration.

Bei Beendigung des Vertrages wird dann der für diesen Zeitpunkt unter Zugrundelegung des festgelegten Bewertungsstichtages ermittelte Betrag zur Hälfte zugeteilt und ausgezahlt. Mindestens wird aber ein in der Überschussdeklaration für das Kalenderjahr der Zuteilung bestimmter Betrag geleistet. Dieser Mindestbetrag wird insofern auf den Anspruch auf Beteiligung an den Bewertungsreserven angerechnet.

- (4) Auch im Falle des Bezugs der Berufsunfähigkeitsrente beteiligen wir Sie nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig an den Bewertungsreserven. Entsprechende einzelvertragliche Zuweisungen erfolgen im Wege der jährlichen Überschusszuteilung. Die im Rahmen der Überschussdeklaration vorzunehmende Festlegung der Überschussanteilsätze für Verträge im Rentenbezug berücksichtigt insoweit insbesondere die aktuelle Bewertungsreservensituation. Einzelheiten zum Verfahren enthält die Überschussdeklaration.
- (5) Bei der Beteiligung an den Bewertungsreserven bleiben aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung unberührt.

Kosten

§ 11 Abschluss- und Vertriebskosten

- (1) Mit dem Abschluss Ihres Vertrages und mit Beitragserhöhungen während der Vertragslaufzeit sind Kosten verbunden. Diese sog. Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen, RechVersV) sind bereits pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.
- (2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerverfahren) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Ver-

sicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV i.V.m. § 169 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

- (3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangsphase Ihres Vertrages zunächst nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind. Wir raten Ihnen daher von einer Kündigung oder Beitragsfreistellung ab, weil diese für Sie mit finanziellen Nachteilen verbunden sind (vgl. §§ 14 und 15).

§ 12 Gebühren

Für Geschäftsvorfälle, die aus von Ihnen veranlassten Gründen einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand verursachen, erheben wir eine pauschale Gebühr. Die Höhe der Gebühr entspricht den in solchen Fällen im Durchschnitt anfallenden Kosten und wird Ihnen gesondert in Rechnung gestellt. Dies gilt beispielsweise bei

- Erstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein
- schriftlicher Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Rückläufern im Lastschriftverfahren
- Durchführung von Vertragsänderungen.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Gebühr zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt die Gebühr bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

Änderungen des Vertrages bzw. der Beiträge

§ 13 Unter welchen Umständen können die vereinbarten Beiträge neu festgesetzt werden?

Wir sind nach § 163 VVG zu einer Neufestsetzung des vereinbarten Beitrags berechtigt, wenn

- a. sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat,
- b. der nach den berechtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und
- c. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die unter a. und b. genannten Voraussetzungen überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung des Beitrags ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird.

§ 14 Was gilt bei Kündigung?

- (1) Sie können Ihre Versicherung während der Beitragszahlungsdauer jederzeit mit einer Frist von zwei Wochen für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode (vgl. § 21) ganz oder teilweise kündigen. Die Versicherungsperiode entspricht dabei dem Beitragszahlungsabschnitt, der für Ihren Versicherungsvertrag vereinbart ist.
- (2) Bei einer Kündigung erfolgt eine Beitragsfreistellung, bei einer nur teilweisen Kündigung eine Beitragsreduktion. Ein Rückkaufswert fällt nicht an. Näheres regelt § 15.
- (3) Eine Erstattung der von Ihnen eingezahlten Beiträge können Sie bei einer Kündigung nicht verlangen.

§ 15

Was gilt bei Beitragsfreistellung und welche weiteren Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Sollte die Beitragszahlung einmal für Sie schwierig werden, wenden Sie sich bitte an uns, wir können Ihnen verschiedene Lösungen anbieten.

I. Beitragsfreistellung

- (1) Sie können jederzeit mit Wirkung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode Ihre Beitragszahlung einstellen. Ihren Wunsch teilen Sie uns bitte schriftlich mit, da wir Sie ansonsten gemäß § 21 Abschnitt II zunächst mahnen müssten.
- (2) Bei Beitragsfreistellung wird ihre Versicherung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Berufsunfähigkeitsrente umgewandelt. Bei der Berechnung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente legen wir mindestens den Betrag des Deckungskapitals zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 11 Abs. 2) auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.
- (3) Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge sowie um einen Abzug. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Nähere Informationen zur Höhe des vorgesehenen Abzugs können Sie der in Ihren Versicherungsunterlagen enthaltenen Garantiewerttabelle entnehmen.

Bei der Festlegung des Abzugs wurden folgende Umstände berücksichtigt:

- a. Bei einer Beitragsfreistellung entstehen höhere Bearbeitungsaufwendungen als bei einem regulären Vertragsverlauf.
- b. Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird im Rahmen eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Versicherungsgemeinschaft hierdurch kein Nachteil entsteht.
- c. Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss Ihres Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss Ihr Vertrag seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Beitragsfreistellung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand teilweise verloren und werden deshalb im Rahmen des Abzugs in Abhängigkeit von der Laufzeit Ihres Vertrages ausgeglichen. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

- (4) Eine Fortführung der Versicherung unter Freistellung von der Beitragszahlungspflicht ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Rente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 300 EUR beträgt. Wird die Mindestrente nicht erreicht, erlischt die Versicherung.

II. Beitragsreduktion

Anstatt die Beitragszahlung ganz einzustellen, können Sie auch den vereinbarten Beitrag reduzieren. Dabei wird die Berufsunfähigkeitsrente nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation herabgesetzt. Der in Abschnitt I Abs. 3 beschriebene Abzug kommt anteilig zur Anwendung. Die herabgesetzte jährliche Berufsunfähigkeitsrente darf auch in diesem Fall 300 EUR nicht unterschreiten.

III. Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Beitragsreduktion

Innerhalb von 36 Monaten nach Beginn einer Beitragsfreistellung oder Beginn einer Beitragsreduktion haben Sie die Möglichkeit, die Beitragszahlung wieder aufzunehmen bzw. Ihren Beitrag wieder bis zur Höhe des Beitrags vor der Beitragsreduktion anzuheben, sofern die Berufsunfähigkeit noch nicht eingetreten ist. In Ihrer Mitteilung über die gewünschte Beitragsfreistellung oder Beitragsreduktion können Sie uns auch einen Termin nennen, zu dem die Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung automatisch erfolgt. Falls

zwischen dem Beginn der Beitragsfreistellung oder Beitragsreduktion und der Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung weniger als 6 Monate vergangen sind, ist für die Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung keine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich. Über die konkreten Auswirkungen der Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung werden wir Sie im Einzelfall informieren.

Sie können den ursprünglichen Versicherungsschutz aber auch durch eine Erhöhung der zukünftig zu zahlenden Beiträge wiederherstellen. Falls Sie die zukünftigen Beiträge nicht erhöhen möchten, werden wir die Versicherungsleistungen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation neu ermitteln.

IV. Folgen einer Beitragsfreistellung oder Beitragsreduktion

Eine Beitragsfreistellung oder Beitragsreduktion ist für Sie mit finanziellen Nachteilen verbunden. In der Anfangsphase Ihres Vertrages sind wegen der Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 11 Abs. 2) zunächst nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung. Nähere Informationen zur Höhe Ihrer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente können Sie der in Ihren Versicherungsunterlagen enthaltenen Garantiewerttabelle entnehmen.

V. Stundung

Sie können für den Zeitraum von höchstens 18 Monaten eine Stundung Ihrer Beiträge unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes schriftlich verlangen, sofern

- das Deckungskapital des Vertrages bereits einen Wert in Höhe der zu stundenden Beiträge aufweist,
- zwischen dem Ende des Stundungszeitraums und dem Ende der Vertragslaufzeit noch mindestens 5 Jahre liegen und
- der Vertrag nicht im Zahlungsverzug ist.

Wir sind berechtigt, marktübliche Stundungszinsen zu erheben. Die gestundeten Beiträge einschließlich ggf. darauf entfallenden Stundungszinsen können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums in einem Beitrag entrichten oder durch eine Vertragsänderung verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist. Falls jedoch die herabgesetzten Leistungen die beitragsfreien Mindestsummen unterschreiten, erlischt der Vertrag.

§ 16

Was gilt für die dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung?

I. Dynamik Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung

- (1) Bei vereinbarter dynamischer Erhöhung Ihrer Versicherung erhöhen sich Ihre Beiträge und unsere Versicherungsleistungen. Die für Ihren Vertrag zutreffende Vereinbarung entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.
- (2) Bei vereinbarter dynamischer Erhöhung Ihres Beitrages erhöhen sich die Beiträge für die Versicherung entsprechend dem vereinbarten Erhöhungsrhythmus um den vereinbarten Prozentsatz.
- (3) Bei vereinbarter dynamischer Erhöhung Ihrer Berufsunfähigkeitsrente erhöht sich die Berufsunfähigkeitsrente entsprechend dem vereinbarten Erhöhungsrhythmus um den vereinbarten Prozentsatz.
- (4) Die Erhöhungen des Beitrags und der Berufsunfähigkeitsrente erfolgen jeweils am Stammtag Ihrer Versicherung.
- (5) Wir teilen Ihnen mit, wie sich bei vereinbarter Beitragserhöhung die zugehörige versicherte Rente bzw. wie sich bei vereinbarter Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente der zugehörige Beitrag erhöht.
- (6) Die sich jeweils aus einer Beitragserhöhung zusätzlich ergebende Berufsunfähigkeitsrente wird aus zum Erhöhungszeitpunkt aktuellen Rechnungsgrundlagen, welche insbesondere die Entwicklung der Lebenserwartung und die Rendite der Kapitalanlagen berücksichtigen, ermittelt. Die Rechnungsgrundlagen werden jeweils zum Erhöhungszeitpunkt unter Beachtung dann aktueller aufsichtsrechtlicher und sonstiger Bestimmungen für eine Prämienkalkulation festgelegt. Vor jeder Erhöhung erhalten Sie eine Benachrichtigung.
- (7) Der sich jeweils aus einer Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente zusätzlich ergebende Beitrag wird aus zum Erhöhungszeitpunkt aktuellen Rechnungsgrundlagen, welche insbesondere die Entwicklung der Lebenserwartung und die Rendite der Kapitalanlagen berücksichtigen, ermittelt. Die Rechnungsgrundlagen werden jeweils zum Erhöhungszeitpunkt unter Beachtung dann aktueller auf-

sichtsrechtlicher und sonstiger Bestimmungen für eine Prämienkalkulation festgelegt. Vor jeder Erhöhung erhalten Sie eine Benachrichtigung.

- (8) Sie können innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin auf die Beitrags- bzw. Leistungserhöhung verzichten.
- (9) Bei vereinbarter jährlicher Erhöhung ist der Verzicht zwei Jahre hintereinander möglich. Verzichten Sie auch im dritten Jahr, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen. Auch nach Erlöschen des Rechts auf weitere Erhöhungen haben Sie grundsätzlich die Möglichkeit, eine erneute Dynamikerhöhung zu beantragen. Ein Rechtsanspruch auf Durchführung der Dynamikerhöhung besteht nicht.
- (10) Bei vereinbarter Erhöhung alle zwei oder drei Jahre erlischt bereits mit dem ersten Verzicht das Recht auf weitere Erhöhungen. Auch nach Erlöschen des Rechts auf weitere Erhöhungen haben Sie grundsätzlich die Möglichkeit, eine erneute Dynamikerhöhung zu beantragen. Ein Rechtsanspruch auf Durchführung der Dynamikerhöhung besteht nicht.
- (11) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- (12) Während der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ruht das Recht auf Dynamikerhöhungen nach Absatz 1.
- (13) Die letzte Dynamikerhöhung für die Versicherung einer Berufsunfähigkeitsrente erfolgt maximal ein Jahr vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung, bei Vereinbarung einer Karenzzeit maximal drei Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer dieser Berufsunfähigkeitsrente.
- (14) Das Recht auf weitere dynamische Erhöhungen erlischt, wenn durch Erhöhungen im Rahmen der Dynamik insgesamt 250% der Summe aus der zu Vertragsbeginn vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente und etwaigen Erhöhungen aus Nachversicherungen gem. § 17 oder § 18 erreicht oder überschritten sind.
- (15) Wir behalten uns vor zu prüfen, ob die gesamten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten (ggfs. inkl. Sofortbonus) in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Sie dürfen einen bestimmten Prozentsatz des jährlichen Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Dieser Prozentsatz beträgt bei jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten (ggf. inklusive Sofortbonus)
 - bis 24.000 EUR 65% des jährlichen Bruttoeinkommens
 - ab 24.001 EUR 50% des jährlichen Bruttoeinkommens
- (16) Bei Einschluss einer Starter-BU, vgl. § 19, sind Dynamik-Erhöhungen nur in der Folgephase möglich.

II. Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung im Leistungsbezug (Leistungsdynamik für die Berufsunfähigkeitsrente)

Bei Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung im Leistungsbezug erhöht sich die Rente im Leistungsbezug zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres, das auf den Beginn der Rentenzahlung folgt, um den vereinbarten Prozentsatz. Die Beiträge für eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit Leistungsdynamik sind höher als diejenigen für eine solche ohne Leistungsdynamik.

Wenn der Anspruch auf Versicherungsleistungen nach § 1 Abs. 6 erlischt, weil der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt oder keine Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen mehr besteht, so ist der Höhe nach die Berufsunfähigkeitsrente vor Beginn des Leistungsbezugs (ohne Erhöhungen aufgrund der Leistungsdynamik) versichert. Sie haben jedoch das Recht, gegen Mehrbeitrag die versicherte Berufsunfähigkeitsrente auf den Stand vor Wegfall der Berufsunfähigkeit anzuheben. Der Mehrbeitrag bestimmt sich gemäß den versicherungsmathematischen Grundsätzen der Tarifkalkulation.

§ 17 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente erhöhen?

- (1) Sie können einmalig innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre unabhängig von einem bestimmten Ereignis die Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Nach einer Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ist allerdings eine rückwirkende Leistung im Sinne von § 1 Abs. 4 auf die Erhöhung ausgeschlossen.
- (2) Bei folgenden Anlässen können Sie eine Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen:
 - a. Heirat der versicherten Person oder Begründung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person nach LPartG

- b. Scheidung der versicherten Person
- c. Geburt eines Kindes der versicherten Person oder Adoption eines unterhaltsberechtigten Kindes durch die versicherte Person
- d. Erreichen der Volljährigkeit der versicherten Person
- e. Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit der versicherten Person
- f. Erreichen eines akademischen Abschlusses, Ablegen der Meisterprüfung oder Abschluss einer beruflichen Qualifikation mit Gehaltserhöhung
- g. Aufnahme eines Darlehens zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie im Wert von mindestens 50.000 EUR durch die versicherte Person
- h. Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person um mindestens 10 % innerhalb eines Jahres
- i. Nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre bei selbstständigen Versicherten um mindestens 30 % im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der drei davor liegenden Jahre
- j. Aufnahme eines Darlehens im gewerblichen Bereich durch die versicherte Person in Höhe von mindestens 50.000 Euro.

Ihr Recht auf Erhöhung können Sie ausüben, indem Sie uns Ihren Wunsch innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt eines der genannten Anlässe durch Vorlage entsprechender schriftlicher Nachweise anzeigen.

- (3) Für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung gelten die folgenden Voraussetzungen:
 - a. Die versicherte Person ist nicht berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen.
 - b. Es handelt sich nicht um eine Versicherung im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung.
 - c. Die Nachversicherung erfolgt spätestens 15 Jahre vor dem vereinbarten Ablauf der Leistungsdauer oder innerhalb der ersten 10 Jahre nach Versicherungsbeginn.
- (4) Für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung gelten die folgenden Grenzen:
 - a. Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente (ggf. inklusive Sofortbonus) wird um mindestens 300 Euro und um höchstens 6.000 Euro erhöht
 - b. Falls mehr als eine Erhöhung stattfindet, darf die jährliche Berufsunfähigkeitsrente (ggf. inklusive Sofortbonus) insgesamt nicht mehr als 30.000 EUR betragen.
 - c. Wir behalten uns vor zu prüfen, ob die gesamten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten (ggf. inklusive Sofortbonus) in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Sie dürfen einen bestimmten Prozentsatz des jährlichen Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Dieser Prozentsatz beträgt bei jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten (ggf. inklusive Sofortbonus)

- bis 24.000 EUR	65 % des jährlichen Bruttoeinkommens
- ab 24.001 EUR	50 % des jährlichen Bruttoeinkommens

Berufseinstieg

§ 18 Was gilt bei Berufseinstieg?

Innerhalb von 12 Monaten nach der erstmaligen Aufnahme einer zeitlich unbefristeten beruflichen Tätigkeit nach der Berufsausbildung, jedoch spätestens fünf Jahre nach Versicherungsbeginn können Studenten und Auszubildende ihre versicherte jährliche Berufsunfähigkeitsrente unter Beachtung der Grenzen aus § 17 Abs. 4c ohne Gesundheitsprüfung verdoppeln, maximal aber um 12.000 EUR erhöhen.

§ 19 Was gilt bei Einschluss einer Starter BU?

- (1) Bei Abschluss einer Starter BU wird zu Vertragsbeginn der vertragliche Zeitraum der Beitragszahlung in eine Startphase und eine Folgephase unterteilt. Während der Startphase zahlen Sie für die im Versicherungsschein genannten Leistungen einen reduzierten Beitrag. Nach Ablauf der Startphase wird der Folgebeitrag zum Ausgleich entsprechend angehoben. Die genauen Beiträge für die Start- und die Folgephase entnehmen Sie dem Versicherungsschein.
- (2) Innerhalb der Startphase haben Sie zu jedem Beitragszahlungsabschnitt das Recht, die Startphase vorzeitig zu beenden und in die Folgephase einzutreten, sofern zu diesem Zeitpunkt keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Je früher Sie den Wechsel in die Folgephase vollziehen, desto geringer wird der Beitrag in der Folgephase. Der Beitrag für die Folgephase wird gemäß den versicherungsmathematischen Grundsätzen der Tarifikalkulation für Ihren Vertrag neu festgelegt.

- (3) Machen Sie während der Startphase von Ihrem in Absatz 2 beschriebenen vorzeitigen Umwandlungsrecht keinen Gebrauch, so beginnt zum vertraglich vereinbarten Zeitpunkt automatisch die Folgephase. Ab diesem Termin werden wir den höheren Beitrag in Rechnung stellen. Sie haben das Recht, dieser Erhöhung zu widersprechen. Dann wird der Vertrag unter Beibehaltung des erreichten Zahlbeitrags, aber mit verminderter Berufsunfähigkeitsrente fortgesetzt. Die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen der Tarifikalkulation für Ihren Vertrag neu festgelegt; dabei verzichten wir auf einen Stornoabschlag. Die neue Berufsunfähigkeitsrente muss mindestens 300 EUR pro Jahr betragen; sonst erlischt die Versicherung. Wir werden Sie sechs Wochen im Voraus über die anstehende Umwandlung informieren und Sie auf Ihr Widerspruchsrecht hinweisen. Den Beitrag für die Folgephase können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.
- (4) Wenn Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 17 oder § 18 bzw. Ihren Beitrag nach einer Beitragsfreistellung oder Beitragsreduktion gemäß § 15 Abschnitt III erhöhen, so ist damit ein Wechsel in die Folgephase verbunden.

Sonstige Regelungen

§ 20 Wer erhält die Versicherungsleistung?

I. Leistungsempfänger

- (1) Die Leistung aus dem Vertrag erbringen wir an Sie als unseren Vertragspartner, es sei denn, Sie haben eine andere Person als bezugsberechtigt bestimmt.
- (2) Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Wir werden allerdings nicht an den Inhaber des Versicherungsscheins leisten, wenn Zweifel an seiner Berechtigung bestehen.

II. Bezugsberechtigung

- (1) Sie können jederzeit eine Person oder Personengruppe als bezugsberechtigt bezeichnen.
- (2) Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht auch jederzeit widerrufen oder andere Personen als bezugsberechtigt einsetzen.
- (3) Sie können aber auch bestimmen, dass ein von Ihnen benannter Bezugsberechtigter die Ansprüche aus dem Vertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. In diesem Fall werden wir Ihnen schriftlich bestätigen, dass der Widerruf des Bezugsrechts nun ausgeschlossen ist. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann das Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung der von Ihnen begünstigten Person geändert werden.
- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechtes werden uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie uns schriftlich angezeigt worden sind.

III. Abtretung - Verpfändung

Ansprüche aus der Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

§ 21 Beitragszahlung

Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst bei jährlicher Beitragszahlung ein Jahr, bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

I. Erster Beitrag

- (1) Bitte bezahlen Sie den ersten Beitrag innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins. Sollten wir im Versicherungsschein einen späteren Fälligkeitstermin vereinbart haben, so bezahlen Sie bitte den ersten Beitrag innerhalb von 14 Tagen nach diesem Termin. Beachten Sie ferner, dass der Versicherungsschutz wegfällt, wenn Sie die Zahlungsfristen schuldhaft versäumen.
- (2) Außerdem sind wir in diesem Fall berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (3) Um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden, empfehlen wir Ihnen, am Lastschriftverfahren teil-

zunehmen. Dies ist für Sie kostenlos.

II. Folgebeiträge

- (1) Haben Sie Ihren ersten Beitrag gezahlt, so sind die später fälligen Beiträge ebenfalls unverzüglich an den Fälligkeitsterminen zu Beginn jeder Versicherungsperiode zu entrichten. Sonst gefährden Sie den Versicherungsschutz. Falls die Zahlung zum Fälligkeitstag bei Ihnen in Vergessenheit gerät, können wir Sie durch eine Mahnung, die bestimmten gesetzlichen Anforderungen entspricht (§ 38 Versicherungsvertragsgesetz), zur Zahlung auffordern. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Bezahlen Sie die rückständigen Beiträge nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.
- (2) Im Leistungsfall werden alle noch nicht gezahlten Beiträge des laufenden Versicherungsjahres fällig. Diese und auch darüber hinausgehende Beitragsrückstände werden wir mit unserer Leistung verrechnen.

§ 22 Mitteilungen - Umzug

- (1) Bitte teilen Sie uns Ihren bevorstehenden Umzug oder Ihre Namensänderung möglichst zwei Wochen vor der Änderung Ihres Wohnsitzes oder Ihres Namens mit.
- (2) Auch alle anderen Mitteilungen, die Ihren Vertrag betreffen, erbitten wir so früh wie möglich schriftlich, damit wir genügend Zeit haben, uns auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse einzustellen. Das betrifft z.B. Anträge auf Änderung Ihres Vertrages oder auch eine Kündigungserklärung.
- (3) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns auch in Ihrem Interesse eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 23 Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung

- (1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz (oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung). Eine natürliche Person kann auch Klage bei dem Gericht erheben, in dessen Bezirk sie zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Für Ansprüche aus dem Vertrag, die wir gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohn- bzw. Geschäftssitz haben.
- (4) Falls Sie Ihren Wohn- bzw. Geschäftssitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.
- (5) Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag bestimmen sich nach den allgemeinen zivilrechtlichen Regelungen (§ 195 ff. Bürgerliches Gesetzbuch, BGB) und § 15 VVG. Derzeit beträgt die regelmäßige Verjährungsfrist gem. § 195 BGB drei Jahre.

Anhang I

Definition der versicherten schweren Krankheiten von Kindern der versicherten Person

Wir erbringen eine Leistung gemäß § 1 Abs. 14, falls bei einem Kind der versicherten Person eine der folgenden schweren Krankheiten eintritt:

1. Krebs

Krebs im Sinne der Bedingungen ist ein feingeweblich (histologisch) nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff 'Krebs' fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die ärztliche Diagnose muss durch Vorlage des feingeweblichen (histologischen) - bzw. für Blutkrebs (Leukämien) oder Lymphome blutzellnachweislichen (zytologischen) - Befundes bestätigt sein.

Besondere Wartezeit bei einer Krebserkrankung und Leistungsausschlüsse

- Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
 1. erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten; oder
 2. eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt; oder
 3. nach einer innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages eingetretenen Krebserkrankung zu einem späteren Zeitpunkt Tochtergeschwülste (Metastasen) auftreten.Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.
- Frühformen von Krebserkrankungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Diese sind medizinisch wissenschaftlich wie folgt definiert:
 1. Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation).
 2. Frühformen der Leukämie (außer der Krankheitsform der so genannten chronisch lymphatischen Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen, beispielsweise aus dem Knochenmark, im Blut vorliegt.
 3. Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1.
 4. Carcinoma-in-situ oder prae-maligne Formen.
 5. Frühformen des Mundkrebses wie Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4.
 6. Frühformen des Hautkrebses und maligner Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1.5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
 7. Frühformen des Prostatakrebses der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).
 8. Frühformen des Schilddrüsenkrebs oder Blasenkrebs als papilläre Mikrokarzinome.
- Ferner fallen - unabhängig vom Stadium - das Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS - Erkrankung nicht unter den Versicherungsschutz.

2. Gehörlosigkeit

Gehörlosigkeit im Sinne der Bedingungen ist der dauerhafte, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernde und nicht therapierbare Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls. Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder andere Hilfsmittel derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden könnten.

3. Bakterielle Hirnhautentzündung (Bakterielle Meningitis)

Bakterielle Meningitis im Sinne der Bedingungen ist eine Entzündung der Hirn- oder Rückenmarkshäute, die durch eine Infektion mit Bakterien verursacht wird. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Das Kind der versicherten Person ist nicht HIV-infiziert.
- Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernden oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben, die erhebliche dauerhafte Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten (wie z.B. geistige Retardierung, schwere Sprachstörungen oder schwere Lähmungserscheinungen) zur Folge haben.
- Diese neurologischen Funktionsausfälle sind zusätzlich in Zerstörungen oder Substanzverlusten des

zentralen Nervensystems mit medizinischen apparativen Untersuchungen wie bildgebenden Röntgen-Verfahren, Messungen der Nervenfunktion, technisch vergleichbaren Verfahren oder künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion nachzuweisen.

4. Hirngewebeentzündung (Enzephalitis)

Hirngewebeentzündung im Sinne der Bedingungen ist eine Entzündung des Gehirns, einer Hirnhälfte, des Hirnstamms oder des Kleinhirns, evtl. mit Beteiligung der Hirnhäute (Meningoenzephalitis), die gewöhnlich durch Viren oder Bakterien verursacht ist. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn das Kind der versicherten Person nicht HIV-infiziert ist und alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Die Entzündung muss wesentliche Komplikationen zur Folge haben.
- Die wesentlichen Komplikationen müssen von mindestens dreimonatiger Dauer sein.
- Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernden oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben, die erhebliche dauerhafte Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten (wie z.B. geistige Retardierung, schwere Sprachstörungen oder schwere Lähmungserscheinungen) zur Folge haben.
- Diese neurologischen Funktionsausfälle sind zusätzlich in Zerstörungen oder Substanzverlusten des zentralen Nervensystems mit medizinischen apparativen Untersuchungen wie bildgebenden Röntgen-Verfahren, Messungen der Nervenfunktion, technisch vergleichbaren Verfahren oder künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion nachzuweisen.

5. Lähmung

Lähmung im Sinne der Bedingungen ist die vollständige und dauerhafte Lähmung als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn zwei Arme oder zwei Beine oder eine Körperhälfte vollständig und dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, gelähmt sind.

6. Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Kinderlähmung im Sinne der Bedingungen ist eine schwere Infektion durch das Poliovirus. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Die Infektion führt zu Lähmungserscheinungen, die sich in Form von dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, eingeschränkter Atmungsfunktion oder eingeschränkten Bewegungsfähigkeiten (motorischen Fähigkeiten) äußern.
- Die Infektion verursacht ein neurologisches Defizit, das sich in Form von dauerhaften, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernden Lähmungen in mindestens einer Gliedmaße äußert.

7. Hirntumor (Gutartiger Hirntumor bzw. benigner Hirntumor)

Ein gutartiger bzw. benigner Gehirntumor im Sinne der Bedingungen ist ein lebensbedrohlicher, nicht bösartiger Tumor des Gehirns. Das versicherte Ereignis tritt ein, wenn klinische Zeichen des Hirndruckes als Folge des Tumors wie z.B. am Sehnerven das Papillenoedem, Hirnleistungsstörung, epileptische Anfälle oder Beeinträchtigungen der Bewegung (motorische) oder der Empfindung (sensorische) nachweisbar sind sowie mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist und uns nachgewiesen wird:

- Der Tumor wurde durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt.
- Die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie wurde begonnen.
- Es ist nur noch eine palliative Behandlung möglich.

Besondere Wartezeit bei einem Gutartigen (Benignen) Gehirntumor und Leistungsausschlüsse

- Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
 1. erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten; oder
 2. eine Diagnose eines benignen Gehirntumors innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt.Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.
- Cysten, Verkalkungen, Granulome, Abszesse, Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Tumore der Gehirnanhangsdrüse und der Zirbeldrüse fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

8. Blindheit

Blindheit im Sinne der Bedingungen ist die klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehschärfe (Visus) als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln nicht mehr als

- 6/60 oder 20/200, oder das Sehfeld auf beiden Augen ist auf maximal 20° beschränkt.
- Nach allgemeiner medizinischer Meinung kann die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel nicht derart verbessert werden, dass die Sehschärfe auf dem schlechteren Auge auf mehr als 6/60 oder 20/200 verbessert würde und das Sehfeld auf einem Auge mehr als 20° betragen würde.

9. Verlust von Gliedmaßen

Verlust von Gliedmaßen im Sinne der Bedingungen ist der vollständige und dauerhafte Verlust von mindestens zwei Gliedmaßen oberhalb der Hand und/oder oberhalb des Fußes.

10. Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen

Als schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen im Sinne der Bedingungen werden Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen dritten Grades von mindestens 20 % der Körperoberfläche bezeichnet, die durch thermische, chemische oder elektrische Einwirkungen auf die Haut entstanden sind. Als Messkriterium gilt die Neuner-Regel oder die Körperoberflächenkarte nach Lund und Browder.

11. Schwere Kopfverletzung

Eine Schwere Kopfverletzung im Sinne der Bedingungen ist eine durch Unfall verursachte Kopfverletzung, die durch äußere Krafteinwirkung herbeigeführt wurde. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn die folgende Bedingung erfüllt ist und uns nachgewiesen wird.
Die Schwere Kopfverletzung muss zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:

- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.

12. Koma

Koma im Sinne der Bedingungen ist ein Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Der Zustand muss für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden andauern und während dieser Zeit eine künstliche Beatmung erfordern.
- Der Zustand wurde nicht als künstliches Koma im Rahmen der medizinischen Behandlung herbeigeführt.
- Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernden oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben, die erhebliche dauerhafte Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten (wie z.B. geistige Retardierung, schwere Sprachstörungen oder schwere Lähmungserscheinungen) zur Folge haben.
- Diese neurologischen Funktionsausfälle sind zusätzlich in Zerstörungen oder Substanzverlusten des zentralen Nervensystems mit medizinischen apparativen Untersuchungen wie bildgebenden Röntgen-Verfahren, Messungen der Nervenfunktion, technisch vergleichbaren Verfahren oder künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion nachzuweisen.

Unsere Leistungspflicht besteht auch, wenn das Kind der versicherten Person für einen Zeitraum von mindestens zwei Monaten in einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse gelegen hat, dieser Zustand andauert und kein künstliches Koma als Therapiemaßnahme ist. Die Dauer darf auch nicht durch eine Verlängerung des komatösen Zustandes aus therapeutischen Gründen zustande gekommen sein. Insofern wird die in § 1 Abs. 14 genannte Frist von 28 Tagen für diese Krankheit durch zwei Monate ersetzt.

13. Schwerer Unfall

Ein schwerer Unfall ist gekennzeichnet durch ein plötzlich von außen auf den Körper des Kindes der versicherten Person einwirkendes Ereignis, bei dem es zu mindestens einer der folgenden Beeinträchtigungen kommt:

- Vollständige und dauerhafte Lähmung von zwei Armen oder zwei Beinen oder einer Körperhälfte voraussichtlich über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren.
- Schwere Kopfverletzung mit neurologischem Defizit, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen erfüllt. Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. mindestens voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel
 - eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.

- über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
- Tiefe Bewusstlosigkeit von mindestens 96 Stunden ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse.

Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie oder Chirurgie nachgewiesen werden.

14. Verlust der Sprache

Der Verlust der Sprache im Sinne der Bedingungen bedeutet, dass das Kind der versicherten Person dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage ist, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren. Der Verlust der Sprache gilt erst ab dem vollendeten dritten Lebensjahr als versichert. Nicht versichert ist der Verlust der Sprache bei Entwicklungsstörungen oder psychischen Störungen.

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

für Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer bieten wir vorläufigen Versicherungsschutz entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

§ 1

Was ist vorläufig versichert?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle gemäß den Absätzen 2 bis 5, die aus einem Unfall resultieren, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eintritt. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine dauerhafte Gesundheitsschädigung erleidet.
 - (2) Verstirbt die zu versichernde Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes, zahlen wir die zu Beginn der beantragten Versicherung vorgesehene Todesfalleistung, höchstens jedoch 100.000 Euro.
 - (3) Haben Sie eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung beantragt, zahlen wir die beantragte Hinterbliebenenleistung, wenn die versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes stirbt, höchstens jedoch 12.000 Euro jährlich.
 - (4) Haben Sie Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits-, Pflegebedürftigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsschutz beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Invalidität, Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit ein, zahlen wir, wenn uns die Invalidität, Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist
 - (a) soweit eine Rentenleistung vereinbart ist, die beantragte Berufsunfähigkeits-, Pflege- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch 12.000 Euro jährlich
 - (b) die Leistungen aus einer beantragten Beitragsbefreiung, wenn die Hauptversicherung zustande gekommen ist und solange sie nicht beendet ist, höchstens jedoch 6.000 Euro jährlich
 - (c) soweit eine Einmalleistung vereinbart ist, die vorgesehene Leistung bei Invalidität, Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit, höchstens jedoch 50.000 Euro.
- Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn keine Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Erwerbsunfähigkeit mehr besteht.
- (5) Haben Sie Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit beantragt, zahlen wir die zu Beginn der beantragten Versicherung vorgesehene Leistung, wenn während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit eintritt, höchstens jedoch 50.000 Euro.
 - (6) Ist für die versicherte Person mehrfach Versicherungsschutz bei uns beantragt, gelten die Höchstbeträge aus den Absätzen 2 bis 5 aus allen beantragten Versicherungen zusammen.

§ 2

Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

- Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz sind, dass
- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
 - b) der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder bei uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist. Bei Vermögensbildungsversicherungen reicht es aus, wenn uns der Antrag auf Überweisung vermögenswirksamer Leistungen durch den Arbeitgeber vorliegt;
 - c) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben und
 - d) Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Bedingungen bewegt.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht.
- (2) Er endet, wenn
 - a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
 - b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben;
 - c) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
 - d) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben oder
 - e) der Einzug des Einlösungsbeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist.

**§ 4
In welchen Fällen ist der
vorläufige
Versicherungsschutz
ausgeschlossen?**

- (1) Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor seiner Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalls nur mitursächlich geworden sind.
- (2) Tritt der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegesischen Ereignissen oder inneren Unruhen ein, soweit die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, entfällt unsere Leistungspflicht.
- (3) Tritt der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen ein, entfällt unsere Leistungspflicht, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Absatz 2 bleibt unberührt.

**§ 5 Was kostet Sie der
vorläufige
Versicherungsschutz?**

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag; erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für das erste Versicherungsjahr des beantragten Versicherungsvertrags. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme und -rente gemäß § 1. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

**§ 6 Wie ist das Verhältnis zur
beantragten Versicherung
und wer erhält die Leistungen
aus dem vorläufigen
Versicherungsschutz?**

- (1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, gelten die Allgemeinen Bedingungen für die beantragte Versicherung, einschließlich derjenigen für mitbeantragte Zusatzversicherungen. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
- (2) Ein im Antrag festgelegtes Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Allgemeine Kundeninformationen

Informationen zum Versicherer

- **Gesellschaftsangaben**
(Identität des Versicherers)

Gothaer Lebensversicherung AG
Rechtsform
Registergericht und Registernummer

Aktiengesellschaft
Amtsgericht Köln, HRB 56769

Vorsitzender des Aufsichtsrats
Vorsitzender des Vorstands
Vorstand

Dr. Ronald Crone
Dr. Helmut Hofmeier
Dr. Werner Görg
Michael Kurtenbach
Jürgen Meisch
Dr. Hartmut Nickel-Waninger
Oliver Schoeller

Postanschrift

50598 Köln

- **Ladungsfähige Anschrift**

Hausanschrift

Arnoldplatz 1
50969 Köln

- **Niederlassungen im Inland**

Es bestehen keine Niederlassungen im Inland.

- **Niederlassungen im EU-Gebiet und dortige Vertreter**

Österreich
Gothaer Lebensversicherung AG
Hauptbevollmächtigter

Goldschmiedgasse 2 A 1010 Wien
Martin Zimmer

- **Hauptgeschäftstätigkeit**

Direkter und indirekter Betrieb der Lebens- und Rentenversicherung in allen ihren Arten und damit verbundenen Zusatzversicherungen.

Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Bereich Versicherungen
Gaurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Ansprechpartner zur außergerichtlichen Schlichtung

Ihre individuelle, persönliche und kompetente Beratung ist unser Ziel.

Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an die gesetzlich vorgesehene Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten:

- **Versicherungsombudsmann**

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Ihr Recht, unmittelbar den Rechtsweg zu beschreiten, wird durch diese Einrichtungen nicht berührt.

Garantie- / Sicherungsfonds (Entschädigungsregelungen)

Zur Absicherung der Ansprüche aus dieser Versicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds bei der

Protektor Lebensversicherung AG
Wilhelmstr. 43G
10117 Berlin

Internet: www.protektor-ag.de

Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die Gothaer Lebensversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an, so dass die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag auch für den unwahrscheinlichen Fall der Insolvenz der Gothaer Lebensversicherung AG gesichert sind.

Informationen zur Versicherungsleistung und zum Gesamtbeitrag

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, wie Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistungen **sowie den Gesamtbeitrag** (Gesamtpreis und eingerechnete Kosten) haben wir Ihnen bereits im Produktinformationsblatt bzw. Vorschlag genannt.

Informationen zum Vertrag

- **Gültigkeitsdauer von Vorschlägen und sonstigen vorvertraglichen Angaben**

Grundsätzlich haben die Ihnen für den Abschluss eines Versicherungsvertrages zur Verfügung gestellten Informationen eine befristete Gültigkeitsdauer. Dies gilt sowohl bei unverbindlichen Werbemaßnahmen (Broschüren, Annoncen, etc.) als auch bei Vorschlägen und sonstigen Preisangaben. Sofern in den Unterlagen keine Gültigkeitsdauer angegeben ist, halten wir uns an die gemachten Angaben vier Wochen gebunden. Danach unterbreiten wir Ihnen gerne einen neuen Vorschlag.
- **Bindefrist**

Sie sind an Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages einen Monat gebunden.
- **Zustandekommen des Vertrages**

Grundsätzlich kommt der Versicherungsvertrag durch Ihre und unsere inhaltlich übereinstimmenden Vertragserklärungen (Willenserklärungen) zustande, wenn Sie Ihre Vertragserklärung nicht innerhalb von zwei Wochen widerrufen.
- **Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 30 Tagen** ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Telefax, E-Mail) **widerrufen**. Die Frist beginnt, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen (Produkt-informationsblatt und Versicherungsinformationen) und diese Belehrung zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Gothaer Lebensversicherung AG, 50598 Köln (Postfachanschrift) oder Arnoldiplatz 1, 50969 Köln. Bei einem Widerruf per Telefax ist dieser an folgende Telefaxnummer zu senden: 0551 701-59701.
- **Widerrufsfolgen**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags**, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt.
- **Besondere Hinweise**

Den **Teil Ihres Beitrags**, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der **Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist** beginnt. Wir erstatten Ihnen aber einen gegebenenfalls vorhandenen Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 Versicherungsvertragsgesetz. Haben Sie eine solche **Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist**, erstatten wir Ihnen Ihren gesamten Beitrag. **Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.**
- **Laufzeit des Vertrages**

Die Vertragsdauer entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt bzw. Vorschlag.
- **Beendigung des Vertrages**

Einzelheiten entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt und den Versicherungsbedingungen.
- **Vertragssprache**

Sämtliche das Vertragsverhältnis betreffende Informationen und Kommunikation finden in deutscher Sprache statt. Im Einzelfall können andere Vereinbarungen getroffen werden.
- **Anwendbares Recht**

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.
- **Gerichtsstand**

Ansprüche gegen uns als Versicherer können Sie vor dem Gericht an Ihrem Wohnort bzw. gewöhnlichen Aufenthaltsort oder vor dem Landgericht in Köln (Sitz der Gesellschaft) geltend machen.

Gebührenkatalog für die Berufsunfähigkeitsversicherungen

Für Geschäftsvorfälle, die aus von Ihnen veranlassten Gründen einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand verursachen, erheben wir eine pauschale Gebühr. Die Gebühr wird Ihnen gesondert in Rechnung gestellt. Welche Geschäftsvorfälle in Ihrem Tarif möglich sind, entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Die Höhe der Gebühr können wir nicht auf Dauer garantieren. Den aktuellen Wert teilen wir Ihnen auf Anfrage mit.

Geschäftsvorfall	Höhe der Gebühr
Erstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein (oder von Abschriften)	25 EUR
schriftliche Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen	5 EUR
Rückläufer im Lastschriftverfahren	5 EUR
Durchführung von Vertragsänderungen wie z.B. - Änderung hinsichtlich Höhe oder Fälligkeit von Beiträgen - Änderung der versicherten Leistung - Verlegung des vereinbarten Ablauftermins	25 EUR

Die Höhe der Gebühr entspricht den in solchen Fällen im Durchschnitt anfallenden Kosten. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Gebühr zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt die Gebühr bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

Berufsunfähigkeitsversicherung und Steuern

Stand: 05/2012

Allgemeine Angaben über die deutsche Steuerregelung

A Einkommensteuer

Private Berufsunfähigkeitsversicherung

1. Beiträge

Die Beiträge zu privaten Berufsunfähigkeitsversicherungen gehören zu den sonstigen Vorsorgeaufwendungen im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 3a EStG. Die geleisteten Beiträge können im Rahmen der Sonderausgaben-Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen berücksichtigt werden. Ein Sonderausgabenabzug wirkt sich aus, soweit die Höchstbeträge nicht bereits durch andere sonstige Vorsorgeaufwendungen ausgeschöpft sind.

2. Leistungen

Renten aus Berufsunfähigkeitsversicherungen gehören zu den sonstigen Einkünften und sind gemäß § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb Satz 5 EStG und sind als abgekürzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil aus § 55 Einkommensteuerrückführungsverordnung (EStDV) zu versteuern.

Geht die Berufsunfähigkeitsrente in eine lebenslange Altersrente über, so richtet sich der Ertragsanteil für die lebenslange Altersrente nach § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchst. a Doppelbuchst. bb Satz 3 EStG.

Kapitalleistungen aus Berufsunfähigkeitsversicherungen unterliegen nicht der Einkommensteuer.

Werden Renten ausgezahlt, ist die Gothaer Lebensversicherung AG nach § 22a EStG verpflichtet, Rentenbezugsmitteilungen an die zentrale Stelle (Deutsche Rentenversicherung Bund) zu senden.

B Vermögensteuer

Eine Vermögensteuer wird derzeit nicht erhoben.

C Erbschaftsteuer

Ansprüche oder Leistungen aus Berufsunfähigkeitsversicherungen unterliegen der Erbschaft-/Schenkungsteuer, wenn sie auf Grund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z.B. auf Grund eines Bezugsrechtes oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.

Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, ist sie nicht erbschaftsteuerpflichtig.

Wenn Leibrenten an einen anderen als den Versicherungsnehmer ausgezahlt oder zur Verfügung gestellt werden, ist die Gothaer Lebensversicherung AG verpflichtet, dies dem Finanzamt anzuzeigen.

D Versicherungsteuer

Beiträge zu Berufsunfähigkeitsversicherungen unterliegen in Deutschland grundsätzlich nicht der Versicherungsteuer.

Hinweis

Die Ausführungen zur steuerlichen Behandlung beruhen auf dem zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Druckstückes (05/2012) geltenden Steuerrecht. Bitte beachten Sie mögliche Änderungen durch Gesetze, Verordnungen, Rechtsprechung oder Verwaltungsanweisungen. Die Ausführungen wurden mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt, aber ohne Gewähr für Richtigkeit und Vollständigkeit. Eine Haftung kann nicht übernommen werden. Diese Informationen ersetzen nicht die steuerliche Beratung im individuellen Einzelfall. Für weitergehende Informationen wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherten-gemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wurde durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf.

Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerrufs oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen wie in der Vorbemerkung beschrieben erfolgen.

Schweigepflicht-entbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie beispielsweise bei einem Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und Datennutzung nennen.

(1) Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind.

Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie z. B. Versicherungsnummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir entsprechend der Vertragsart Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

(2) Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse unserer Versicherungsnehmer achten wir wie alle Versicherer stets auf einen Ausgleich der von uns übernommenen Risiken. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen ebenfalls entsprechende Daten übergeben werden.

(3) Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und für die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte).

Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

**(4)
Hinweis- und
Informationssystem (HIS)**

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (§ 78 VVG Haftung bei Mehrfachversicherung, § 86 VVG Übergang von Ersatzansprüchen sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie z. B. Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir - ebenso wie andere Versicherungsunternehmen - erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen.

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-irfp.de.

Bereich Schaden:

Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z.B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z.B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadenfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grund melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese einen Totalschaden haben, gestohlen worden sind, sowie im Falle von Abrechnungen ohne Reparaturnachweis. Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen.

Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung von uns benachrichtigt.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder Regulierung eines Schadens, richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z.B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Im Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

Bereich Rechtsschutz:

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir Anfragen zu Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen. Sollten wir Sie an das HIS melden, werden wir Sie darüber benachrichtigen.

Bereich Leben:

Verträge werden ab einer bestimmten Versicherungssumme bzw. Rentenhöhe gemeldet. Gemeldet werden können außerdem das Bestehen weiterer risikoerhöhender bzw. für die Leistungsprüfung relevanter Besonderheiten, die aber im Einzelnen nicht konkretisiert werden. Es werden keine Gesundheitsdaten an das HIS gemeldet. Sollten wir Sie an das HIS melden, werden wir Sie darüber benachrichtigen.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir Anfragen zu Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen. Wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag beantragen, können wir Anfragen an das HIS stellen. In diesem Fall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind.

Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsantrag beantworten und daher Auskunft geben müssen. Werden im Zusammenhang mit unserer Nachfrage bei Ihnen oder bei anderen Versicherern Gesundheitsdaten erhoben, erfolgt dies nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis oder – soweit zulässig - auf gesetzlicher Grundlage.

**(5)
Datenverarbeitung inner- und
außerhalb der Unternehmens-
gruppe**

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) werden zum Schutz der Versicherten durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt gebucht werden.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten - wie z.B. Gesundheitsdaten - bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Als IT-Dienstleister ist die Gothaer Systems GmbH, Köln, für die Gothaer Gruppe tätig. Es können bei Bedarf weitere weisungsgebundene Dienstleister mit der Erfüllung von Datenverarbeitungs- oder sonstigen Aufgaben hinzugezogen werden.

Unserer Unternehmensgruppe gehören darüber hinaus derzeit folgende Unternehmen an:

- Gothaer Versicherungsbank VVaG, Köln
- Gothaer Finanzholding AG, Köln
- Gothaer Allgemeine Versicherung AG, Köln
- Gothaer Lebensversicherung AG, Köln
- Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- Gothaer Pensionskasse AG, Köln
- Gothaer Asset Management AG, Köln
- Gothaer Risk-Management GmbH, Köln
- Gothaer Invest- und FinanzService GmbH, Köln
- Asstel Lebensversicherung AG, Köln
- Asstel Sachversicherung AG, Köln
- Asstel ProKunde Versicherungskonzepte GmbH, Köln
- GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH, Berlin
- GKC Gothaer Kunden-Service-Center GmbH, Köln
- Janitos Versicherung AG, Heidelberg

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen. Zur Zeit kooperieren wir mit:

- Aachener Bausparkasse AG, Aachen
- Landesbank Berlin AG, Berlin
- Roland Rechtsschutz-Versicherungs-AG, Köln
- CG Car Garantie Versicherungs-AG, Freiburg

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung von Produkten der o.a. Kooperationspartner und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden.

**(6)
Betreuung durch
Versicherungsvermittler**

In Ihren Versicherungsangelegenheiten (sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner) werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinne sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften (sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u. a.).

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler von uns die für Ihre Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Das sind beispielsweise Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen (sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere Finanzdienstleistungen, wie z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages). In der Personenversicherung können ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen diese personenbezogenen Daten im Rahmen der

**(7)
Weitere Auskünfte und
Erläuterungen über Ihre
Rechte**

genannten Beratung und Betreuung unserer Kunden. Wir informieren unsere Vermittler über Änderungen von kundenrelevanten Daten. Jeder Vermittler ist vertraglich und gesetzlich dazu verpflichtet, die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und seine besondere Schweigepflicht (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Wir teilen Ihnen den Vermittler, der für Ihre Betreuung zuständig ist, mit. Wenn seine Tätigkeit für uns endet, regeln wir Ihre Betreuung neu und informieren Sie darüber.

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerspruchsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte oder Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an uns.