

Sehr geehrter Kunde,

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

Allgemeine Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (ABsBu) mit

- konstanten Beiträgen während der Beitragszahlungsdauer (SBU-professional) und
- mit einjährig kalkulierten Beiträgen in jedem Jahr der Beitragszahlungsdauer (SBU-solution)

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik)

	Seite
Allgemeine Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (ABsBU) - mit konstanten Beiträgen während der Beitragszahlungsdauer (SBU-professional) und - mit einjährig kalkulierten Beiträgen in jedem Jahr der Beitragszahlungsdauer (SBU-solution)	5
<hr/>	
Bedingungen für die Pflegerentenoption (BPfo)	13
<hr/>	
Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik)	15
<hr/>	
Merkblatt Hinweise zum Schutz Ihrer Daten	16
<hr/>	
Steuerregelungen für Lebensversicherungen nach deutschem Recht	17
<hr/>	

Allgemeine Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (ABsBU)

§1 Was ist versichert? Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

(1) Die folgenden Leistungen erbringen wir, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig (vgl. § 2) wird. Bei einem geringeren Berufsunfähigkeitsgrad besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistungen.

(a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.

(b) Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

Endet der Anspruch auf Rente, weil Berufsfähigkeit wieder gegeben ist, haben Sie Anspruch auf eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 Monatsrenten, insgesamt höchstens jedoch 10.000 EUR, sofern die Berufsunfähigkeit 3 Jahre ununterbrochen andauert hat und die restliche vertraglich vereinbarte Leistungsdauer noch mindestens 5 Jahre beträgt.

Tritt innerhalb eines Jahres nach einer beendeten Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit, gleich aus welcher Ursache ein, entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe rückwirkend. Eine bereits gezahlte Wiedereingliederungshilfe wird mit den dann fälligen Renten verrechnet. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer der Berufsunfähigkeitsversicherung nur einmal in Anspruch genommen werden.

(c) Folgende Optionen können eingeschlossen werden:

Pflegereoption

Bei Einschluss der Pflegereoption haben Sie zum Ablauf der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung das Recht, bei der Dialog Lebensversicherungs-AG nach Maßgabe eines zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarifs eine selbständige Pflegereoptionversicherung gegen Einmalbeitrag ohne Gesundheitsprüfung in der vereinbarten Höhe abzuschließen. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte den Bedingungen für die Pflegereoption (BPfo).

Dread Disease

Bei Einschluss dieser Option erbringen wir ohne weitere Prüfung einer Berufsunfähigkeit die vereinbarten Berufsunfähigkeitsleistungen für die Dauer von sechs Monaten ab Anspruchsentstehung, wenn eine der nachfolgend genannten Erkrankungen mit den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegt.

Zahlungen aus dieser Option beinhalten ausdrücklich keine Anerkennung einer etwaigen Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2. Ob eine solche vorliegt, wird vielmehr erst nach Ablauf des sechsmonatigen Leistungszeitraums geprüft.

Führt unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 vorliegt, sind erhaltene Leistungen aus dieser Option nicht zurückzuzahlen. Im Falle des Anerkenntnisses einer Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 entsteht der Leistungsanspruch aufgrund der festgestellten Berufsunfähigkeit frühestens im Anschluss an den sechsmonatigen Leistungszeitraum der Option Dread Disease. Diese Option kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden und nur dann, wenn nicht bereits Berufsunfähigkeitsleistungen aufgrund einer Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 oder Überbrückungshilfe gemäß Abs. 11 oder 12 erbracht werden. Der Anspruch auf Leistungen aus dieser Option erlischt, wenn die versicherte Person vor Ablauf des sechsmonatigen Zeitraums stirbt.

Krebs (maligne Tumore)

Erkrankung, die sich durch Vorliegen eines oder mehrerer Tumore manifestiert, die durch eine mikroskopische Gewebeuntersuchung (Histologie) als bösartig (maligne) klassifiziert wurden und durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung maligner Zellen sowie durch eine Infiltration in normales Gewebe charakterisiert werden.

Sollte eine Histologie nicht möglich sein, muss die Bösartigkeit durch eine andere schulmedizinisch anerkannte Untersuchungsmethode nachgewiesen sein. In die Deckung eingeschlossen sind Leukämie und Lymphome.

Ausgeschlossen sind Formen des Krebses mit relativ hohen Heilungschancen:

- alle Tumore, die histologisch als prä-maligne beschrieben werden oder eine frühe maligne Veränderung zeigen
- alle CIN Stadien (zervikale intraepitheliale Neoplasie)
- alle Carcinoma in situ
- Basalzell- und Spindelzellkarzinome malignes Melanom Stadium IA (T1a N0 M0)
- Prostatakarzinom, Stadium 1 (T1a, 1b, 1c)

Ebenfalls ausgeschlossen sind jegliche Tumore in Gegenwart einer HIV-Infektion.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem die histologisch gesicherte onkologische Diagnose gestellt wird.

Koronare Bypassoperation (Herzkrankheiten, die eine chirurgische Behandlung der Herzkranzgefäße erfordern)

Offene Thoraxoperation mittels koronarer Bypassstransplantate zur Versorgung von mindestens zwei Koronararterien, die verengt oder verschlossen sind. Die Notwendigkeit der Operation muss durch eine Koronarangiographie gesichert worden sein.

Angioplastik (PTCA) und/oder andere intraarterielle Therapieverfahren sowie die minimal invasive Chirurgie (Schlüssellochoperation) sind von dieser Definition ausgeschlossen.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem eine erfolgreiche Operation abgeschlossen wurde.

Herzinfarkt (Myokardinfarkt)

Bleibende Schädigung oder Untergang eines Teils des durch die Koronararterien versorgten Herzmuskelgewebes infolge eines ischämischen Ereignisses. Die Diagnose stützt sich auf das Vorliegen aller folgenden Nachweise:

- charakteristische (plötzlich einsetzende, starke) Brustschmerzen in der Vorgeschichte
- neu auftretende, für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen (z.B. ST-Hebung)
- eindeutige Erhöhung von herzinfarktspezifischen Enzymen (z.B. CPK, CKMB, LDH), Myoglobin oder Troponin I bzw. T.

Ein stummer Herzinfarkt ist nicht gedeckt. Auch ein Herzinfarkt, der zwar mit Troponin I- oder T-Erhöhung, aber ohne ST-Hebung abläuft, ist nicht gedeckt (NSTEMI). Ebenso wenig sind andere akute Koronarsyndrome gedeckt.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem die gesicherte kardiologisch-internalistische Diagnose gestellt wird.

Niereninsuffizienz (Nierenversagen)

Terminale Niereninsuffizienz (lebensbedrohliches Nierenversagen, Urämie), die sich als chronisch irreversibles Funktionsversagen beider Nieren manifestiert und die Einleitung einer regelmäßigen Nierendialyse oder einer Nierentransplantation bedingt.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem die fachärztlich gesicherte Indikation für die Dialyse gestellt wird oder eine erfolgreiche Operation mit Transplantation abgeschlossen wurde.

Schlaganfall (Gehirnschlag, Apoplexie)

Zerebrovaskulärer Insult mit dem plötzlichen Auftreten neurologischer Ausfallerscheinungen, die mehr als 24 Stunden andauern. Der Insult schließt eine Infarzierung von Hirngewebe, Blutung oder Embolie aus extrakranieller Quelle ein. Die Diagnose muss ferner durch typische Befunde in der Computer- oder Kernspintomographie des Gehirns untermauert sein. Die neurologischen Ausfälle müssen über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten anhalten.

Von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen sind insbesondere vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (TIA's), die sich ohne Folgen zurückbilden, traumatische Hirnschädigungen, lakunäre Infarkte ohne neurologische Defizite sowie migränebedingte neurologische Ausfallerscheinungen.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem fachärztlicherseits bestätigt wird, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen über einen Zeitraum von drei Monaten bestanden haben.

Multiple Sklerose

Der Leistungsfall „Multiple Sklerose“ im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Diagnose durch einen Nervenarzt anhand der typischen Symptome der Demyelinisierung (Nervenmarkabbau) und der Beeinträchtigung der motorischen und sensorischen Funktionen nachgewiesen wurde. Darüber hinaus ist der Nachweis von neurologischen Störungen erforderlich:

- die über einen kontinuierlichen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestanden
- die in Form von mindestens zwei Schüben mit einem Mindestabstand von einem Monat aufgetreten sind oder
- die in Form eines Schubs kombiniert mit charakteristischen Befunden in der Rückenmarksflüssigkeit sowie spezifischen Befunden in der Kernspintomographie aufgetreten sind.

Außerdem müssen sich prinzipiell in der Kernspintomographie (MRT) die für die Multiple Sklerose typischen Veränderungen nachweisen lassen.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem fachärztlicherseits bestätigt wird, dass die oben genannten Voraussetzungen gegeben sind.

Zusatzzahlung

Bei Einschluss dieser Option wird bei einer erstmalig unbefristet anerkannten Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 eine einmalige Zusatzzahlung in Höhe von 12 Monatsrenten erbracht. In den letzten vier Jahren der Versicherungsdauer wird eine reduzierte Zusatzzahlung geleistet. Sie beträgt

im viertletzten Jahr der Versicherungsdauer 80 %, im drittletzten Jahr 60 %, im vorletzten Jahr 40 % und im letzten Jahr 20 % der vereinbarten Zusatzleistung.

Rentendynamik im Leistungsfall

Bei Einschluss dieser Option erhöht sich während der Dauer der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 die garantierte versicherte Berufsunfähigkeitsrente (ohne Berücksichtigung der jeweils festgelegten Überschussanteilsätze) um den jeweils vereinbarten Prozentsatz. Die Erhöhung erfolgt jährlich jeweils zum Beginn des neuen Versicherungsjahres¹⁾. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit erfolgt die erste Erhöhung mit Ablauf der Karenzzeit zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres, sofern zu diesem Zeitpunkt eine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 gegeben ist. Die Dynamisierung der Berufsunfähigkeitsrente endet mit Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

Verzicht auf die Anwendung des § 163 VVG

Bei Einschluss dieser Option verzichten wir auf unser nach § 163 VVG unter bestimmten Voraussetzungen bestehendes Recht, bei einer Zunahme unseres Leistungsbedarfs gegenüber den zugrundegelegten technischen Berechnungsgrundlagen die Beiträge auch für bestehenden Versicherungen zu erhöhen.

- (2) Ein Wechsel von der SBU-solution in die SBU-professional ist während der Laufzeit jederzeit zur Hauptfälligkeit zum bisher versicherten Beruf mit maximal gleicher Restlaufzeit und maximal gleich hoher Berufsunfähigkeitsrente möglich. Sofern bei der Umwandlung keine zusätzlichen Optionen gewählt werden, erfolgt der Wechsel ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- (3) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Abs. 3) berufsunfähig, erbringen wir die vereinbarten Leistungen unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit.
- (4) Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung aufgrund einer Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Sofern Leistungen aus der Option Dread Disease in Anspruch genommen werden, entsteht der vorgenannte Anspruch frühestens nach Ablauf des sechsmonatigen Leistungszeitraums dieser Option (vgl. § 1 Abs. 1 Dread Disease).
- (5) Der Anspruch auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt, die Pflegebedürftigkeit weniger als einen Punkt erreicht, die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.
- (6) Mit Beendigung der Versicherung endet auch Ihr Versicherungsschutz. Ihre Versicherung endet bei Ablauf des Vertrages oder bei Tod der versicherten Person.
- (7) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.
Auf schriftlichen Antrag stunden wir bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht die Zahlung des laufenden Beitrags zinslos. Nach Vereinbarung können Sie innerhalb eines Zeitraumes von 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). Bei Vereinbarung einer Karenzzeit werden die Beiträge für diesen Zeitraum weder gestundet noch zurückgezahlt.
- (8) Bei Vereinbarung einer Karenzzeit entsteht der Anspruch auf Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht erst mit Ablauf der Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Die Bestimmungen gemäß § 12 dieser Bedingungen finden auch bis zum Ablauf der Karenzzeit sinngemäß Anwendung.
Die Karenzzeit beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.
Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache erneut Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.
- (9) Nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres kann der Versicherungsnehmer mit einer Frist von einem Monat verlangen, ab der nächsten Versicherungsperiode bei vollem Versicherungsschutz für sechs Monate von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.
Die Anpassungsmöglichkeit besteht unter folgenden Voraussetzungen:

- einmalig während der Versicherungsdauer bei Nachweis von Arbeitslosigkeit,
- mehrmals während der Versicherungsdauer bei Nachweis von gesetzlicher Elternzeit von mindestens sechs Monaten.

Nach Ablauf der sechs Monate lebt die Beitragszahlungspflicht automatisch wieder auf.

- (10) Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente kann während der Versicherungsdauer bis auf eine Mindestrente von 600 EUR p.a. abgesenkt und ohne erneute Gesundheitsprüfung in der ursprünglichen Höhe wiederhergestellt werden.

Die Anpassungsmöglichkeit besteht unter folgenden Voraussetzungen:

- einmalig während der Versicherungsdauer ohne Angabe von Gründen für maximal 12 Monate;
- mehrmals während der Versicherungsdauer bei Nachweis von Arbeitslosigkeit für jeweils maximal 24 Monate;
- mehrmals während der Versicherungsdauer bei Nachweis von gesetzlicher Elternzeit für jeweils maximal 36 Monate.

Bei einer Anpassung aufgrund von Arbeitslosigkeit oder gesetzlicher Elternzeit reduziert sich der maximale Zeitrahmen jeweils um sechs Monate, sofern der Versicherungsnehmer wegen des gleichen Ereignisses von seiner Anpassungsmöglichkeit aus Absatz 9 Gebrauch macht und bereits für sechs Monate von der Beitragszahlungspflicht befreit wird oder wurde.

Die Wiederherstellung der ursprünglichen Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung kann jederzeit bis zum Ablauf der vorstehend genannten Fristen beantragt werden. Nach Ablauf der vorstehend genannten Fristen wird der Vertrag automatisch in der ursprünglichen Rentenhöhe wiederhergestellt, sofern der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von 3 Monaten widerspricht. Widerspricht der Versicherungsnehmer der Wiederherstellung der ursprünglichen Höhe der Berufsunfähigkeitsrente, bleibt es bei der verringerten Berufsunfähigkeitsrente.

Eine Wiederherstellung ist ausgeschlossen, wenn vorher die Berufsunfähigkeit eingetreten oder ein Anspruch auf Leistungen aus der Option Dread Disease entstanden ist, sofern diese Option mitversichert ist.

- (11) Besitzt die versicherte Person einen Anspruch auf Zahlung von Krankentagegeld gegen einen privaten Krankenversicherer, gewähren wir auf schriftlichen Antrag hin als Überbrückungshilfe die versicherte Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung ab dem Zeitpunkt, zu dem die Krankentagegeldzahlungen des Krankenversicherers entfallen, weil aus medizinischen Gründen eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung vorliegt, bis zum auf den Abschluss unserer Leistungsprüfung folgenden Monatsersten, längstens aber für die Dauer von sechs Monaten. Die Überbrückungshilfe kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden und nur dann, wenn nicht bereits Berufsunfähigkeitsleistungen gemäß Abs. 1 oder Leistungen aus der Option Dread Disease erbracht werden. Zum Nachweis genügt die Mitteilung des Krankenversicherers über die Leistungseinstellung; geht uns diese Mitteilung erst zu einem nach der Leistungseinstellung des Krankenversicherers liegenden Zeitpunkt zu, wird die Überbrückungshilfe mit Beginn des Monats, in dem uns die Mitteilung zuzug, erbracht. Führt unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmungen vorliegt, verzichten wir auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Überbrückungshilfe, wenn die versicherte Person bis zum Abschluss unserer Leistungsprüfung nicht erneut Krankentagegeld von seinem Krankenversicherer bezieht oder noch beziehen wird. Die Zahlung einer Überbrückungshilfe hat keinen Einfluss auf unsere Rechte aufgrund einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.
- (12) Besitzt die versicherte Person einen Anspruch auf Zahlung von Krankengeld gegen einen gesetzlichen Krankenversicherer, gewähren wir auf schriftlichen Antrag hin als Überbrückungshilfe die versicherte Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung ab dem Zeitpunkt, zu dem die Krankengeldzahlungen des gesetzlichen Krankenversicherers entfallen, weil die versicherte Person eine Rente wegen voller Erwerbsminderung von der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht, bis zum auf den Abschluss unserer Leistungsprüfung folgenden Monatsersten, längstens aber für die Dauer von sechs Monaten. Die Überbrückungshilfe kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden und nur dann, wenn nicht bereits Berufsunfähigkeitsleistungen gemäß Abs. 1 oder Leistungen aus der Option Dread Disease erbracht werden. Zum Nachweis genügt die Mitteilung des gesetzlichen Krankenversicherers über die Leistungseinstellung; geht uns diese Mitteilung erst zu einem nach der Leistungseinstellung des gesetzlichen Krankenversicherers liegenden Zeitpunkt zu, wird die Überbrückungshilfe mit Beginn des Monats, in dem uns die Mitteilung zuzug, erbracht. Führt unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmungen vorliegt, verzichten wir auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Überbrückungshilfe, wenn die versicherte Person bis zum Abschluss unserer Leistungsprüfung nicht erneut Krankengeld von seinem gesetzlichen Krankenversicherer bezieht oder noch beziehen wird. Die Zahlung einer Überbrückungshilfe hat keinen Einfluss auf unsere Rechte aufgrund einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

- 1) **Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der Versicherungsperiode – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbegins.**

(13) Ist die versicherte Person bei Versicherungsbeginn "Student" (d.h. eine Person, die an einer Hochschule oder Fachhochschule immatrikuliert ist) oder Schüler, ist eine Bessereinstufung der bei Antragstellung bzw. der Versicherungsanfrage zugrundegelegten Berufsgruppe unter folgenden Voraussetzungen ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich:

- die versicherte Person hat ihre akademische bzw. schulische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen;
- die schriftliche Beantragung der Bessereinstufung erfolgt bis spätestens 36 Monate nach Abschluss ihrer akademischen bzw. schulischen Ausbildung;
- die ausgeübte Tätigkeit lässt, nach den dann gültigen Grundlagen, eine Bessereinstufung zu.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, erfolgt eine Berufsgruppeneinstufung nach der dann ausgeübten Tätigkeit. Die Bessereinstufung erfolgt jedoch nicht rückwirkend, sondern ab dem 01. des Folgemonats, in dem uns alle erforderlichen Unterlagen (Nachweis des Ausbildungsabschlusses, Nachweis der dann ausgeübten Tätigkeit) vorliegen.

(14) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie gegebenenfalls weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 20).

(15) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§1a Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

(1) Sie haben das Recht, eine Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie) innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt eines der nachfolgend genannten Ereignisse zu beantragen:

- Heirat oder Schließung/Eingehung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person,
- Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person,
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person,
- Tod des Lebenspartners der versicherten Person,
- Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Immobilie mit einem Mindest-Verkehrswert in Höhe von 50.000 EUR durch die versicherte Person,
- erfolgreicher Schulabschluss und Beginn einer Ausbildung oder Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit durch die versicherte Person,
- erfolgreiche Beendigung eines Studiums an einer staatlich anerkannten Hoch-/Fachhochschule oder einer Berufsausbildung mit Lehrbrief durch die versicherte Person und Aufnahme der entsprechenden beruflichen Tätigkeit,
- Karrieresprung bei Nichtselbständigen, wenn aus nichtselbständiger Tätigkeit der versicherten Person eine dauerhafte Erhöhung des monatlichen Bruttogrundgehalts um mindestens 10 Prozent gegenüber den Durchschnittsbruttogrundgehältern der letzten 12 Monate erreicht wird,
- erstmalige Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (als Hauptberuf) der versicherten Person,
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung durch die versicherte Person,
- Ablegen der Meisterprüfung durch die versicherte Person und Aufnahme einer die Meisterprüfung voraussetzenden Tätigkeit,
- Ausscheiden der versicherten Person als selbständiger Handwerker aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 % für selbständige Versicherte.

Das Recht auf Nachversicherung kann – vorbehaltlich der Regelung in Absatz 2 – in den vorgenannten Fällen jeweils einmalig, bei Geburt bzw. Adoption auch zweimalig in Anspruch genommen werden.

(2) Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente kann während der Beitragszahlungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöht werden. Bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres kann die versicherte Berufsunfähigkeitsversicherung um bis zu 100 % der anfänglichen versicherten Berufsunfähigkeitsrente erhöht werden. Ab Vollendung des 45. Lebensjahres bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres kann die versicherte Berufsunfähigkeitsrente pro Ereignis um maximal 3.000 Euro jährlich erhöht werden.

Unabhängig vom Zeitpunkt der Erhöhungen darf die jährliche Berufsunfähigkeitsrente insgesamt auf maximal 100 % der anfänglichen versicherten Berufsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch auf maximal 40.000 EUR jährliche Berufsunfähigkeitsrente angehoben werden.

Das Recht auf Erhöhung kann während der Beitragszahlungsdauer höchstens dreimal in Anspruch genommen werden. Der Nachversicherungsanlass ist uns mittels geeignetem Nachweis (z.B. Urkunde oder amtliche Bestätigung, Arbeitsvertrag, Gehaltsabrechnung) anzuzeigen.

(3) Dieses Nachversicherungsrecht besteht nur, wenn die gesamte versicherte Berufsunfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater, gesetzlicher und betrieblicher Anwartschaften dann nicht mehr als 60 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person beträgt. Dies

ist in geeigneter Form nachzuweisen. Bei Einschluss einer Dynamik umfasst diese finanzielle Angemessenheitsprüfung auch eine Überprüfung der Höhe des vereinbarten Dynamiksatzes. Dies kann im Einzelfall zu einer Kürzung des Dynamiksatzes auf bis zu 2 % führen.

(4) Das Recht auf Nachversicherung erlischt, wenn

- die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat,
- vor Ausübung des Nachversicherungsrechts eine Berufsunfähigkeit der versicherten Person eingetreten ist oder ein Anspruch auf Leistungen aus der Option Dread Disease besteht, sofern diese mitversichert ist.

§2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Berufsunfähigkeit bei medizinisch, pflegerisch tätigen Berufen im Gesundheitswesen liegt auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen der Gefahr einer Infizierung Dritter ihrer bisherigen Tätigkeit nachzugehen (vollständiges Tätigkeitsverbot). Das vollständige Tätigkeitsverbot muss sich auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstrecken. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen. Medizinisch, pflegerisch tätige Berufe im Sinne dieser Bedingungen sind insbesondere Human-, Zahn-, Veterinärmediziner, Heilpraktiker und Heilbehandler, Apotheker, Therapeuten (Psycho-, Physio-, Ergo-), Krankenpfleger und Krankenschwestern, Altenpfleger und Hebammen.

Bei Schülern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, als Schüler am Unterricht an einer allgemeinen Schule in der Primarstufe, Sekundarstufe I oder Sekundarstufe II ohne spezielle Förderung teilzunehmen – so wie es ohne gesundheitliche Beeinträchtigung möglich war – und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung. Eine spezielle Förderung ist anzunehmen, wenn der Besuch einer Förderschule/Sonderschule oder sonderpädagogische Maßnahmen regelmäßig erforderlich ist.

Bei Studenten liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihr zuletzt betriebenes Studium (z.B. an einer Universität oder Fachhochschule) – so wie es ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Bei Auszubildenden liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihre zuletzt betriebene Ausbildung – so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – fortzusetzen und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Bei Hausfrauen und Hausmännern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihre im Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben – so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet waren – auszuüben und sie in dieser Zeit auch keine andere konkrete Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung. Scheidet die versicherte Person vorübergehend oder endgültig aus ihrer Erwerbstätigkeit aus, besteht während der restlichen Versicherungsdauer weiterhin Versicherungsschutz für die zum Zeitpunkt des Ausscheidens ausgeübte berufliche Tätigkeit gemäß Abs. 1 und Abs. 2 und die damit verbundene Lebensstellung. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn der Versicherte in zumutbarer Weise eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die aufgrund der Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Erwerbstätigkeit entspricht.

Als eine der Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit wird nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Die dabei für die versicherte Person

zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalls auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größe im Vergleich zum jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, begrenzt. Eine Einkommenseinbuße bezogen auf das jährliche Bruttoeinkommen von 20 % oder mehr gilt jedoch in jedem Fall als unzumutbar. Sollte die herrschende Rechtsprechung einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, so ist dieser anzuwenden. In einem begründeten Einzelfall kann aber auch eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein. Krankheitsbedingte Einkommensausfälle werden nicht berücksichtigt.

Sofern bei selbständig Tätigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich ist, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und die versicherte Person eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat. Die im Einzelfall zumutbare Einkommenseinbuße bestimmt sich dabei grundsätzlich nach den Maßstäben der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Eine Einkommenseinbuße von 20 % oder mehr bezogen auf das durchschnittliche jährliche Einkommen aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuern der letzten drei Jahre gilt jedoch in jedem Fall als unzumutbar. Sollte die herrschende Rechtsprechung einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, so ist dieser anzuwenden. In einem begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein.

- (2) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 % außerstande gewesen, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war – auszuüben und hat sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit ausgeübt, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Berufsunfähigkeit. Dies gilt auch für Schüler, Studenten, Auszubildende sowie Hausmänner und Hausfrauen. Die Regelungen in Absatz 1, wann eine Tätigkeit der Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung entspricht, gelten sinngemäß.
- (3) Berufsunfähigkeit auf Grund Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens eine der in Absatz 5 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
- (4) Ist die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall so hilflos gewesen, dass sie für mindestens eine der im Absatz 5 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.
- (5) Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punkttabelle zu Grunde gelegt; wir leisten bei Vorliegen von mindestens einem Punkt:
Die versicherte Person benötigt Hilfe beim:

Fortbewegen im Zimmer **1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

Aufstehen und Zubettgehen **1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden **1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken **1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren **1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft **1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

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

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

- (6) Unabhängig von der Bewertung in Abs. 5 liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf. Das Gleiche gilt für eine versicherte Person, die dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

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

§3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.
- (2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:
 - (a) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren 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 berufsuntfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Außerdem werden wir leisten, wenn die versicherte Person außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten berufsuntfähig wird und als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundesgrenzschutz mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat;
 - (b) 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, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarf gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird;
 - (c) durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen nötig ist;
 - (d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - (e) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
 - (f) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.

§4 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 5 und § 6).

§5 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Sie zahlen während der Beitragszahlungsdauer für jede Versicherungsperiode einen laufenden Beitrag. Versicherungsperiode kann je nach Vereinbarung ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr sein. Die Beiträge werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Ist die Versicherungsperiode kürzer als ein Jahr, erheben wir für zusätzliche Verwaltungsaufwendungen höhere Verwaltungskosten.
- (2) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
- (3) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Absatz 2 genannten Termin eingezogen werden kann und

Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

- (4) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.
- (5) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
- (6) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

§6 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsbeitrag

- (1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.
- (2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nicht-Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§7 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufswertes

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit mit Frist von einem Monat zum Schluss der Versicherungsperiode kündigen.
Wir prüfen dann zunächst, ob eine beitragsfreie Weiterführung Ihrer Versicherung möglich ist. Dies ist dann der Fall, wenn die verbleibende beitragsfrei versicherte Jahresrente eine Mindestsumme in Höhe von 900 EUR erreicht. Wird die verbleibende beitragsfrei versicherte Jahresrente in Höhe von mindestens 900 EUR erreicht, stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei. Wird diese beitragsfrei versicherte Jahresrente nicht erreicht, zahlen wir den Rückkaufswert an Sie aus.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtig versicherte Jahresrente unter einen Mindestbetrag von 900 EUR sinkt. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also ganz kündigen.
- (3) Entsprechend § 169 VVG werden wir – falls vorhanden – den Rückkaufswert erstatten. Der Rückkaufswert ist die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungsrückstellung der Versicherung. Mindestens verwenden wir jedoch den Betrag der Deckungsrückstellung, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung des aufsichtrechtlichen Höchstzillmersatzes (§ 18 Abs. 2) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Von dem so ermittelten Wert erfolgen ein Stornoabzug sowie ein Abzug evtl. vorhandener Beitragsrückstände. Der Stornoabzug beträgt max. 45 % der Deckungsrückstellung. Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (4) Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 3 errechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.
- (5) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile

aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 und 4 berechneten Rückkaufswert enthalten sind oder als Sofortüberschuss die Beiträge reduziert haben.

- (6) Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 18) kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.
- (7) Während des Leistungsbezugs ist ein Kündigungsrecht ausgeschlossen.
- (8) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

- (9) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird. Die aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Deckungsrückstellung mindert sich um den Stornoabzug und evtl. ausstehende Forderungen (z.B. Beitragsrückstände). Der Stornoabzug beträgt max. 20 % der Deckungsrückstellung. Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (10) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 18) keine oder nur eine geringe beitragsfreie Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Mit der Beitragsfreistellung enden auch Ihre Ansprüche aus ggf. eingeschlossenen Optionen (vgl. § 1). Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.
- (11) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 9 zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 900 EUR Jahresrente nicht, erhalten Sie – falls vorhanden – den Rückkaufswert nach Absatz 3 bis 5 und der Vertrag endet. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Berufsunfähigkeitsrente mindestens 900 EUR beträgt.
- (12) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berufsunfähig, bleiben Ansprüche auf Grund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

Beitragsrückzahlung

- (13) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§8 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.
- (2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

- (3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- (4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den

Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

- (5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, haben Sie weder Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Kündigung

- (6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- (7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- (8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 7 Abs. 9 bis 12).

Vertragsanpassung

- (9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (10) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

- (11) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.
- (12) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehandlung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Die Absätze 5 und 6 gelten entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

- (15) Die Absätze 1 bis 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

- (16) Die Ausübung unserer Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.
- (17) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrages können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§9 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

- (1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
- ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
 - eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - ausführliche Berichte der Ärzte oder anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer

des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über die Pflegebedürftigkeit;

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

Sämtliche Unterlagen für die Leistungsprüfung sind in deutscher Sprache einzureichen. Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserebende zu tragen.

- (2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Behörden, Krankenkassen und Sozialversicherungsträger zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit dies zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.
- (3) Erhalten Sie Leistungen aus dieser Berufsunfähigkeitsversicherung, müssen Sie uns die Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit und eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person unverzüglich schriftlich mitteilen.
- (4) Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers oder eines privaten Krankenversicherers über eine dort anerkannte Berufsunfähigkeit reicht als Nachweis einer Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht aus.
- (5) Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies der Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht entgegen. Die versicherte Person ist allerdings verpflichtet, geeignete Hilfsmittel zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Dabei handelt es sich beispielsweise um das Einhalten einer Diät, das Tragen von Stützstrümpfen, das Tragen von Prothesen oder die Verwendung von Seh- und Hörhilfen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform ob, in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen
- unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder
 - weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
 - Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z.B. neutrales Gutachten) einleiten werden

Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie in regelmäßigen Abständen, spätestens alle 4 Wochen, über den Bearbeitungsstand.

- (3) Einen durch Überschreitung der in Absatz 2 genannten Frist nachweislich entstandenen Schaden werden wir ersetzen.

§11 Können wir unsere Leistungsentscheidung zeitlich befristen?

Wir können einmalig für längstens 12 Monate ein zeitlich befristetes Anerkenntnis unter einstweiliger Zurückstellung der Frage aussprechen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Abs. 1 konkret ausübt. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich befristete Anerkenntnis für uns bindend.

§12 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir während der vereinbarten Leistungsdauer berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. Dabei sind Gesundheitsveränderungen ebenso zu berücksichtigen wie das konkrete Ausüben einer zumutbaren Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1, wobei neuerworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 9 Absatz 2 und 3 gelten entsprechend.
- (3) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung 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 bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

- (4) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und ist die Pflegebedürftigkeit auf unter einen Pflegepunkt gesunken bzw. die Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 2 Absatz 6 entfallen, stellen wir unsere Leistungen ein. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gelten entsprechend.

§13 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 9 oder § 12 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 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.

§14 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?

Unsere Leistungen überweisen wir der empfangsberechtigten Person auf ihre Kosten. Bei Überweisungen außerhalb des europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person auch die damit verbundene Gefahr.

§15 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des § 17 Absatz 2 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

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

- (1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.
- (2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift abgesandt werden kann. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (3) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 2 entsprechend.

§17 Wer erhält die Versicherungsleistung?

- (1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Fälligkeit die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.
- (2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
- (3) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie schriftlich angezeigt worden sind.
- (4) Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

§18 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten erhoben und ausgeglichen?

- (1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sog. Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen, RechVersV) sind bereits pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.
- (2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV i. V. m. § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden 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 Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind (vgl. auch § 7). Nähere Informationen können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.

§19 Welche Kosten, Zinsen und öffentliche Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

- (1) Alle das Versicherungsverhältnis unmittelbar betreffenden öffentlichen Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung.
- (2) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrundeliegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird – im letzteren Fall – entsprechend herabgesetzt.

§20 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist bei unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- (a) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifkalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt und zwar nach der derzeitigen Rechtslage am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 u. 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Verbänden zusammengefasst. Gewinnverbände bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Verbände orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen (§ 56 a Versicherungsaufsichtsgesetz). Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

- (b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Soweit Bewertungsreserven entstehen, werden diese monatlich neu ermittelt und den berechtigten Verträgen nach unter (c) beschriebenen Verfahren zugeordnet (§ 153 Abs. 3 VVG). Bei Beendigung eines Vertrages wird – sofern der Vertrag berechtigt ist – der für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelte Betrag zur Hälfte zugeteilt und ausgezahlt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen, insbesondere § 53c, § 54 Absatz 1 und 2, § 56a Absatz 3 und 4 sowie § 81c Absatz 1 und 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes bleiben unberührt. Erfolgt aus technischen, solvenztechnischen oder rechtlichen Gründen eine Änderung des Verfahrens, so wird dies im Anhang des Geschäftsberichtes mit Wirkung für das auf das Berichtsjahr folgende Geschäftsjahr festgelegt.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

- (c) Die Beiträge einer Berufsunfähigkeitsversicherung sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsleistungen benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder

allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung.

Daher entstehen keine oder nur sehr geringe Bewertungsreserven.

Bei Versicherungen mit Ansammlungsguthaben werden die für den jeweiligen Vertrag angesammelten Ansammlungsguthaben ins Verhältnis zur Summe der Kapitalien aller berechtigten Verträge gesetzt. Weitere Informationen zum Zuteilungsverfahren und zum Stichtag der Berechnung können Sie jederzeit bei uns anfordern.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

(a) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Gewinnverbandes, dem Ihre Versicherung zugeordnet ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattungen entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern

Verrechnung mit den laufenden Beiträgen

(b) Versicherungen mit laufender Beitragszahlung werden zu Beginn jeder Versicherungsperiode Überschussanteile zugeteilt. Diese Überschussanteile werden gleichbleibend für das ganze Versicherungsjahr im Verhältnis zum überschussberechtigten Beitrag bemessen. Die innerhalb einer Versicherungsperiode fällig werdenden Überschussanteile werden zu Beginn der Versicherungsperiode mit den Beiträgen verrechnet. Beitragsfrei gestellte oder durch Ablauf der Beitragszahlung beitragsfrei gewordene Versicherungen sind nicht überschussberechtigigt.

Während des Bezugs von Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung

(c) Zu Beginn des Versicherungsjahres wird der Überschussanteil in Prozent der jeweiligen Deckungsrückstellung zugeteilt und zur Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente verwendet.

(3) Die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarktes ist insbesondere bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

§21 Welche Besonderheiten gelten für eine nicht schuldhaft Verletzung der Anzeigepflicht?

Falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände weder vorsätzlich noch grob fahrlässig nicht angezeigt werden, so steht uns nach § 19 Abs. 3 VVG ein Kündigungsrecht und nach § 19 Abs. 4 VVG ein Vertragsänderungsrecht zu. Erfolgte die Nichtanzeige wegen Unkenntnis oder unverschuldet, verzichten wir auf die Ausübung unserer Rechte aus § 19 Abs. 3 VVG und aus § 19 Abs. 4 VVG.

§22 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§23 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d.h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind insbesondere Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
- der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte aus Ihrem Vertrag haben und
- der Steuerpflicht des Leistungsempfängers

maßgebend sein können. Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht davon ausgehen, dass wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden melden.

§24 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungs-

vertrag gegen Sie beim Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

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

Allgemeine Bedingungen für die Pflegerententoption (BPfo)

§1 Welche Option haben Sie?

- (1) Bei Einschluss der Pflegerententoption haben Sie zum Ablauf der Versicherungsdauer der zugehörigen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung das Recht, für die versicherte Person gegen Zahlung eines Einmalbeitrages eine zu diesem Zeitpunkt beginnende Pflegerententversicherung bis zur im Versicherungsschein festgelegten Höhe ohne Gesundheitsprüfung abzuschließen. Maßgeblich ist unser dann für die Pflegerententoption gültiger Pflgetarif. Diese Option selbst bietet keinen Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit.
- (2) Üben Sie die Option aus und wird die versicherte Person während der Dauer der dann abgeschlossenen Pflegerententversicherung mindestens pflegebedürftig nach Pflegestufe I im Sinne von § 4 der vorliegenden Bedingungen, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:
Zahlung der vereinbarten Pflegerente
 - in Höhe von 100 % bei Pflegestufe III
 - in Höhe von 75 % bei Pflegestufe II
 - in Höhe von 50 % bei Pflegestufe I

§2 Wann beginnt der künftig abschließbare Versicherungsschutz?

Wenn Sie die Option ausüben, beginnt der künftig von Ihnen abschließbare Versicherungsschutz aus der Pflegerententversicherung an dem Tag nach Ablauf der Versicherungsdauer der zugehörigen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung.

§3 Wann und wie können Sie diese Option ausüben?

Sie können diese Option frühestens 6 Monate vor dem Ablauf der Versicherungsdauer der zugehörigen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung und spätestens zu diesem Termin ausüben. Die Ausübung muss schriftlich erfolgen.

§4 Wann liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor und wie wird der Pflegefall eingestuft?

- (1) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor,
 - (a) wenn die versicherte Person voraussichtlich mindestens 6 Monate pflegebedürftig im Sinne der Absätze 2 bis 9 ist oder
 - (b) wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in Absatz 11 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf oder
 - (c) im Falle von Demenz im Sinne des Absatzes 13.
- (2) Die in den Absätzen 3 bis 9 enthaltenen Definitionen der Pflegebedürftigkeit und die Einteilung der Pflegestufen entsprechen den Regelungen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand: 21.07.2014). Eine Gesetzesänderung führt zu keiner Leistungsänderung. Für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit und die Einteilung der Pflegestufen sind allein die in diesen Bedingungen enthaltenen Definitionen maßgeblich.
- (3) Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Krankheiten oder Behinderungen im vorgenannten Sinne sind:
 1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (4) Die Hilfe im Sinne des vorangehenden Absatzes besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 3 sind:
 1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

- (6) Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I liegt vor, wenn die pflegebedürftige versicherte Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen.
- (7) Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II liegt vor, wenn die versicherte Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.
- (8) Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe III liegt vor, wenn die versicherte Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.
- (9) Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der pflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach Absatz 5 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.
- (10) Sofern wir Änderungen der §§ 14 und 15 SGB XI bei einem zukünftigen Pflegerentententart übernehme, haben Sie bei Ausübung der Option die Möglichkeit, für die neu abzuschließende Pflegerentententversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung einen von uns angebotenen Tarif zu wählen, der die neue Gesetzeslage berücksichtigt.
- (11) Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des Absatzes 1 (b) ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

Aufstehen und Zubettgehen

1 Punkt

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

An- und Auskleiden

1 Punkt

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.

Waschen

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder einem Wannengriff – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt

Verrichten der Notdurft

1 Punkt

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

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

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die

Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheter 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 Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

- (12) Die Pflegestufen werden wie folgt nach der Anzahl der Punkte gemäß Absatz 11 eingestuft:
- Pflegestufe I bei 3 Punkten
 - Pflegestufe II bei 4 oder 5 Punkten
 - Pflegestufe III bei 6 Punkten
- (13) Pflegestufe II liegt auch vor, wenn die versicherte Person eine schwere kognitive Beeinträchtigung aufweist, die bereits zwölf Monate ununterbrochen bestand oder voraussichtlich zwölf Monate ununterbrochen bestehen wird. Gedeckt sind mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörungen, die durch Unfall oder Erkrankung entstanden sind und als deren Folge die versicherte Person Beaufsichtigung oder Anleitung bei der Verrichtung der so genannten Aktivitäten des täglichen Lebens oder dauernde Beaufsichtigung bedarf, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.
- Eine mittelschwere oder schwere Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, oder Orientierungsvermögen auswirken.
- Die Diagnose einer mittelschweren oder schweren Demenz ist durch einen Facharzt für Neurologie auf der Basis zeitgemäßer Diagnoseverfahren und unter Verwendung standardisierter Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen.
- (14) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.
- (15) Die Pflegebedürftigkeit ist durch eine ärztliche Bescheinigung oder einen Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung nachzuweisen. Der Leistungsbescheid eines Versicherungsträgers der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung ist nur dann als Nachweis der Pflegebedürftigkeit ausreichend, wenn die Feststellung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in die Pflegestufe auf der Grundlage der §§ 14 und 15 SGB XI (Stand: 21.07.2014) erfolgt. Die Vorlage eines Leistungsbescheids, der eine neue Gesetzeslage berücksichtigt, genügt nicht als Nachweis der Pflegebedürftigkeit.

§5 Was gilt bei Erhöhungen der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung aufgrund Dynamik oder Nachversicherungsgarantie?

Erhöhungen der Leistungen aus der zugehörigen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung aufgrund einer Beitrags- oder Summendynamik oder einer Nachversicherungsgarantie führen nicht zu einer Erhöhung der aufgrund dieser Option einschließbaren Pflegerente.

§6 Nachversicherungsgarantie

- (1) Die aufgrund dieser Option einschließbare Pflegerente kann während der Beitragszahlungsdauer der zugehörigen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung alle fünf Jahre zum Beginn des Versicherungsjahres¹⁾ ohne erneute Gesundheitsprüfung um 10 % der im Erhöhungszeitpunkt aktuellen jährlichen Pflegerente erhöht werden (Nachversicherungsgarantie). Insgesamt darf die vorgesehene jährliche Pflegerente auf maximal 42.000 EUR Jahresrente angehoben werden.
- (2) Die Erhöhung muss innerhalb von sechs Monaten nach Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres beantragt werden.
- (3) Das Recht auf Nachversicherung ist ausgeschlossen, wenn vor Ausübung des Nachversicherungsrechts eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person eingetreten ist und diese fort dauert oder ein Anspruch auf Leistungen aus der Option Dread Disease besteht, sofern diese im Rahmen der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung mitversichert ist.
- (4) Das Recht auf Nachversicherung erlischt fünf Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer der zugehörigen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung.

¹⁾ Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der Versicherungsperiode – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.

§7 Wie ist das Verhältnis zur Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung und wann erlischt diese Option?

- (1) Die Option bildet mit der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist, eine Einheit. Sie kann ohne die jeweilige Versicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens mit Ende der Versicherungsdauer der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung erlischt auch die Option.
- (2) Sie können diese Option für sich allein mit der Kündigungsfrist der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung kündigen. Ein Rückkaufwert wird bei Kündigung der Option nicht fällig.
- (3) Bei einem Teilrückkauf oder teilweiser Beitragsfreistellung der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung vermindert sich die Höhe dieser Option im gleichen Verhältnis wie die Leistung aus der jeweiligen Versicherung. Bei vollständiger Beitragsfreistellung erlischt diese Option jedoch vollständig. Ein Rückkaufwert wird bei Erlöschen der Option nicht fällig.
- (4) Diese Option enthält keine Überschussbeteiligung.
- (5) Wenn die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung für den Versicherungsfall eine Befreiung von der Pflicht zur Beitragszahlung vorsieht, so müssen Sie auch für diese Option keine Beiträge zahlen, solange die Beitragsbefreiung der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung andauert.
- (6) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung gilt Absatz 3 entsprechend.
- (7) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw. die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung sinngemäß Anwendung.

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik)

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

- (1) Für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit konstanter Beitragskalkulation (SBU-professional) erhöht sich der Beitrag um den im Antragsformular vereinbarten, ganzzahligen Prozentsatz (wahlweise mindestens 2 % bis maximal 5 %) des Vorjahresbeitrages.
- (2) Bei der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung mit technisch einjähriger Beitragskalkulation (SBU-solution) wird eine prozentuale Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente vereinbart (wahlweise mindestens 2 % bis maximal 5 %).
- (3) Die vereinbarte Dynamik bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- (4) Die Erhöhungen erfolgen bis 5 Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger, als bis die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter¹⁾ von 65 Jahren erreicht hat oder eine Jahresrente von maximal 60.000 EUR überschritten wurde. Bei Beamten, Schülern, Studenten und Hausfrauen/Hausmännern beträgt die maximale Jahresrente 12.000 EUR. Bei Auszubildenden beträgt die maximale Jahresrente 18.000 EUR.

§2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres²⁾.
- (2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.
- (2) Sind Optionen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die Hauptversicherung erhöht. Dies gilt nicht für eine eingeschlossene Pflegerentenoption.

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

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.
- (2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag beeinflussen die Fristen des § 8 – Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht – der Allgemeinen Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung nicht.

§5 Wann erfolgen keine Erhöhungen?

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
- (2) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- (3) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
- (4) Es erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt.

¹⁾ **Das rechnungsmäßige Alter ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Erhöhungstermins und dem Geburtsjahr der versicherten Person.**

²⁾ **Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der Versicherungsperiode – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.**

Die Datenschutz-Grundsätze der Dialog Lebensversicherungs-AG

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein besonderes Anliegen. Wir achten als Ihr Versicherungsunternehmen stets auf einen sorgfältigen und dem Datenschutz entsprechenden Umgang mit Ihren Daten.

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln. Unsere EDV entspricht dem aktuellen Stand der Technik. Für die Wahrung unserer Datenschutz-Grundsätze sorgt unser Datenschutzbeauftragter.

1. Information zur Verwendung Ihrer Daten

Die Dialog Lebensversicherungs-AG wird den sog. „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct) zum 01.01.2014 beitreten. Weitere Informationen zu den Verhaltensregeln sowie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, finden Sie unter „Liste der Dienstleister“.

2. Liste der Dienstleister

Dienstleister, die im Wege der Auftragsdatenverarbeitung für uns tätig sind:

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Dialog Lebensversicherungs-AG	Generali Deutschland Informatik Services GmbH	IT-Dienstleistungen wie z.B. Bereitsstellung Software, Erstellung IT-Sicherheitskonzept
Dialog Lebensversicherungs-AG	Generali Infrastructure Services S.c.a.r.l.	Hardware, Kommunikationsmittel, Intrastruktur
Dialog Lebensversicherungs-AG	Medicals Direct Deutschland GmbH	Aufnahme von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung
Dialog Lebensversicherungs-AG	Generali Deutschland Services GmbH	Abwicklung Zahlungsverkehr, Druck und Versand, Logistik einschließlich Scannen der Eingangspost
Dialog Lebensversicherungs-AG	Generali Deutschland Holding AG	Konzernrevision, Konzerndatenschutz
Dialog Lebensversicherungs-AG	Europ Assistance Versicherungs-AG Europ Assistance Service GmbH	Erbringung von Assistance-Leistungen (Pflegeversicherung)

Dienstleister, die im Wege der Funktionsübertragung für uns tätig sind:

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Dialog Lebensversicherungs-AG	Ärzte, Psychologen, Psychiater, Rückversicherer	Gutachter und Sachverständige
Dialog Lebensversicherungs-AG	Rechtsanwälte	Allgemeine Dienstleistung
Dialog Lebensversicherungs-AG	IT-Berater	IT-Dienstleistungen
Dialog Lebensversicherungs-AG	Letter-Shops	Serienbrief-Erstellung
Dialog Lebensversicherungs-AG	Cosmos Lebensversicherung AG	Leistungsbearbeitung im Leistungsfall
Dialog Lebensversicherungs-AG	Wirtschaftsauskunfteien	Einholung von Auskünften bei Antragstellung und der Leistungsbearbeitung
Dialog Lebensversicherungs-AG	Detekteien	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in begründeten Fällen

3. Hinweise zum Schutz Ihrer Daten

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Die Verhaltensregeln können Sie im Internet unter www.dialog-leben.de/datenschutz abrufen.

Ebenfalls im Internet unter www.dialog-leben.de/datenschutz abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus und übersenden sie per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an Dialog Lebensversicherungs-AG, Halderstraße 29, 86150 Augsburg, 0821 319-0, Email: info@dialog-leben.de.

Weitere Informationen (gem. Art 5 IV Code of Conduct)

Soweit unser Unternehmen Einwilligungen einholt, ist verantwortliche Stelle die Dialog Lebensversicherungs-AG, Halderstraße 29, 86150 Augsburg.

Ihre Rechte

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie geltend machen beim Datenschutzbeauftragten der Dialog Lebensversicherungs-AG Halderstraße 29, 86150 Augsburg, 0821 319-0, Email: datenschutzbeauftragter@dialog-leben.de.

1. Einkommenssteuer

1.1 Private Lebensversicherung

1.1.1 Risikoversicherungen

Risikoversicherungen sind steuerlich begünstigt. Die Beiträge zu Risikoversicherungen, die nur für den Todesfall eine Leistung vorsehen, können grundsätzlich bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 4 EStG) unter Berücksichtigung der Günstigerprüfung (§ 10 Abs. 4a EStG) als Sonderausgaben abgezogen werden. Versicherungsleistungen sind für den Empfänger einkommensteuerfrei.

1.1.2 Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen

Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen sind steuerlich begünstigt. Die Beiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 4 EStG) grundsätzlich als Sonderausgaben abgezogen werden. Eine Beitragsbefreiung ist nicht steuerbar. Renten aus Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil gem. § 55 EStDV zu versteuern. Einmalige Kapitalzahlungen sind einkommensteuerfrei.

1.1.3 Pflegeversicherungen

Pflegeversicherungen sind steuerlich begünstigt. Die Beiträge zu Pflegeversicherungen können grundsätzlich bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 4 EStG) unter Berücksichtigung der Günstigerprüfung (§ 10 Abs. 4a EStG) als Sonderausgaben abgezogen werden. Leistungen aus einer Pflegeversicherung sind grundsätzlich gemäß § 3 Nr. 1a EStG einkommensteuerfrei.

1.1.4 Kapitalversicherungen

Beiträge zu Kapital-Lebensversicherungen können gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 3 a EStG bei der Veranlagung zur Einkommensteuer nicht als Sonderausgaben abgezogen werden.

Der Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und den auf sie entrichteten Beiträgen unterliegt gem. § 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 1 EStG im Erlebensfall oder bei Rückkauf des Vertrages zu 100 v. H. der Einkommensteuer.

Er unterliegt gem. § 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 EStG nur zur Hälfte der Einkommensteuer, wenn

- die Versicherungsleistung nach Ablauf des 62. Lebensjahres
- und nach Ablauf von 12 Jahren erfolgt.

Vom Ertrag (voller Unterschiedsbetrag) wird bei Auszahlung Kapitalertragsteuer (25 %) zuzüglich Solidaritätszuschlag (5,5 % der Kapitalertragsteuer) und ggfs. Kirchensteuer einbehalten und an das zuständige Finanzamt abgeführt.

Liegt der Einkommenssteuersatz des Steuerpflichtigen unter dem pauschalen Einkommenssteuersatz von 25 %, so kann er dies im Rahmen der Einkommenssteuerveranlagung geltend machen und den Ertrag mit dem geringeren persönlichen Steuersatz versteuern. Auch in den Fällen, in denen nur der hälftige Unterschiedsbetrag der Einkommensteuer unterliegt, kann im Rahmen der Einkommenssteuerveranlagung eine Korrektur der Besteuerung und damit eine Steuererstattung erwirkt werden.

Wir sind gesetzlich verpflichtet, Ihr Kirchensteuermerkmal vor Auszahlung von Kapitaleleistungen beim Bundeszentralamt für Steuern abzufragen. Wenn Sie hiernach kirchensteuerpflichtig sind, führen wir die auf den Ertrag der Kapitalzahlung entfallende Kirchensteuer im Rahmen des Steuerabzugs direkt an das Finanzamt ab. Der Sonderausgabenabzug der Kirchensteuer wird in diesen Fällen durch entsprechende Herabsetzung des Kapitalertragsteuersatzes automatisch berücksichtigt. Sofern Sie kirchensteuerpflichtig sind, wir Ihr Kirchensteuermerkmal aber nicht abfragen können, weil Sie der Übermittlung Ihres Kirchensteuermerkmals beim Bundeszentralamt für Steuern widersprochen haben, kann die Kirchensteuer nicht von uns an das Finanzamt abgeführt werden. In diesem Fall setzt das Finanzamt die Kirchensteuer im Veranlagungsverfahren fest.

1.1.5 Zusatzversicherungen

Beiträge, die auf Zusatzversicherungen zu Risikolebensversicherungen sowie Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen entfallen, können grundsätzlich bei gesondertem Beitragsausweis im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 4 EStG) unter Berücksichtigung der Günstigerprüfung (§ 10 Abs. 4a EStG) als Sonderausgaben abgezogen werden. Renten aus Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil aus § 55 EStDV zu versteuern. Einmalige Kapitalzahlungen aus den genannten Zusatzversicherungen sind einkommensteuerfrei.

1.2 Betrieblich veranlasste Lebensversicherungen (ohne Direktversicherungen)

Beiträge zu betrieblich veranlassten Risikoversicherungen und Kapitalversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall (z.B. Rückdeckungsversicherungen zu Pensionszusagen, Keyman-Versicherungen u.a.) sind als Betriebsausgaben steuerlich abzugsfähig. Wird der Gewinn durch Einnahmen/Überschussrechnung (§ 4 Abs. 3 EStG) ermittelt, können die Beiträge zu Kapitalversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall erst in dem Zeitpunkt als Betriebsausgaben abgesetzt werden, in dem die Versicherungsleistung vereinnahmt wird oder feststeht, dass eine Leistung aus der Versicherung nicht fällig wird. Dagegen sind Beiträge für Risikoversicherungen und Beiträge für Zusatzversicherungen sofort abziehbar. Die Ansprüche auf Leistungen aus Lebensversicherungen, die zu einem Betriebsvermögen gehören, sind bei Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich grundsätzlich mit dem Zeitwert der Versicherung (§ 169 VVG) zu aktivieren. Bei der Gewinnermittlung durch Einnahmen-/Überschussrechnung entfällt eine Aktivierung der Versicherungsansprüche. Fällige Leistungen aus Risikoversicherungen und Kapitalversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall oder Zusatzversicherungen sind als Betriebseinnahmen zu erfassen. Im Gegenzug ist der Aktivwert für die Versicherungsansprüche aufzulösen oder ggf. zu vermindern.

2. Erbschaftsteuer

Ansprüche und Leistungen aus Lebensversicherungen unterliegen der Erbschaftsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod (z.B. auf Grund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden und die Leistungen gewisse Freibeträge überschreiten. Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, so ist sie nicht erbschaftsteuerpflichtig.

3. Versicherungsteuer

Beiträge für Risikolebensversicherungen, Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen, Pflegeversicherungen und Kapitalversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall, sind gemäß § 4 S. 1 Nr. 5 VersStG von der Versicherungsteuer befreit.

4. Sonstige Hinweise

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser allgemeinen Angaben über die Steuerregelungen können wir keine Gewähr übernehmen. Sie ersetzen nicht die im Einzelfall erforderliche steuerliche Beratung. Die Angaben beruhen auf den nach derzeitigem Stand (Oktober 2014) geltenden Rechtsvorschriften; künftige Änderungen sind möglich.