

Tarif KL7PL – Stand 01/2008

# Risiko- versicherung



- C. Anlage zur Kundeninformation
- D. Versicherungsbedingungen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Antragsteller und zukünftigen Versicherungsnehmer möchten wir Sie von Anfang an umfassend über Ihren Versicherungsschutz informieren. Zu diesem Zweck haben wir für Sie eine Broschüre entwickelt, die wichtige Vertragsbedingungen enthält. Ihrem individuellen Teil des Vertragsvorschlages (Teil A und B) können Sie entnehmen, welche Abschnitte dieser Broschüre für Ihren Versicherungsschutz Gültigkeit haben. **Die Broschüre entspricht den Vorgaben der gesetzlichen Informationspflichten und wird mit Abgabe Ihrer Vertragserklärung Bestandteil Ihres Versicherungsvertrages.** Bitte heben Sie die Broschüre deshalb sorgfältig auf!

Bei Fragen zu Ihren Vertragsunterlagen wenden Sie sich bitte an Ihren Berater.

## Inhalt

<b>C. Anlage zur Kundeninformation</b>	
I. Beschwerdestellen	3
II. Informationen zu den Anlagemöglichkeiten	3
III. Steuerregelungen für diese Versicherungsart	4
IV. Hinweise zum Geldwäschegesetz	7
<b>D. Versicherungsbedingungen</b>	
– Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Risikoversicherung auf den Todesfall	8
– BB-DYN: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Prämie und Leistungen ohne Gesundheitsprüfung	15
– BB-BUZ: Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	17
– BB-OPT: Besondere Bedingungen für Optionen auf Erhöhung der Versicherungsleistung	26
– ERL-BU: EGO Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit	29

HDI-Gerling Lebensversicherung AG  
Gereonshof 21-39  
50670 Köln  
Postanschrift: 50580 Köln  
Telefon +49 221 144-1  
Telefax +49 221 144-3833

Aufsichtsratsvorsitzender: Herbert K. Haas  
Vorstand: Dr. Hans Löffler (Vorsitzender),  
Michael Beetz, Lüder Mehren, Udo Münstermann,  
Wolfgang Rüdert, Thomas Schulz, Rüdiger Will

Sitz: Köln, Amtsgericht Köln HR B 603  
Deutsche Bank AG, Köln  
BLZ 370 700 60 – Konto-Nr. 1128222

## C. Anlage zur Kundeninformation

### C.I. Beschwerdemanagement / Außergerichtliche Beschwerdestellen

Wenn Sie mit unseren Leistungen oder dem Service unzufrieden oder mit einer Entscheidung unserer Gesellschaft nicht einverstanden sind, können Sie sich an die Abteilung „Kundenservice / Beschwerdeteam Leben“ oder an den Vorstand der HDI-Gerling Lebensversicherung AG in 50580 Köln wenden.

Eine Verpflichtung hierzu besteht nicht.

Sie können sich jederzeit bei Meinungsverschiedenheiten, Beanstandungen oder Beschwerden außergerichtlich an folgende Stellen wenden:

- a) Versicherungsombudsmann e. V.,  
Postfach 080632, 10006 Berlin

Wir sind dem Verein „Versicherungsombudsmann e. V.“ beigetreten. Damit können Sie das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Wir unterwerfen uns einer Entscheidung des Ombudsmanns innerhalb der durch den Verein aufgestellten Regeln.

Weitere Informationen über das Verfahren erhalten Sie von der Geschäftsstelle des Vereins,  
Postfach 080632, 10006 Berlin, oder über  
<http://www.versicherungsombudsmann.de>.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

- b) Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht als  
Aufsichtsbehörde

Sie haben die Möglichkeit, sich an die  
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht  
– Bereich Versicherungsaufsicht – (BAFin),  
Postfach 1308, 53117 Bonn  
zu wenden.

### C.II. Informationen zu den Anlagemöglichkeiten

Die an dieser Stelle beschriebenen Regelungen betreffen nur fondsgebundene Versicherungen und sind daher für Ihren Vertragsvorschlag ohne Bedeutung.

## C.III. Steuerregelungen für diese Versicherungsart

### Steuerliche Förderung für Tarife der privaten Versorgung

#### Allgemeines

Das vorliegende Steuermerkblatt soll Ihnen einen allgemeinen Überblick über die derzeit geltenden steuerlichen Regelungen zu Ihrer privaten Lebensversicherung geben. Hierbei möchten wir darauf hinweisen, dass die nachfolgenden Erläuterungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben und nicht jede einzelne Besonderheit behandeln. Möglicherweise zeigen wir Ihnen Bestimmungen auf, die unter Umständen gar nicht oder erst im Laufe der Zeit für Ihren Versicherungsvertrag relevant werden. Für eine abschließende Betrachtung Ihrer persönlichen Situation wenden Sie sich bitte an einen steuerlichen Berater.

Damit Sie besser zuordnen können, welche der Bestimmungen auf Ihren Vertrag Anwendung finden, haben wir Ihnen im Vertragsvorschlag unter => B. II. 7 „Geltende Steuerregelungen“ eine Beschreibung der Merkmale Ihrer Versorgung gegeben.

Für Vertragsabschlüsse der privaten Versorgung ab dem 01.01.2007 gelten die nachfolgenden Regelungen, soweit der Vertrag nicht der sog. Basisversorgung i. S. des § 10 Abs. 1 Nr. 2 b Einkommensteuergesetz (EStG) und nicht den sog. Altersvorsorgeverträgen i. S. des § 10 a EStG zuzurechnen ist. Die Ausführungen zu Prämien beziehen sich sowohl auf einmalige oder laufende Prämien, als auch auf geleistete Sonderzahlungen.

#### (A) Einkommensteuer

##### (I) Vorsorgeaufwendungen

Im Rahmen von Höchstbeträgen können Prämien zu folgenden Versicherungen als Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 1 Nr. 3 EStG) bei der Veranlagung zur Einkommensteuer geltend gemacht werden:

- Risikoversicherungen, die nur im Todesfall eine Leistung vorsehen,
- selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherungen sowie
- Prämienanteile für Nebenrisiken (die auf den Einschluss des Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Unfalltod- und Pflegefallrisikos sowie auf den Einschluss von Optionen auf Erhöhung der Versicherungsleistungen auf Grund individueller oder pauschaler Kalkulation entfallen), soweit der Versicherer den darauf entfallenden Prämienanteil, den Überschussanteil und die sonstige Leistung für diese Nebenrisiken getrennt ausweist.

Die Prämien zu Rentenversicherungen mit und ohne Kapitalwahlrecht sowie Kapitalversicherungen mit Sparanteil sind dagegen vom Sonderausgabenabzug – bis auf den Prämienanteil für eventuelle Nebenrisiken – ausgeschlossen; dies gilt auch für fondsgebundene Lebensversicherungen.

##### (II) Steuerliche Behandlung von Kapitalleistungen aus Versicherungen

###### 1. Kapitalzahlung und Besteuerung der Erträge

Im Todesfall sind Kapitalauszahlungen einkommensteuerfrei.

Im Erlebensfall oder bei Rückkauf einer Kapitalversicherung mit Sparanteil bzw. einer Rentenversicherung mit und ohne Kapitalwahlrecht, soweit nicht die lebenslange Rentenzahlung gewählt und erbracht wird, sind die im Auszahlungsbetrag enthaltenen Erträge einkommensteuerpflichtig. Dies gilt auch für entsprechende fondsgebundene Versicherungen.

Die Erträge ergeben sich aus dem Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Prämien (Besonderheiten bei entgeltlichem Erwerb.=> s. Absatz (IV)).

Alle Versicherungsleistungen, die vom Versicherer aus dem Versicherungsvertrag erbracht werden, ohne dass sich das versicherte Risiko realisiert hat, sind Leistungen im Erlebensfall oder bei Rückkauf. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um einmalige oder Teilauszahlungen sowie wiederkehrende Bezüge, die nicht die Anforderungen an eine lebenslange Rente erfüllen, handelt (vgl. (A) (III) Leibrenten).

Bei der Ermittlung der steuerpflichtigen Erträge

- ist die Versicherungsleistung um auf eventuelle Nebenrisiken (s. a. Teil (A) (I) des Merkblatts) entfallende Überschussanteile und sonstige Leistungen zu reduzieren, sofern ein getrennter Ausweis erfolgt ist;
- sind die Prämienanteile für Nebenrisiken nicht ertragsmindernd abzuziehen; damit werden die bei der Ermittlung der Erträge zu berücksichtigenden Prämien geringer sein als die tatsächlich gezahlten Prämien;
- gelten die Prämien für die Prämienbefreiung für den Hauptvertrag als Leistung eines Nebenrisikos und mindern als entrichtete Prämien den Ertrag;
- sind bei Teilleistungen (Teilauszahlungen, Auszahlungen in Form von wiederkehrenden Bezügen, die keine lebenslange Rentenzahlung darstellen, sowie Barauszahlungen von laufenden Überschussanteilen) nur die anteilig entrichteten Prämien von der Auszahlung in Abzug zu bringen.

Insbesondere in den Fällen eines frühzeitigen Rückkaufs des Versicherungsvertrags kann es zu einem negativen Unterschiedsbetrag (Verlust) kommen. Sofern der Vertrag mit der Absicht zur Einkunftserzielung zum vereinbarten

Vertragsablauf abgeschlossen worden ist, kann dieser Verlust vom Steuerpflichtigen geltend gemacht werden.

Wenn der Steuerpflichtige zum Zeitpunkt der Kapitalauszahlung das 60. Lebensjahr vollendet hat und der Vertrag seit Vertragsabschluss mindestens 12 Jahre (Mindestvertragsdauer) besteht, dann sind lediglich die Hälfte der Erträge einkommensteuerpflichtig. Für den Beginn der Mindestvertragsdauer bestehen aus Vereinfachungsgründen keine Bedenken, als Zeitpunkt des Vertragsabschlusses den im Versicherungsschein bezeichneten Tag des Versicherungsbeginns gelten zu lassen, wenn innerhalb von drei Monaten nach diesem Tag der Versicherungsschein ausgestellt und die erste Prämie gezahlt wird; ist die Frist von drei Monaten überschritten, tritt an die Stelle des im Versicherungsschein bezeichneten Tages des Versicherungsbeginns der Tag der Zahlung der ersten Prämie.

Steuerpflichtiger ist die Person, die wirtschaftlicher Eigentümer des Anspruchs auf die steuerpflichtige Versicherungsleistung ist; in der Regel wird dies der Versicherungsnehmer sein.

Vertragsänderungen führen zu einer Novation, wenn wesentliche Vertragsmerkmale (z. B. Prämie oder Versicherungsleistung oder Versicherungsdauer oder Prämienzahlungsdauer) erhöht werden; dabei ist grundsätzlich vom Fortbestand des „alten Vertrages“ und nur hinsichtlich der Erhöhung von einem „neuen Vertrag“ auszugehen. Vertragsanpassungen, die bereits bei Vertragsabschluss vereinbart worden sind, sowie hinreichend bestimmte Optionen zur Änderung des Vertrages führen vorbehaltlich der Grenzen des Gestaltungsmissbrauchs nicht zu einem Neubeginn der 12-Jahresfrist.

## 2. Verfahren bei steuerpflichtigen Erträgen

Der Versicherer ist verpflichtet, von den zu versteuernden Erträgen – ohne Berücksichtigung der Besonderheiten bei entgeltlichem Erwerb (s. Absatz (IV) – 25 % Kapitalertragsteuer zuzüglich eines Solidaritätszuschlags von derzeit 5,5 % der Kapitalertragsteuer einzubehalten und an das Finanzamt abzuführen. Es wird die entsprechend reduzierte Leistung ausgezahlt sowie eine Bescheinigung über die abgeführte Kapitalertragsteuer und den Solidaritätszuschlag erstellt. In der Einkommensteuererklärung sind die zu versteuernden Erträge als Kapitalerträge zu deklarieren; die Kapitalertragsteuer und der Solidaritätszuschlag können als Vorauszahlung auf die Einkommensteuerschuld angerechnet werden.

Der Versicherer kann auf den Abzug von Kapitalertragsteuer und Solidaritätszuschlag verzichten, wenn ein Freistellungsauftrag oder eine so genannte "Nichtveranlagungsbescheinigung" vorgelegt wird. Diese Bescheinigung erteilt das jeweilige Wohnsitz-Finanzamt, wenn der Betreffende unbeschränkt einkommensteuerpflichtig ist, d. h. im Inland lebt, und anzunehmen ist, dass er nicht zur Einkommensteuer veranlagt wird.

## (III) Private Renten aus Versicherungsverträgen

### Leibrenten

Leibrenten aus privaten Versicherungsverträgen gehören zu den sonstigen Einkünften und sind als wiederkehrende Bezüge grundsätzlich steuerpflichtig. Leibrenten setzen voraus, dass gleich bleibende oder steigende wiederkehrende Bezüge zeitlich unbeschränkt für die Lebenszeit der versicherten Person (lebenslange Leibrente) vereinbart werden. Leibrenten unterliegen nur mit dem sog. Ertragsanteil (gem. der Tabelle zu § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb EStG) der Einkommensteuer.

Bei Vereinbarung einer Rentengarantiezeit (verlängerte Leibrente) darf diese für Zwecke der Ertragsanteilbesteuerung nicht über die auf volle Jahre aufgerundete verbleibende mittlere Lebenserwartung der versicherten Person bei Rentenbeginn hinausgehen.

Bei einer Erhöhung der Leibrente durch die Gewinnbeteiligung (steigende Zusatzrenten) ist i. d. R. davon auszugehen, dass der Erhöhungsbetrag eine selbständige Rente ist, für die der Ertragsanteil gesondert zu ermitteln ist.

Bei einer Reduzierung der Zusatzrente (durch den fallenden Rentengewinnanteil) gehen wir davon aus, dass weiterhin der Ertragsanteil zu Grunde zu legen ist, der bei Rentenbeginn der Grundrente maßgebend war.

Wird zum Rentenbeginn eine spätere Herabsetzung der Rentenhöhe vereinbart, so liegen steuerlich zwei Renten vor, deren Ertrag unterschiedlich zu ermitteln ist. Der Grundbetrag der Rente bezieht sich auf den nach der Herabstufung der Rentenhöhe verbleibenden Betrag und ist ab Rentenbeginn während der gesamten Bezugszeit mit dem Ertragsanteil zu besteuern. Daneben ist der in den Anfangsjahren den Grundbetrag übersteigende Teil der Rente wie ein wiederkehrender Bezug (s. u.) zu besteuern.

### Überlebensrente

Die mitversicherte Überlebensrente ist erst von dem Zeitpunkt an zu besteuern, in dem die Bedingung für die Zahlung der Überlebensrente eintritt (z. B. Tod des Ehemannes); der Ertragsanteil hängt vom vollendeten Lebensalter des Rentenberechtigten bei Beginn der Überlebensrente ab.

### Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente

Die Erträge aus Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten mit einer vertraglich vereinbarten Höchstlaufzeit (abgekürzte Leibrenten) sind mit dem Ertragsanteil gemäß Tabelle zu § 55 Abs. 2 EStDV zu ermitteln. Der Ertragsanteil hängt von der voraussichtlichen Laufzeit der Rentenzahlung und dem vollendeten Lebensjahr des Rentenberechtigten ab.

Schließt sich an die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten aus Zusatzversicherungen eine Rentenleistung aus dem Hauptvertrag an, so handelt es sich auch dann um eine neue Rente, wenn sich die Rentenhöhe nicht ändert.

### **Pflegerente**

Renten aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung sind einkommensteuerfrei.

### **Sonstige wiederkehrende Bezüge**

Hierzu gehören insbesondere abgekürzte Leibrenten aus aufgeschobenen und sofort beginnenden Rentenversicherungen, die keine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits- oder Pflegerenten sind. Die steuerliche Behandlung ergibt sich aus Teil (A) (II) des Merkblatts.

### **Rentenbezugsmitteilung an die zentrale Stelle**

Die Versicherer sind verpflichtet, die beim Leistungsempfänger als sonstige Einkünfte steuerpflichtigen Leistungen der zentralen Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu melden. Ausgenommen sind „sonstige wiederkehrende Bezüge“.

## **(IV) Ermittlung der Einkünfte bei entgeltlichem Erwerb**

Bei einem entgeltlichen Erwerb durch eine natürliche Person ab dem 01.01.2008 treten im Rahmen der persönlichen Einkommensteuerveranlagung bei der Ermittlung der Erträge gemäß Absatz (II) 1. die Anschaffungskosten an die Stelle der vor dem Erwerb entrichteten Prämien. Dadurch wird gewährleistet, dass nur die Erträge zu versteuern sind, die in der Zeit entstanden sind, in der der Erwerber Inhaber des Anspruchs auf die Versicherungsleistung war.

## **(B) Erbschaftsteuer**

Die Zahlung von Versicherungsleistungen, die an einen anderen als den Versicherungsnehmer erbracht werden, muss vom Versicherer dem zuständigen Erbschaftsteuerfinanzamt angezeigt werden. Ausnahmen bestehen nur für Kapitalversicherungen, wenn der auszahlende Betrag 1.200 EUR nicht übersteigt.

## **(C) Versicherungsteuer**

Prämien zu Lebensversicherungen unterliegen nicht der Versicherungsteuer.

## **(D) Umsatzsteuer**

Leistungen aus Lebensversicherungen sind umsatzsteuerfrei; die Prämien sind ohne Umsatzsteuer zu entrichten.

Die vorstehenden Hinweise sind auf Grundlage der bis zum 01.11.2007 im Bundesgesetzblatt veröffentlichten Gesetze erstellt worden. Ausgenommen sind die Vorschriften zur Abgeltungsteuer, die erst ab 01.01.2009 anzuwenden sind. Verlautbarungen der Finanzverwaltung (Richtlinien, Verfügungen, Erlasse) und Urteile der Finanzgerichte, die bis zum 01.11.2007 veröffentlicht wurden, sind berücksichtigt. Durch künftige Gesetzesänderungen kann sich die Rechtslage, wie sie in den steuerlichen Hinweisen zu Grunde gelegt wurde, ändern.

## C.IV. Hinweise zum Geldwäschegesetz

### **Gesetzlich vorgeschriebene Legitimationsprüfung (Gesetz über das Aufspüren von Gewinnen aus schweren Straftaten)**

Es besteht eine Pflicht zur Identifizierung der/s Versicherungsnehmers/in, wenn die laufende Prämie im Jahr 1.000 EUR oder die Einmalprämie bzw. die Einzahlung in das Prämiendepot 2.500 EUR übersteigt. Dynamische Verträge sind generell zu identifizieren. Zu diesem Zweck ist anhand des gültigen Personalausweises oder des gültigen Reisepasses der Name, das Geburtsdatum, der Geburtsort, die Staatsangehörigkeit und die Anschrift der zu identifizierenden Person sowie Art, Nummer und ausstellende Behörde des amtlichen Ausweises festzuhalten. Die Identifizierung kann auch durch Übersendung einer beglaubigten Kopie des Personalausweises bzw. Reisepasses erfolgen. Bei Firmen ist eine natürliche Person, die für das Unternehmen zeichnungsberechtigt ist, zu identifizieren. Bei Minderjährigen ist der gesetzliche Vertreter zu identifizieren. Wir können auf die Identifizierung verzichten, wenn der/die Versicherungsnehmer/in uns eine Einzugsermächtigung für ein Konto bei einem Kreditinstitut in einem EU-Staat erteilt. Ist der Einzug der Prämie von dem uns benannten Konto nicht möglich, haben wir die Identifizierung anhand des Personalausweises bzw. Reisepasses nachzuholen.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Risikoversicherung auf den Todesfall

(LV\_AVB\_KL7.0801)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Im Text nehmen wir Bezug auf das Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG). Wir werden dafür im Folgenden die Abkürzung VVG verwenden.

## Gliederung

### I. Leistungsbeschreibung

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 3 Was können Sie bis zum Ablauf der Vertragsdauer verändern?

### II. Leistungsauszahlung

- § 4 Wer erhält die Versicherungsleistung?
- § 5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?
- § 6 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

### III. Überschussbeteiligung

- § 7 Wie sind Sie grundsätzlich an den Überschüssen beteiligt?
- § 8 Welche Besonderheiten gelten für Ihre Risikoversicherung?

### IV. Prämienzahlung

- § 9 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?
- § 10 Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?
- § 11 Welche Kosten und Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?
- § 12 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?
- § 13 Wann können Sie Ihre Versicherung prämienfrei stellen?

### V. Vorzeitige Beendigung

- § 14 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

### VI. Sonstiges

- § 15 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?
- § 16 Wo ist der Gerichtsstand?

## I. Leistungsbeschreibung

### § 1 Was ist versichert?

(1) Stirbt die versicherte Person während der Vertragsdauer, zahlen wir die für den Todesfall vereinbarte Versicherungsleistung. Erlebt die versicherte Person den Ablauf der Vertragsdauer, wird die Versicherungsleistung nicht fällig und die Versicherung erlischt.

(2) Bei zwei versicherten Personen erbringen wir die vereinbarte Versicherungsleistung beim Tode der zuerst sterbenden versicherten Person, sofern deren Tod während der Vertragsdauer eintritt. Bei gleichzeitigem Tode der versicherten Personen wird die Versicherungsleistung nur einmal fällig. Mit Auszahlung der Versicherungsleistung erlischt die Versicherung.

### § 2 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht und wo er eintritt. Bei folgenden Ursachen gelten jedoch Einschränkungen der Leistungspflicht.

(2) Bei Tod einer versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen beschränkt sich die für den Todesfall vereinbarte Leistung auf die Auszahlung des für den Todestag gemäß § 14 Absatz 3 berechneten Rückkaufswertes Ihrer Versicherung.

Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes im Ausland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

(3) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf von drei Jahren seit Zahlung der Erstprämie oder seit Wiederinkraftsetzung der Versicherung nach vorheriger Prämienfreistellung beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Todestag gemäß § 14 Absatz 3 berechneten Rückkaufswertes Ihrer Versicherung.

Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

### § 3 Was können Sie bis zum Ablauf der Vertragsdauer verändern?

Sie können beantragen, Ihre Versicherung vollständig oder teilweise in eine andere Versicherung umzutauschen. Dabei können Sie zwischen einer Rentenversicherung, auf Wunsch mit Hinterbliebenenrente, einer Kapital bildenden Versicherung, einer fondsgebundenen Versicherung und einer Risikoversicherung mit verlängerter Versicherungsdauer für den Todesfall nach dem jeweils dann für das Neugeschäft gültigen Tarif wählen. Nähere Einzelheiten, insbesondere zu

Fristen und Voraussetzungen für das Umtauschrecht, können Sie der Kundeninformation entnehmen.

## II. Leistungsauszahlung

### § 4 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Nach dem Tod einer versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

(2) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

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

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

### § 5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

(1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheines. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Prämienzahlung verlangen.

(2) Der Tod einer versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer den in Absatz 1 genannten Unterlagen ist uns eine amtliche, Geburtsdatum und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde einzureichen.

Ferner ist uns ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode einer versicherten Person geführt hat, vorzulegen.

(3) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

(4) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

### § 6 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

(2) Wir können verlangen, dass der Inhaber des Versicherungsscheines seine Berechtigung nachweist. In den Fällen des § 4 Absatz 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten oder dessen schriftliche Zustimmung vorliegt.

## III. Überschussbeteiligung

### § 7 Wie sind Sie grundsätzlich an den Überschüssen beteiligt?

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

(2) Bei der Prämienkalkulation und bei der Berechnung der versicherten Leistungen müssen wir vorsichtige Annahmen über die künftige Entwicklung des Risikoverlaufs und der Kosten sowie – für die Zeit der nach Prämienfreistellung – der Kapitalanlagen (Zinsen) zu Grunde legen, damit wir jederzeit die garantierten Leistungen erbringen können. Aus dem Unterschied zwischen den tatsächlichen und den bei der Prämienkalkulation bzw. Berechnung der Versicherungsleistungen angenommenen

- a) Aufwendungen für Versicherungsfälle (Risikoergebnis),
- b) Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb (Kostenergebnis),
- c) Nettoerträgen der Kapitalanlagen (Zinsergebnis)

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

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

(3) Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist bei unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

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

(4) Die verschiedenen Versicherungsarten (wie z. B. Risiko-, Renten-, Kapitalversicherungen) tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gewinnverbänden zusammengefasst. Gewinnverbände bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gewinnverbände (ggf. können auch mehrere zusammengefasst werden) orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der so genannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Die Rückstellung darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) heranziehen. Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf abzuschwächen.

(5) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Die Prämien sind so kalkuliert, dass sie bis zum jeweils vereinbarten Vertragsablauf für die Deckung von Sterbefällen benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb bei der Risikoversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Die Versicherungsnehmer werden gemäß § 153 Absatz 3 VVG bei Beendigung des Vertrages an den dann vorhandenen Bewertungsreserven zur Hälfte beteiligt. Der Ihrer Versicherung zustehende Anteil an den Bewertungsreserven wird jährlich nach einem verursachungsorientierten Verfahren neu ermittelt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

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

Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Wird Ihre Versicherung in dem in § 9 Absatz 6 beschriebenen Falle als Einzelversicherungsvertrag fortgesetzt, führen wir Ihre Versicherung ab dem Beginn des nächsten Versicherungsjahres in dem dann maßgebenden Gewinnverband.

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

Weitere Erläuterungen zu den einzelnen Gewinnanteilen, den Bezugsgrößen und zur Verwendung der Gewinnanteile während der Versicherungsdauer, enthält der nachfolgende Paragraph.

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

### **§ 8 Welche Besonderheiten gelten für Ihre Risikoversicherung?**

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

- a) bei Gewinnzuteilungsform A in Prozent der Jahresprämie vor Abzug eventueller Gewinnanteile oder
- b) bei Gewinnzuteilungsform B in Prozent der zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres berücksichtigten Risikoprämie.

Sowohl Risiko- als auch Kosten- und Zinsgewinne oder -verluste werden bei der Festsetzung des Gewinnanteils berücksichtigt.

Wir können prämienfreien Versicherungen außerdem Zinsgewinnanteile in Prozent der angesammelten laufenden Gewinnanteile zuteilen.

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

Bei Ihrer Versicherung sind die folgenden Gewinnzuteilungsformen möglich:

- a) Gewinnzuteilungsform A: Wir verrechnen die jährlichen Gewinnanteile mit den fälligen Prämien. Sofern die Versicherung von der Prämienzahlungspflicht befreit ist, werden die Gewinnanteile verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt.
- b) Gewinnzuteilungsform B: Wir erhöhen im Todesfall die Versicherungsleistung um einen Bonus, der in Prozent der Versicherungssumme festgesetzt wird. Der Bonus wird zusammen mit der versicherten Leistung fällig.

## IV. Prämienzahlung

### § 9 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?

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

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

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

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

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

(6) Wurde Ihre Versicherung auf Grund eines Rahmenabkommens zu besonderen Konditionen abgeschlossen, kann sich die vereinbarte Prämie ändern, wenn die Prämie für diese Versicherung nicht mehr im Rahmen des genannten Abkommens gesammelt an uns geleistet bzw. im Rahmen des vertraglich vereinbarten Prämieninkassos per Lastschrift gezahlt wird oder wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme in diesen besonderen Tarifbereich im Rahmen dieses Abkommens nicht mehr erfüllt sind. In diesem Fall führen wir Ihre Versicherung vom nächsten Prämienfälligkeitstermin an als Einzelversicherungsvertrag zu den hierfür geltenden Konditionen weiter. Wir werden Sie über den Eintritt dieser Voraussetzungen und die geänderte Prämie informieren.

### § 10 Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?

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

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

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

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

(4) Die sonstigen Kosten umfassen insbesondere die Aufwendungen für die Verwaltung Ihres Versicherungsvertrages, für die technische Bestandsführung und die jährliche schriftliche Information.

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

(5) Bei einer Prämienfreistellung (§ 13) ändert sich die Höhe der sonstigen Kosten. Die Änderung hängt von der Summe der tatsächlich gezahlten Prämien ab und kann sowohl eine Absenkung als auch eine Erhöhung der sonstigen Kosten bewirken. Wir werden Ihnen die Höhe der ab Prämienfreistellung von uns erhobenen sonstigen Kosten mitteilen.

(6) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung kein Rückkaufswert und keine Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden sind.

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

(1) Wir sind berechtigt, über die in § 10 beschriebenen Kosten hinaus für die nachfolgend genannten Geschäftsvorfälle Kosten gesondert in Rechnung zu stellen. Diese Kosten werden wie folgt ermittelt:

- a) Fallen bei uns für einen der nachfolgend genannten Geschäftsvorfälle interne Kosten an, wird Ihnen hierfür ein Pauschalbetrag in Rechnung gestellt. Der Pauschalbetrag wird von uns anhand der bei einem entsprechenden Geschäftsvorfall durchschnittlich anfallenden Kosten (Zeitaufwand, Personal- und Materialkosten) ermittelt. Im Einzelnen gilt:
  - Für Vertragsänderungen, die eine technische Umstellungsberechnung erfordern (z.B. Verlängerung oder

Verkürzung der Versicherungsdauer), wird eine Gebühr in Höhe von 10 % der in der Kundeninformation genannten technischen Prämiensumme, höchstens jedoch in Höhe von 100 EUR erhoben.

- Wir erheben für besondere Verwaltungsaufwendungen wie etwa nachträgliche Eintragung oder Änderung von Bezugsrechten, Verpfändungen, Abtretungserklärungen, Ausstellung von Ersatzurkunden usw. neben dem Ersatz der Postgebühren eine Gebühr von 1,50 EUR.
- Für Rückläufer im Lastschriftverfahren verlangen wir die hierdurch entstehenden Kosten, höchstens jedoch 5 EUR.
- Wird eine Folgeprämie nicht gezahlt, erhalten Sie eine Mahnung (§ 12 Absatz 4), für die wir eine Mahngebühr von 1 EUR erheben.
- Bei einem Rücktritt gemäß § 12 Absatz 2 können wir von Ihnen eine angemessene Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages verlangen, die insbesondere auch die Kosten einer eventuellen ärztlichen Untersuchung umfasst. Diese Gebühr beläuft sich auf 10 % der Prämien der ersten zwölf Monate ab Versicherungsbeginn.

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

Die Anpassung der Verwaltungskosten wird zwei Monate nach Zugang dieser Information, der Sie auch die Höhe der Anpassung entnehmen können, wirksam. Im Falle einer Erhöhung können Sie der Anpassung binnen sechs Wochen nach Erhalt der Anpassungsmittelung widersprechen. Ein solcher Widerspruch führt in den Grenzen des § 14 zur vollständigen Kündigung des Versicherungsvertrages. Unterbleibt ein fristgerechter Widerspruch, gilt die Anpassung als genehmigt. Die Anpassung wird im Rahmen eines Nachtrags zum Versicherungsschein dokumentiert.

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

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

#### **§ 12 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?**

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

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

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

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

#### **§ 13 Wann können Sie Ihre Versicherung prämienfrei stellen?**

(1) Sie können

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

schriftlich verlangen, dass Ihre Versicherung vollständig oder teilweise in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt wird, sofern die Versicherungssumme nach Prämienfreistellung mindestens 2.500 EUR beträgt. Wird dieser Mindestbetrag nicht erreicht, wird der Rückkaufswert gezahlt und die Versicherung erlischt.

Die Prämienfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.

In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (§ 10) nur geringe Beträge zur Bildung einer prämienfreien Versicherungssumme vorhanden. Darüber hinaus werden bei der Risikoversicherung auf den Todesfall prinzipiell die in jedem Jahr zu entrichtenden Prämien zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und Kosten voll verbraucht. Daher steht eine prämienfreie Versicherungsleistung grundsätzlich nicht zur Verfügung und die Versicherung erlischt ohne Wert, wenn Sie die Prämienzahlung einstellen.

Sofern dennoch nicht verbrauchte Prämienteile zur Verfügung stehen, erfolgt die Berechnung der prämienfreien Versicherungsleistungen gemäß Absatz 3. Die wirtschaftlichen Nachteile können Sie der Tabelle der prämienfreien Leistungen in der Kundeninformation entnehmen.

(2) Bei einer teilweisen Prämienfreistellung ist die Fortsetzung des Versicherungsvertrages nur möglich, sofern die Versicherungssumme nach der teilweisen Prämienfreistellung sowohl für den prämienfreien als auch für den verbleibenden, prämienpflichtigen Versicherungsteil jeweils mindestens 2.500 EUR beträgt.

(3) Wir berechnen die prämienfreien Versicherungsleistungen gemäß § 165 Absatz 2 VVG nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation aus dem Deckungskapital der Versicherung (§ 169 Absatz 3 VVG) unter Berücksichtigung eines Abzugs, der in Absatz 4 näher beschrieben wird.

(4) Der Abzug gemäß § 165 Absatz 2 in Verbindung mit § 169 Absatz 5 VVG beträgt 25 % des Deckungskapitals. Die Höhe des Abzugs können Sie der Kundeninformation entnehmen.

Der Abzug vom Deckungskapital wird zum Ausgleich für die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes erhoben, zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

(5) Etwaige Prämienrückstände werden mit dem Deckungskapital verrechnet.

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

- a) Sofern keine Berufsunfähigkeits-Versicherung bei Beantragung der Prämienfreistellung eingeschlossen war, können Sie die Prämienzahlung innerhalb von sechs Monaten nach dem Prämienfreistellungstermin zum nächsten Monatsersten in der ursprünglich vereinbarten Höhe wieder aufnehmen, wenn die Prämien für den Zeitraum vom Prämienfreistellungstermin bis zur Wiederinkraftsetzung nachgezahlt werden.
- b) Sofern bei Beantragung der Prämienfreistellung eine Berufsunfähigkeits-Versicherung eingeschlossen war, können Sie innerhalb von sechs Monaten nach dem Prämienfreistellungstermin die Wiederinkraftsetzung unter folgenden Voraussetzungen schriftlich verlangen:
  - die Prämienzahlung wird in der ursprünglich vereinbarten Höhe zum nächsten Monatsersten wieder aufgenommen,
  - die Prämien für den Zeitraum vom Prämienfreistellungstermin bis zur Wiederinkraftsetzung werden nachgezahlt,
  - die Versicherungsdauer für die Berufsunfähigkeits-Versicherung ist noch nicht abgelaufen,
  - aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung ist keine Leistung anerkannt oder festgestellt,
  - der prämienfreie Zeitraum darf sechs Monate nicht überschreiten.

## V. Vorzeitige Beendigung

### § 14 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

(1) Sie können Ihre Versicherung unter Beachtung der in § 13 Absatz 1 genannten Termine und Fristen jederzeit vollständig oder teilweise schriftlich kündigen.

Die Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.

In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (§ 10) nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Darüber hinaus werden bei der Risikoversicherung prinzipiell die in jeder Versicherungsperiode zu entrichtenden Prämien zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten voll verbraucht. Daher steht ein Rückkaufswert grundsätzlich nicht zur Verfügung und die Versicherung erlischt ohne Wert.

Sofern dennoch nicht verbrauchte Prämienteile zur Verfügung stehen, erfolgt eine Auszahlung des Rückkaufswertes nach Maßgabe der nachfolgenden Absätze. Die wirtschaftlichen Nachteile können Sie der Tabelle der Rückkaufswerte in der Kundeninformation entnehmen.

(2) Bei einer vollständigen Kündigung wird die Versicherung beendet und wir zahlen den Rückkaufswert aus.

Dies gilt bei einer Teilkündigung entsprechend für den gekündigten Teil. Die Fortsetzung des nicht gekündigten Teils des Versicherungsvertrages ist nur möglich, wenn die

nach Teilkündigung berechnete Versicherungssumme für den verbleibenden Teil mindestens 2.500 EUR beträgt.

Bei der aus der Teilkündigung folgenden Herabsetzung der Versicherungsleistungen vermindern sich unsere Kosten für die Vertragsführung nicht im gleichen Verhältnis. Nach einer Teilkündigung sind daher herabgesetzte Prämien zu entrichten, die wir unter Berücksichtigung dieser unterschiedlichen Verhältnisse ermitteln.

(3) Der Rückkaufswert ergibt sich gemäß § 169 VVG aus dem Deckungskapital der Versicherung unter Berücksichtigung eines Abzugs, der in Absatz 4 näher beschrieben wird.

(4) Der Abzug gemäß § 169 Absatz 5 VVG beträgt 25 % des Deckungskapitals. Die Höhe des Abzugs können Sie der Kundeninformation entnehmen.

Bei prämienfrei gestellten Versicherungen (§ 13) verzichten wir auf diesen Abzug.

Der Abzug vom Deckungskapital wird zum Ausgleich für die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes erhoben, zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

(5) Eventuelle Prämienrückstände werden mit dem Rückkaufswert verrechnet.

## VI. Sonstiges

### **§ 15 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?**

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

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

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

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

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

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

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

### **§ 16 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 Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

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

## BB-DYN: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Prämie und Leistungen ohne Gesundheitsprüfung (LV\_BB\_DYN\_RIS.0801)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

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

Diese Besonderen Bedingungen ändern bzw. ergänzen die AVB.

### Gliederung

#### I. Allgemeine Regelungen für die Erhöhung von Prämie und Leistungen

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

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

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

#### I. Allgemeine Regelungen für die Erhöhung von Prämie und Leistungen

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

(1) Die Erhöhung der Prämie hängt von dem gewählten Anpassungsmodus ab. In der Kundeninformation nennen wir Ihnen den vereinbarten Anpassungsmodus sowie den vereinbarten Prozentsatz der Erhöhung.

(2) Die Erhöhungsprämie wird jeweils ermittelt aus der zuletzt für diese Versicherung gezahlten laufenden Prämie.

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

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

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

##### § 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämie und Versicherungsleistungen?

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

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

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

Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

##### § 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person(en), der restlichen Prämienzahlungsdauer, einem eventuell vereinbarten Prämienzuschlag und den jeweils gültigen Annahmen über Kapitalerträge, Risikoverlauf und Kosten (Kalkulationsgrundlagen) für Erhöhungsleistungen. Hierdurch können sich die Bezeichnung des Tarifs, der Gewinnzuteilungsform sowie die entsprechenden Eingruppierungsmerkmale (z. B. die Tarifgeneration) gegenüber der Anfangsversicherung ändern. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Prämie (§ 1 Absatz 3).

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

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

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

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

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

#### **§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?**

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

(2) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

(3) Sollten Sie nach der letzten Erhöhung innerhalb von drei Jahren von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

(4) Für die Erhöhungen der Versicherungsleistungen für den Fall von Berufsunfähigkeit gelten weitere Regelungen, die im Abschnitt II. beschrieben werden. Dieses gilt jedoch nicht mehr, wenn im Zeitpunkt der Erhöhung keine Leistung für den Fall von Berufsunfähigkeit mitversichert ist.

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

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

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

Ein Bedarf besteht nur, solange durch die im Falle der Berufsunfähigkeit für die versicherte Person zu erwartenden Leistungen eine angemessene Relation zu dem zum Zeitpunkt der Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente bestehenden Einkommen der versicherten Person nicht überschritten wird.

Unter Berücksichtigung aller zu erwartenden Einkünfte der versicherten Person ist die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente bis auf maximal 70 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit möglich.

(2) Das Bestehen des Bedarfs ist von Ihnen nachzuweisen. Wird der Bedarf von Ihnen nicht nachgewiesen, ist die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ausgeschlossen. Für Erhöhungen, die ohne eine Überprüfung unsererseits (Absatz 3) durchgeführt wurden, gilt der Nachweis des Bedarfs jedoch als erbracht.

(3) Wir haben das Recht, die Voraussetzung des Bestehens eines Bedarfs vor jeder Erhöhung zu überprüfen. Im Rahmen der Überprüfung gelten abweichend von den in § 4 Absatz 2 dargestellten Bestimmungen die Fristen und Regelungen für die vorvertragliche Anzeigepflicht entsprechend (Antrag bzw. unverbindliche Anfrage für einen Vertragsvorschlag). Wird von Ihnen der Nachweis des Bedarfs im Rahmen der Überprüfung nicht erbracht, unterbleiben weitere Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente ab dem Zeitpunkt der Überprüfung durch unsere Gesellschaft.

(4) Das Recht auf Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente nach dem gewählten Anpassungsmodus lebt auf Ihren Antrag hin wieder auf, sofern Sie nachweisen, dass die in Absatz 1 genannte Voraussetzung zur Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente wieder erfüllt ist, und die Berufsunfähigkeit noch nicht eingetreten ist. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

(5) Ist eine Berufsunfähigkeitsrente zu einer Risikoversicherung auf den Todesfall mitversichert, und ist die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente auf Grund von Absatz 2 ausgeschlossen, so werden bei der Ermittlung der Erhöhungsprämie abweichend von § 1 Absatz 2 die Prämienanteile für die Berufsunfähigkeitsrente nicht mit berücksichtigt.

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

#### **§ 7 Was geschieht bei Eintritt von Berufsunfähigkeit?**

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

## BB-BUZ: Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (LV\_BB\_BUZ.0801)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Im Text nehmen wir Bezug auf das Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG). Wir werden dafür im Folgenden die Abkürzung VVG verwenden.

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

### Gliederung

#### I. Leistungsbeschreibung

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

#### II. Leistungsauszahlung

- § 4 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?
- § 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 6 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
- § 7 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

#### III. Überschussbeteiligung

- § 8 Welche Besonderheiten gelten vor Leistungsbeginn?
- § 9 Welche Besonderheiten gelten ab Leistungsbeginn?

#### IV. Verhältnis zur Hauptversicherung

- § 10 Wie hängen Haupt- und Zusatzversicherung voneinander ab?
- § 11 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?
- § 12 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeits-Versicherung prämienfrei stellen?
- § 13 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeits-Versicherung kündigen?

### I. Leistungsbeschreibung

#### § 1 Was ist versichert?

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

- a) Vollständige Befreiung von der Verpflichtung zur weiteren Prämienzahlung für die gesamte Versicherung, soweit eine solche Verpflichtung bei Beginn des Leistungsanspruchs noch besteht;
- b) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist.

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

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

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

- a) Die vereinbarte Karenzzeit ist abgelaufen. Karenzzeit ist der in Monaten vereinbarte Zeitraum von dem Tag an, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, bis zum Beginn der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.
- b) Die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen hat bis zum Ablauf der Karenzzeit ununterbrochen bestanden.
- c) Die Berufsunfähigkeit dauert bei Ablauf der Karenzzeit noch an.

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

Die Regelungen gemäß § 6 finden bis zum Ablauf der Karenzzeit sinngemäß Anwendung.

(4) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Prämien in voller Höhe weiter entrichten, wir werden jedoch die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Prämien bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Bei einer vereinbarten Karenzzeit besteht auch bei Anerkennung einer Berufsunfähigkeit bis zum Ende der Karenzzeit die Verpflichtung zur Prämienzahlung, so dass eine Prämien-erstattung oder eine Prämienstundung für diesen Zeitraum nicht erfolgen kann.

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

Sollten wir Ihren Leistungsanspruch aus anderen Gründen als Rücktritt, Anfechtung, Vertragsanpassung gemäß § 19 Absatz 4 VVG oder Ausschluss gemäß § 3 Absätze 2 c) bis e) nicht anerkennen können und sollten Sie hiergegen gerichtlich vorgehen, sind wir auf schriftlichen Antrag bereit, Ihnen die aus einer etwaigen zinslosen Prämienstundung angewachsenen Prämienrückstände und die weiter fälligen Prämien zu stunden. In diesem Fall erheben wir Stundungszinsen ab dem Zeitpunkt unserer Leistungsentscheidung. Die Stundung gewähren wir bis zur unanfechtbaren Entscheidung über Ihren vermeintlichen Leistungsanspruch, längstens jedoch für die Dauer von fünf Jahren seit Zugang Ihres Leistungsantrages bzw. ab Ende des Monats des Ablaufs einer etwa vereinbarten Karenzzeit. Der nachzahlende Betrag kann auf Wunsch in zwölf Monatsraten geleistet werden, wobei wir dann ebenfalls Zinsen erheben.

(5) Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente erlischt, wenn eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt (siehe hierzu auch die Regelungen gemäß § 6 über die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit). Der Anspruch erlischt ferner mit dem Tod der versicherten Person und spätestens bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer; zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

## **§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?**

(1) Als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen gilt

- a) Berufsunfähigkeit infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall (Absätze 2 bis 5)
- b) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit (Absätze 6 bis 10).

Der in diesen Bedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.

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

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

(4) Bei den folgenden beruflichen Ausprägungen gilt bei der Feststellung der Berufsunfähigkeit zusätzlich jeweils:

- a) bei Auszubildenden wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild zu Grunde gelegt;
- b) bei Selbständigen und Freiberuflern liegen die Voraussetzungen für Berufsunfähigkeit nicht vor, wenn diese ihren Arbeitsplatz sowie ihren Tätigkeitsbereich und ggf. ihren Betrieb in zumutbarer Weise umorganisieren können und dadurch keine wesentliche Beeinträchtigung ihrer bisherigen Lebensstellung eintritt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, von der versicherten Person aufgrund ihres unternehmerischen Freiraumes realisiert werden kann und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert;
- c) bei hauptberuflich tätigen Studenten wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das Mindestanforderungsprofil der Berufe zu Grunde gelegt, die mit dem Studienabschluss ausgeübt werden könnten. Diese Regelung gilt ab Studienbeginn für die Dauer der Regelstudienzeit zuzüglich eines von der Regelstudienzeit abhängigen Zeitraums (max. zwei Jahre);
- d) wenn Sie den Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/Hausmann ohne Berufsausübung abgeschlossen haben und wenn dieser Status bei Eintritt der Berufsunfähigkeit noch gegeben ist, orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit allein an den von Ihnen bei Eintritt der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/Hausmann in Ihrem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern. Haben Sie nach Abschluss der Versicherung eine Berufstätigkeit ausgeübt oder üben Sie eine solche noch bei Eintritt der Berufsunfähigkeit aus, so wird dieser Beruf der Prüfung auf Berufsunfähigkeit zu Grunde gelegt.

(5) Es gilt:

- a) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen einer innerhalb von 36 Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben eingetretenen Berufsunfähigkeit beantragt, so sind für die Frage, ob eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Absätze 2 bis 4 vorliegt, der beim Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Beruf maßgebend. Diese Tätigkeit muss der Lebensstellung bei Ausscheiden aus dem Berufsleben entsprechen.
- b) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen einer mehr als 36 Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben eingetretenen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Absätze 2 bis 4 darauf an, dass die versicherte Person zu mindestens 50 % außer Stande ist, eine berufliche Tätigkeit auszuüben, die sie auf Grund vorhandener beruflicher Fähigkeiten und Kenntnisse, die durch Ausbildung und Erfahrung bis zum Ausscheiden aus dem Berufsleben oder danach erworben wurden, ausüben kann. Diese Tätigkeit muss der Lebensstellung bei Ausscheiden aus dem Berufsleben entsprechen.

(6) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Art, Schwere und Ausmaß einer Krankheit, einer

Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate im Umfange von mindestens drei Pflegepunkten nach den Absätzen 8 bis 10 pflegebedürftig sein wird.

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

(8) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für die in der folgenden Punktetabelle genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf und diese Hilfe auch täglich erfolgt.

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

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- a) Fortbewegen im Zimmer: 1 Punkt  
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.
- b) Aufstehen und Zubettgehen: 1 Punkt  
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- c) An- und Auskleiden: 1 Punkt  
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
- d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: 1 Punkt  
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.
- e) Waschen, Kämmen oder Rasieren: 1 Punkt  
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- f) Verrichten der Notdurft: 1 Punkt  
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie – sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann, – ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettenschüssel verrichten kann oder weil – der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

(9) Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punktetabelle gemäß Absatz 8 sind mehr als drei Pflegepunkte erreicht, wenn die versicherte Person

- a) wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf oder
- b) wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann (Bewahrung) oder
- c) dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

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

### § 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

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

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse; dies gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes im Ausland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung, es sei denn, dass uns der Anspruchserhebende nachweist, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;

- f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.

## II. Leistungsauszahlung

### § 4 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

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

- a) bei einer Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 2 bis 5:
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit und
  - ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Grad der Beeinträchtigung, dem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf nachgehen zu können, und
  - Unterlagen über die von der versicherten Person durch Ausbildung und Erfahrung erworbenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse, über ihren Beruf, ihre Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.
- b) bei einer Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absätze 6 bis 10:
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit und
  - ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Umfang der Pflegebedürftigkeit und
  - eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Beginn, Art, Umfang und Dauer der bisherigen bzw. zu erwartenden künftigen Pflege.

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

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

- a) die beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person und über die eingetretenen Veränderungen – sofern die versicherte Person selbständig ist auch hinsichtlich der wirtschaftlichen Verhältnisse und der Arbeitssituation des Betriebes – sowie
- b) Beginn, Ursache, Art, Umfang und Verlauf der zur Berufsunfähigkeit bzw. zur Pflegebedürftigkeit führenden Gesundheitsstörungen und
- c) die gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Person vor Abgabe der Erklärung über ihre Gesundheitsverhältnisse oder etwaiger Nacherklärungen vor Abschluss des Vertrages.

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

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

(4) Wir können von Ihnen verlangen, dass Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Die Kosten für die Untersuchung werden von uns übernommen. Reise- und Unterbringungskosten werden nicht erstattet.

### § 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen und Untersuchungsergebnisse erklären wir unverzüglich, ob, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt, ggf. auch für welchen Zeitraum, wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Wir können einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Dieses ist bis zum Ablauf der Frist bindend. Nach Ablauf der zeitlichen Begrenzung besteht eine weitere Leistungspflicht nur, wenn die Fortdauer von Berufsunfähigkeit geltend gemacht wird und eine Berufsunfähigkeit gegeben ist.

### § 6 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sowie während einer Karenzzeit sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 bzw. den Wegfall der Leistungspflicht nach § 1 Absatz 5

nachzuprüfen; insbesondere können wir auch einen Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

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

- a) Die versicherte Person übt auf der Basis dieser neu erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse auch tatsächlich eine neue berufliche Tätigkeit aus.
- b) Die versicherte Person kann auf Grund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse diese Tätigkeit ausüben.
- c) Diese ausgeübte berufliche Tätigkeit entspricht der Lebensstellung der versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit.

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

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

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

(4) Sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bei Anspruchserhebung oder bei unserer Erklärung gemäß § 5 bereits nicht mehr besteht, gilt die in Absatz 3 genannte Frist für die Einstellung der Leistungen nicht. In diesem Fall bestehen Ansprüche längstens für den Zeitraum vom Eintritt bis zum Wegfall der Berufsunfähigkeit.

### § 7 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

(1) Solange eine Obliegenheit nach § 4 oder § 6 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder arglistig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(2) Die Ansprüche auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bleiben abweichend von Absatz 1 insoweit bestehen, als

die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist; dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

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

## III. Überschussbeteiligung

### § 8 Welche Besonderheiten gelten vor Leistungsbeginn?

(1) Im Abschnitt „Überschussbeteiligung“ der AVB haben wir im Paragraphen „Wie sind Sie grundsätzlich an den Überschüssen beteiligt?“ beschrieben, welche Arten von Überschüssen wann entstehen können (Zins-, Risiko- und Kostenergebnis) und wodurch deren Höhe beeinflusst wird.

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

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

Bei Ihrer Versicherung können die folgenden Gewinnzuteilungsformen vereinbart werden:

- a) **Gewinnzuteilungsform A:** Wir verrechnen die Risikogewinne mit den fälligen Prämien. Im Falle der Prämienfreistellung verwenden wir, sofern die Berufsunfähigkeits-Versicherung prämienfrei fortgesetzt werden kann, danach die Gewinnanteile abhängig von der abgeschlossenen Hauptversicherung wie folgt. Handelt es sich um eine Risikoversicherung, so werden die Gewinnanteile zur Erhöhung des Ansammlungsguthabens der Hauptversicherung verwendet. Bei einer fondgebundenen Versicherung werden die Gewinnanteile wie die Zinsgewinnanteile gemäß Absatz 3 und bei den verbleibenden Hauptversicherungen wie bei Gewinnzuteilungsform G verwendet.
- b) **Gewinnzuteilungsform B:** Wir erhöhen bei Eintritt des Versicherungsfalles die Berufsunfähigkeitsrente um einen Bonus, der in Prozent der versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrente festgesetzt wird. Der Bonus wird zusammen mit der versicherten Leistung fällig. Führt eine Neufestsetzung der Gewinnanteile zu einer Reduzierung des Bonus, so können Sie – sofern noch keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 eingetreten ist –

die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb von drei Monaten nach Zugang unserer Mitteilung beantragen. Wir teilen Ihnen schriftlich mit, ab wann die Reduzierung des Bonus wirksam wird und wie hoch die Erhöhungsbeträge für Rente und Prämie sind.

Die Risikogewinne für die Versicherung der Prämienbefreiung werden nach Gewinnzuteilungsform G zugeteilt.

- c) **Gewinnzuteilungsform G:** Wir verwenden zum Ende des Versicherungsjahres die Risikogewinne als zusätzliche laufende Gewinnanteile bei der Hauptversicherung. Handelt es sich bei der Hauptversicherung um eine Risikoversicherung oder eine fondsgebundene Versicherung, so kann diese Gewinnzuteilungsform nicht gewählt werden.

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

Wir werden diese Zinsgewinne zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zuteilen. Bei Gewinnzuteilungsform G erhöht der Zinsgewinn in Anteilen des Deckungskapitals für die versicherte Leistung den zusätzlichen laufenden Gewinnanteil bei der Hauptversicherung; bei Gewinnzuteilungsform A und Risikoversicherungen als Hauptversicherungen wird dieser Zinsgewinnanteil zur Erhöhung des Ansammlungsguthabens der Hauptversicherung verwendet. Der verbleibende Zinsgewinn bzw. bei Gewinnzuteilungsform A und fondsgebundenen Versicherungen sowie bei Gewinnzuteilungsform B der komplette Zinsgewinn wird als Prämie für einen Rentenzuwachs zur Erhöhung der versicherten Leistungen verwendet. Diese Erhöhung wird nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und ist für die Zukunft garantiert.

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

#### **§ 9 Welche Besonderheiten gelten ab Leistungsbeginn?**

(1) Wir werden Ihrer Versicherung einen Gewinnanteil zuteilen, der sich so bemisst, dass er zur Finanzierung der im Absatz 2 beschriebenen Leistungserhöhung ausreicht. Dieser Gewinnanteil berücksichtigt sowohl die Zins- als auch die Risiko- und Kostengewinne oder -verluste.

(2) Während der Fälligkeit der Berufsunfähigkeitsrente können wir jährlich einen Rentenzuwachs bilden, der in Prozent der Berufsunfähigkeitsrente einschließlich des Bonus und des erreichten Rentenzuwachses bemessen wird. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungstichtag (Beginn eines Versicherungsjahres). Diese Erhöhung wird nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und ist für die Zukunft garantiert.

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

## **IV. Verhältnis zur Hauptversicherung**

### **§ 10 Wie hängen Haupt- und Zusatzversicherung voneinander ab?**

(1) Die Berufsunfähigkeits-Versicherung bildet mit der abgeschlossenen Hauptversicherung eine Einheit. Sofern aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung Ansprüche anerkannt oder festgestellt sind, bleibt sie während der Dauer der Berufsunfähigkeit bis zum Ablauf der Berufsunfähigkeits-Versicherung oder bis zum Ablauf eines eventuell erklärten befristeten Anerkenntnisses auch ohne die Hauptversicherung bestehen.

Wenn Sie eine Berufsunfähigkeits-Versicherung zu einer fondsgebundenen Versicherung eingeschlossen haben und nach einer Prämienfreistellung die Hauptversicherung erlischt, weil das Anteilguthaben infolge einer ungünstigen Wertentwicklung vollständig aufgebraucht ist, so wird die prämienfreie Berufsunfähigkeits-Versicherung auch ohne die Hauptversicherung längstens bis zum Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer fortgeführt.

In allen anderen Fällen erlischt bei Beendigung der Hauptversicherung auch die Berufsunfähigkeits-Versicherung.

(2) Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung werden durch den Ablauf der Hauptversicherung nicht berührt, sofern die Berufsunfähigkeits-Versicherung nicht zeitgleich abläuft.

(3) Ist unsere Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung anerkannt oder festgestellt und hat bei Beginn des Leistungsanspruchs noch eine Verpflichtung zur weiteren Prämienzahlung der Hauptversicherung bestanden, so berechnen wir die Überschussbeteiligung der Hauptversicherung so, als ob die Berufsunfähigkeits-Versicherung nicht Bestandteil Ihrer Versicherung wäre, Sie aber die Prämie für die Hauptversicherung wie vereinbart gezahlt hätten.

(4) Wurde Ihre Versicherung auf Grund eines Rahmenabkommens zu besonderen Konditionen abgeschlossen, kann sich die vereinbarte Prämie ändern, wenn die Prämie für diese Versicherung nicht mehr im Rahmen des genannten Abkommens gesammelt an uns geleistet bzw. im Rahmen des vertraglich vereinbarten Prämieninkassos per Lastschrift gezahlt wird oder wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme in diesen besonderen Tarifbereich im Rahmen dieses Abkommens nicht mehr erfüllt sind. In diesem Fall führen wir Ihre Versicherung vom nächsten Prämienfälligkeitstermin an als Einzelversicherungsvertrag zu den hierfür geltenden Konditionen weiter. Wir werden Sie über den Eintritt dieser Voraussetzungen und die geänderte Prämie informieren.

(5) Wird die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt und haben Sie dies zu vertreten, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. In diesem Falle verlangen wir von Ihnen eine Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages, die sich auf 10 % der Prämien der ersten zwölf Monate ab Versicherungsbeginn bzw. auf 3 % der Einmalprämie beläuft. Der Paragraph „Welche Kosten und Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?“ im Abschnitt „Prämienzahlung“ der AVB für die Hauptversicherung gilt entsprechend.

(6) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

(7) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die AVB für die Hauptversicherung Anwendung.

### **§ 11 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?**

Solange keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit anerkannt oder festgestellt worden sind, können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten die Hauptversicherung zusammen mit der Berufsunfähigkeits-Versicherung gemäß § 12 prämienvoll stellen. Auf Anfrage unterbreiten wir Ihnen Vorschläge zur vollständigen Aufrechterhaltung Ihres Versicherungsschutzes aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung.

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

- a) die Prämienzahlung wird in der ursprünglich vereinbarten Höhe zum nächsten Monatsersten wieder aufgenommen,
- b) die Versicherungsdauer für die Berufsunfähigkeits-Versicherung ist noch nicht abgelaufen,
- c) aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung ist keine Leistung anerkannt oder festgestellt,
- d) der prämienvolle Zeitraum darf sechs Monate nicht überschreiten.

Handelt es sich bei Ihrer Hauptversicherung um eine Risikoversicherung, sind die Prämien für den Zeitraum vom Prämienfreistellungstermin bis zur Wiederinkraftsetzung nachzuzahlen.

Bei allen anderen Hauptversicherungen haben Sie die Möglichkeit, die Prämien für den Zeitraum vom Prämienfreistellungstermin bis zur Wiederinkraftsetzung nachzuzahlen. Falls Sie die Prämien nicht nachzahlen möchten, wird die Prämie für die Berufsunfähigkeits-Versicherung zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung mit den zu Vertragsbeginn gültigen Kalkulationsgrundlagen neu berechnet. Dies kann sowohl eine Erhöhung als auch eine Reduzierung der Prämie für die Berufsunfähigkeits-Versicherung bedeuten.

### **§ 12 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeits-Versicherung prämienvoll stellen?**

(1) Die Berufsunfähigkeits-Versicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung prämienvoll stellen.

(2) Verlangen Sie die Prämienfreistellung Ihrer Versicherung, so werden die Regelungen in den AVB für die Hauptversicherung durch die Berufsunfähigkeits-Versicherung wie folgt ergänzt:

- a) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeits-Versicherung zu einer fondsgebundenen Rentenversicherung mit Wertpapierfonds eingeschlossen haben:

Bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung, bei der prinzipiell in jeder Versicherungsperiode die zu entrichtenden Prämien zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten voll verbraucht werden. Daher steht eine prämienvolle Versicherungsleistung aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung nicht zur Verfügung und die Berufsunfähigkeits-Versicherung erlischt ohne Wert. Sofern dennoch nicht verbrauchte Prämienanteile aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung zur Verfügung stehen, wird die Berufsunfähigkeits-Versicherung separat prämienvoll gestellt.

Dabei ist es möglich, dass die Berufsunfähigkeits-Versicherung nicht prämienvoll fortgeführt werden kann, weil z. B. die prämienvolle Berufsunfähigkeitsrente nicht den in Absatz 3 vereinbarten Mindestbetrag erreicht. In diesem Fall endet der bisherige Versicherungsschutz hieraus und wir verwenden das insgesamt zur Verfügung stehende Deckungskapital (§ 169 VVG) unter Berücksichtigung des jeweiligen Abzugs zur Berechnung der prämienvollen Leistung zur Erhöhung der Leistung der Hauptversicherung.

Die von uns garantierten Beträge der prämienvollen Berufsunfähigkeitsrente können Sie der Kundeninformation entnehmen.

- b) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeits-Versicherung zu einer anderen Hauptversicherung eingeschlossen haben:

Wir verteilen das insgesamt aus dem Versicherungsvertrag zur Verfügung stehende Deckungskapital (§ 169 VVG) unter Berücksichtigung eines Abzugs zur Berechnung der prämienvollen Leistungen so auf die Haupt- und Zusatzversicherung, dass das Verhältnis zwischen den versicherten Leistungen durch die Umwandlung in eine prämienvolle Versicherung nicht berührt wird.

Dadurch ist es möglich, dass die Berufsunfähigkeits-Versicherung nicht prämienvoll fortgeführt werden kann, weil z. B. die prämienvolle Berufsunfähigkeitsrente nicht den in Absatz 3 vereinbarten Mindestbetrag erreicht. In diesem Fall endet der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung und wir verwenden das insgesamt zur Verfügung stehende Deckungskapital unter Berücksichtigung

des jeweiligen Abzugs bei der Berechnung der prämienfreien Leistung der Hauptversicherung.

Die von uns garantierten Beträge der prämienfreien Versicherungsleistungen können Sie der Kundeninformation entnehmen.

(3) Der erforderliche Mindestbetrag der versicherten jährlichen garantierten Berufsunfähigkeitsrente beträgt 600 EUR. Bei einer teilweisen Prämienfreistellung gilt dieser Mindestbetrag auch für die verbleibende prämienpflichtige Versicherung.

(4) Der Abzug für die Berufsunfähigkeits-Versicherung gemäß § 165 Absatz 2 in Verbindung mit § 169 Absatz 5 VVG beträgt bei Prämienfreistellung zu jedem Zeitpunkt 50 % des aus den Prämien der Berufsunfähigkeits-Versicherung ermittelten positiven Deckungskapitals zur Berechnung der prämienfreien Leistungen. Die Höhe des Abzugs können Sie der Kundeninformation entnehmen.

Der Abzug vom Deckungskapital wird zum Ausgleich für die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes erhoben; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

(5) Bei Prämienfreistellung wird der Rentenzuwachs für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (§ 8) auf Basis seines Deckungskapitals unter Berücksichtigung eines Abzugs von 50 % analog Absatz 4 mit den jeweils gültigen Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen neu berechnet. Zu den Kalkulationsgrundlagen gehören unsere Annahmen über Kapitalerträge (Rechnungszins), Risikoverlauf (Sterblichkeit) und Kosten. Nach der Prämienfreistellung entwickelt sich die Überschussbeteiligung gemäß den Regelungen des § 8 weiter.

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

### **§ 13 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeits-Versicherung kündigen?**

(1) Die Berufsunfähigkeits-Versicherung können Sie zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein kündigen. Die alleinige Kündigung der Berufsunfähigkeits-Versicherung ist nur unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- a) Es handelt sich um eine Versicherung mit laufender Prämienzahlung, zu der noch eine Verpflichtung zur Prämienzahlung besteht, und
- b) die Kündigung erfolgt spätestens fünf Jahre vor Ablauf der Berufsunfähigkeits-Versicherung und aus dieser sind keine Ansprüche anerkannt oder festgestellt.

(2) Kündigen Sie die Berufsunfähigkeits-Versicherung zusammen mit der Hauptversicherung, so werden die Regelungen in den AVB für die Hauptversicherung durch die Berufsunfähigkeits-Versicherung wie folgt ergänzt:

- a) Sind zu diesem Zeitpunkt keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung anerkannt oder festgestellt, so gilt:
  - Haben wir in den AVB der Hauptversicherung bei Kündigung die Zahlung eines Rückkaufswertes vorgesehen, so geht das Deckungskapital der Berufsunfähigkeits-Versicherung und das Deckungskapital des Rentenzuwachses abzüglich des Abzugs nach Absatz 5 bei der Berechnung des Rückkaufswertes oder der nach den AVB der Hauptversicherung ggf. vorgesehenen zusätzlichen prämienfreien Leistung ein. Die Berufsunfähigkeits-Versicherung erlischt dann.
  - Hat die Kündigung für die Hauptversicherung die Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung zur Folge, so gilt dies auch für die Berufsunfähigkeits-Versicherung.
- b) Sind zum Zeitpunkt der Kündigung Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung anerkannt oder festgestellt, so werden diese durch die Kündigung nicht berührt. Die Leistungen aus der Hauptversicherung berechnen wir so, als ob die Berufsunfähigkeits-Versicherung nicht Bestandteil Ihrer Versicherung wäre, Sie aber die Prämie für die Hauptversicherung wie vereinbart gezahlt hätten. Sollten jedoch zu einem späteren Zeitpunkt die Voraussetzungen für unsere Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung entfallen, erlischt diese ohne Anspruch auf die Zahlung eines Rückkaufswertes.

(3) Kündigen Sie nur die Berufsunfähigkeits-Versicherung und führen die Hauptversicherung fort, so gilt Folgendes:

Die Kündigung Ihrer Berufsunfähigkeits-Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.

In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe Paragraph „Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?“ der AVB der Hauptversicherung) nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Darüber hinaus handelt es sich bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung um eine Risikoversicherung, bei der prinzipiell in jeder Versicherungsperiode die zu entrichtenden Prämien zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten voll verbraucht werden. Daher steht ein Rückkaufswert grundsätzlich nicht zur Verfügung und die Berufsunfähigkeits-Versicherung erlischt ohne Wert.

Sofern dennoch nicht verbrauchte Prämienteile zur Verfügung stehen, wird das Deckungskapital der Berufsunfähigkeits-Versicherung und das Deckungskapital des Rentenzuwachses abzüglich des Abzugs nach Absatz 5 zur Erhöhung der Schlussgewinnbeteiligung der Hauptversicherung verwendet. Ist die Hauptversicherung eine Risikoversicherung, so zahlen wir diesen Betrag stattdessen aus.

(4) Bei einer Teilkündigung beträgt der erforderliche Mindestbetrag für die jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente im verbleibenden Teil mindestens 600 EUR.

(5) Der Abzug gemäß § 169 Absatz 5 VVG beträgt bei Kündigung zu jedem Zeitpunkt 50 % des aus den Prämien der Berufsunfähigkeits-Versicherung ermittelten positiven Deckungskapitals. Die Höhe des Abzugs können Sie der Kundeninformation entnehmen.

Wurde Ihre Versicherung bereits vollständig oder teilweise in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt, so beträgt der Abzug für den prämienfreien Teil 15 % des positiven Deckungskapitals dieses Teiles. Für Versicherungen gegen Einmalprämie beträgt der Abzug ebenfalls 15 % des positiven Deckungskapitals.

Der Abzug vom Deckungskapital wird zum Ausgleich für die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes erhoben; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

(6) Im Übrigen gelten die Regelungen zur Kündigung der AVB für die Hauptversicherung entsprechend.

## BB-OPT: Besondere Bedingungen für Optionen auf Erhöhung der Versicherungsleistung (LV\_BB\_OPT.0801)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

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

Diese Besonderen Bedingungen ändern bzw. ergänzen die AVB.

### Gliederung

#### I. Leistungsbeschreibung

- § 1 Welches zusätzliche Recht bietet Ihnen die Option auf (bedarfsabhängige) Erhöhung der Versicherungsleistung?
- § 2 Welche Voraussetzungen gelten für die Ausübung der Option?
- § 3 Welche weiteren Voraussetzungen gelten für die Ausübung der Option auf Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente?
- § 4 Was ist bei der Ausübung der Option für den Abschluss der Anschlussversicherung zu beachten?

#### II. Überschussbeteiligung

- § 5 Wie sind Sie an den Überschüssen aus der Option beteiligt?

#### III. Prämienzahlung

- § 6 Was ist hinsichtlich der Einstellung der Prämienzahlung zu Ihrer Versicherung zu beachten?
- § 7 Wie lange ist die Prämie für die Option zu zahlen und wie ändert sie sich im Falle einer Teilausübung der Option?
- § 8 Welche Kosten und Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

#### IV. Vorzeitige Beendigung

- § 9 Wann können Sie die vereinbarte Option kündigen?
- § 10 In welchen Fällen erlischt die Option vorzeitig?

### I. Leistungsbeschreibung

#### § 1 Welches zusätzliche Recht bietet Ihnen die Option auf (bedarfsabhängige) Erhöhung der Versicherungsleistung?

Mit der Vereinbarung einer Option auf (bedarfsabhängige)

Erhöhung der Versicherungsleistung haben Sie das Recht, den Versicherungsschutz Ihrer Hauptversicherung innerhalb des in der Kundeninformation bzw. im Versorgungskonzept genannten Zeitraums und Umfangs durch den Abschluss neuer Versicherungen (Anschlussversicherung) im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen zu erhöhen und um bis dahin nicht mitversicherte Leistungen zu ergänzen.

#### § 2 Welche Voraussetzungen gelten für die Ausübung der Option?

(1) Die Ausübung der Option muss schriftlich erfolgen.

(2) Innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre kann die Option ohne erneute Gesundheitsprüfung und unabhängig von einem bestimmten Ereignis ausgeübt werden. Für die Option auf Erhöhung einer Berufsunfähigkeitsrente gelten auch in diesem Zeitraum die Voraussetzungen des § 3.

(3) Nach Ablauf dieses Zeitraums können Sie die Option nur ausüben, sofern Sie den Eintritt eines der nachfolgenden Ereignisse nachweisen:

- a) Heirat der versicherten Person
- b) Geburt eines Kindes der versicherten Person
- c) Adoption eines Kindes durch die versicherte Person
- d) Ehescheidung der versicherten Person
- e) Finanzierung im gewerblichen Bereich durch die versicherte Person in Höhe von mindestens 50.000 EUR
- f) Erwerb von Eigentum an einer Immobilie zu Wohnzwecken durch die versicherte Person
- g) Abschluss einer Berufsausbildung durch die versicherte Person
- h) erstmaliger Wechsel von einer nicht selbstständigen Tätigkeit in eine selbständige oder freiberufliche Tätigkeit durch die versicherte Person, die nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird
- i) Wegfall der Versicherungspflicht für die versicherte Person in der Gesetzlichen Rentenversicherung
- j) Wegfall oder Kürzung einer berufsständischen oder betrieblichen Altersversorgung für die versicherte Person
- k) Überdurchschnittliche nachhaltige Einkommenssteigerung: Eine solche liegt vor, wenn sich bei einer nicht selbstständig beschäftigten versicherten Person das Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit des letzten Kalenderjahres um mehr als 10 % (im Vergleich zum davor liegenden Kalenderjahr) erhöht hat. Ist die versicherte Person freiberuflich oder selbständig tätig, so bedeutet eine überdurchschnittliche nachhaltige Einkommenssteigerung, dass sich die Summe der Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der beiden letzten Kalenderjahre um mindestens 20 % gegenüber der Summe der Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der beiden davor liegenden Kalenderjahre erhöht hat.

Sofern die Option innerhalb von sechs Monaten seit Eintritt eines der oben aufgezählten Ereignisse ausgeübt wird, ist keine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.

(4) Der in der Kundeninformation bzw. im Versorgungskonzept dokumentierte Umfang der Option kann entweder auf einmal oder aufgeteilt auf mehrere Teilbeträge ausgeübt werden, sofern die tariflich vorgesehenen Mindestbeträge für die Anschlussversicherung (vgl. § 4) eingehalten werden.

### § 3 Welche weiteren Voraussetzungen gelten für die Ausübung der Option auf Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente?

(1) Die Ausübung einer vereinbarten Option auf Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente steht während der gesamten Optionsdauer unter der zusätzlichen Voraussetzung, dass durch die Erhöhung der im Falle der Berufsunfähigkeit für die versicherte Person zu erwartenden Leistungen eine angemessene Relation zu dem zum Zeitpunkt der Ausübung der Option bestehenden Einkommen der versicherten Person nicht überschritten wird.

Unter Berücksichtigung aller zu erwartenden Einkünfte ist die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente bis auf maximal 70 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit möglich.

(2) Das Bestehen der in Absatz 1 genannten Voraussetzungen ist von Ihnen nachzuweisen. Wird dieser Nachweis nicht erbracht, ist die Ausübung der Option zu diesem Zeitpunkt ausgeschlossen.

(3) Darüber hinaus haben wir das Recht, die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vor jeder Ausübung der Option zu überprüfen und entsprechende Nachweise zu verlangen; wird dieser Nachweis nicht erbracht, ist die Ausübung der Option zu diesem Zeitpunkt ausgeschlossen.

Im Rahmen der Überprüfung gelten die im Antrag bzw. in der unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag genannten Fristen und Regelungen für die vorvertragliche Anzeigepflicht entsprechend.

### § 4 Was ist bei der Ausübung der Option für den Abschluss der Anschlussversicherung zu beachten?

(1) Der Abschluss der Anschlussversicherung erfolgt auf Basis der dann gültigen Tarife, Versicherungsbedingungen und Steuerregelungen. Zuvor vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Anschlussversicherung.

Sofern Sie eine Erhöhung der Todes- oder Erlebensfallleistung beantragen, können Sie sich zwischen dem Abschluss einer fondsgebundenen Versicherung oder einer Kapital-, Risiko- oder Rentenversicherung entscheiden.

Für die Anschlussversicherung kann – soweit tariflich vorgesehen – eine planmäßige Erhöhung von Prämie und Leistungen (Dynamik) vereinbart werden.

(2) Mit der Anschlussversicherung können Versicherungsleistungen maximal in der Höhe des in der Kundeninformation bzw. im Versorgungskonzept genannten Umfangs der Option vereinbart werden. Sieht die Anschlussversicherung verschieden hohe Leistungen für den Todes- oder Erlebens-

fall vor, gilt die Option im Umfang der höheren der beiden Leistungen als ausgeübt.

(3) Sofern der Umfang der Option in Teilbeträgen ausgeübt wird, sind jeweils die dann gültigen Mindestbeträge für Versicherungsleistungen und Prämie einzuhalten.

(4) Der Abschluss der Anschlussversicherung erfolgt frühestens zu Beginn des nächsten Monats nach Zugang Ihrer Mitteilung und spätestens zu Beginn des nächstfolgenden Versicherungsjahres. Haben Sie keinen Erhöhungstermin mitgeteilt, so erfolgt die Erhöhung zu Beginn des nächstfolgenden Versicherungsjahres. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin. Bei der Erhöhung der Versicherungsleistungen darf die am Erhöhungstermin auf volle Jahre aufgerundete verbleibende Versicherungs- oder Leistungsdauer der jeweils zu erhöhenden Versicherungsleistung aus der bereits bestehenden Versicherung nicht überschritten werden.

(5) Die Prämie für die beantragte Erhöhung der Versicherungsleistung wird unter Berücksichtigung des am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person errechnet. Wird die erforderliche Mehrprämie nicht rechtzeitig gezahlt und haben Sie dies zu vertreten, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag der Anschlussversicherung zurücktreten.

(6) Wenn eine Versicherungsleistung für den Fall von Berufsunfähigkeit mitversichert ist und Ansprüche aus dieser Versicherung geltend gemacht werden, steht der Abschluss der Anschlussversicherung ab Eintritt des Versicherungsfalles bis zur Leistungsentscheidung unter Vorbehalt. Sobald verbindlich und abschließend festgestellt ist, dass der Versicherungsfall nicht eingetreten ist, entfällt der Vorbehalt und die Erhöhungen sind endgültig vereinbart. Ist der Versicherungsfall eingetreten, erlöschen die Option (§ 10) und die Anschlussversicherung rückwirkend. Dasselbe gilt, wenn sich erst nach Abschluss der Anschlussversicherung herausstellt, dass der Versicherungsfall zu diesem Zeitpunkt bereits eingetreten war.

## II. Überschussbeteiligung

### § 5 Wie sind Sie an den Überschüssen aus der Option beteiligt?

Es gelten die in Abschnitt "Überschussbeteiligung" der AVB beschriebenen Regelungen. Für die Option werden keine separaten Gewinnanteile festgesetzt.

## III. Prämienzahlung

### § 6 Was ist hinsichtlich der Einstellung der Prämienzahlung zu Ihrer Versicherung zu beachten?

(1) Eine Prämienfreistellung der Option ist nicht möglich.

(2) Verlangen Sie die Prämienfreistellung Ihrer Versicherung gemäß dem Paragraphen "Wann können Sie Ihre Versiche-

zung prämienfrei stellen?" im Abschnitt "Prämienzahlung" der AVB, so erlischt die Option in dem Umfang ohne Wert, in dem die Versicherung prämienfrei gestellt wird, da die Option ein Gestaltungsrecht ist und als solches in keinem Fall zur Entstehung einer prämienfreien Leistung führt.

#### **§ 7 Wie lange ist die Prämie für die Option zu zahlen und wie ändert sie sich im Falle einer Teilausübung der Option?**

(1) Die Prämie für die Option ist bis zu dem Zeitpunkt zu zahlen,

- a) zu dem die Anschlussversicherung abgeschlossen wird. Wird die Option nicht vollständig ausgeübt, so reduziert sich die Prämie nicht im gleichen Verhältnis. Wir teilen Ihnen den Umfang der verbleibenden Option und die reduzierte Prämie mit.
- b) zu dem die Option erlischt (§ 10),
- c) zu dem sie vereinbarungsgemäß abläuft.

(2) Etwaige Prämienrückstände werden bei Fälligkeit der Versicherungsleistung verrechnet.

#### **§ 8 Welche Kosten und Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?**

Sofern Ihre Hauptversicherung keine Gesundheitsprüfung erfordert, wird im Paragraphen "Welche Kosten und Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?" im Abschnitt "Prämienzahlung" der AVB die Liste der Geschäftsvorfälle, für die wir von Ihnen eine pauschale Gebühr erheben können, um folgenden Fall erweitert:

- Bei einem Rücktritt gemäß dem Paragraphen "Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?" im Abschnitt "Prämienzahlung" der AVB können wir von Ihnen eine angemessene Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages verlangen, die insbesondere auch die Kosten einer eventuellen ärztlichen Untersuchung umfasst. Diese Gebühr beläuft sich auf 10 % der Prämien für Ihre Versicherung der ersten 12 Monate ab Versicherungsbeginn.

### **IV. Vorzeitige Beendigung**

#### **§ 9 Wann können Sie die vereinbarte Option kündigen?**

(1) Die Option können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen.

Eine Kündigung der Hauptversicherung gilt stets auch für die Option, da die Option Bestandteil der Hauptversicherung ist und ohne deren Bestehen nicht fortgesetzt werden kann. Dasselbe gilt für etwaige Zusatzversicherungen, soweit sich die Option auf diese Zusatzversicherung bezieht.

(2) Die Option ist ein Gestaltungsrecht und führt als solches in keinem Fall zur Entstehung einer Leistung bei Kündigung. Die Option erlischt damit in dem Umfang ohne Wert, wie sie gekündigt wird.

#### **§ 10 In welchen Fällen erlischt die Option vorzeitig?**

Die Option erlischt mit dem Tod der versicherten Person. Zu Lebzeiten der versicherten Person erlischt die Option vorzeitig,

- a) wenn eine Versicherungsleistung für den Fall von Berufsunfähigkeit mitversichert ist und der Versicherungsfall eintritt, oder
- b) wenn eine außerplanmäßige Änderung der versicherten Leistung von Ihnen beantragt wird, oder
- c) bei fondsgebundenen Rentenversicherungen innerhalb der Basisversorgung mit Beginn einer Prämienpause gemäß dem Paragraphen "Wann können Sie Ihre Versicherung prämienfrei stellen?" in Abschnitt "Prämienzahlung" der AVB, oder
- d) bei einer Risiko-Umtauschversicherung im Zeitpunkt des Umtauschs. Bei einem Teilumtausch erlischt die Option teilweise und der verbleibende Umfang der Optionen reduziert sich entsprechend.

## ERL-BU: EGO Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit (LV\_ERLBU.0801)

### Erläuterungen und Hinweise zum Versicherungsschutz und zu den Bedingungen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

### Gliederung

- § 1 Welche Ursachen müssen zur BU geführt haben?
- § 2 Beinhaltet eine gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (AU) zugleich den Nachweis einer BU?
- § 3 Nach welchen Kriterien und von wem wird der Grad der BU ermittelt?
- § 4 Wie lange muss der Zustand der BU anhalten?
- § 5 Welche Anforderungen werden an den versicherten Beruf gestellt?
- § 6 Der maßgebliche „Beruf“ bei einer Hausfrau/einem Hausmann
- § 7 Der maßgebliche „Beruf“ des Studenten
- § 8 Der maßgebliche „Beruf“ des/der Auszubildenden
- § 9 Der maßgebliche „Beruf“ des Selbständigen
- § 10 Welche Kriterien sind bei der BU-Feststellung „Selbständiger“ zusätzlich zu berücksichtigen?
- § 11 Welche Bedeutung hat die Umorganisation Ihres Betriebes auf die BU-Feststellung?
- § 12 Wann spielt die Umorganisation bei der BU-Feststellung keine Rolle?
- § 13 Spielt die Umorganisation des Arbeitsplatzes auch bei der BU-Feststellung eines Arbeitnehmers eine Rolle?
- § 14 Welcher Beruf ist für die Feststellung der BU maßgeblich?

- § 15 Können Sie bei BU-Eintritt auf einen anderen Beruf verwiesen werden?
- § 16 Welcher Beruf ist im Falle einer Berufsunterbrechung maßgeblich?
- § 17 Was gilt im Falle des Ausscheidens aus dem Berufsleben?
- § 18 Welche Bedeutung hat ein vor BU-Eintritt vorgenommener Berufswechsel?
- § 19 Welche medizinischen Nachweise sind für die Feststellung Ihrer BU erforderlich?
- § 20 Wirkt sich die Nichtbeachtung ärztlicher Anordnungen nachteilig auf Ihren Leistungsanspruch aus?
- § 21 Welche Auswirkungen hat eine Berufsausübung nach BU-Eintritt?
- § 22 Welche Auswirkungen hat die Fortsetzung Ihrer "bisherigen" Berufsausübung nach BU-Eintritt?
- § 23 Welche Auswirkungen hat eine nach BU-Eintritt aufgenommene "neue" berufliche Tätigkeit?
- § 24 Welche Auswirkungen hat die Leistungseinstellung bei Wegfall der Berufsunfähigkeit?
- § 25 In welchem Umfange kann bis zur Feststellung einer BU die weitere Prämienzahlung gestundet werden?

#### § 1 Welche Ursachen müssen zur BU geführt haben?

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

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

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

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

Der Grad Ihrer BU muss mindestens 50 % betragen. Die Feststellung des BU-Grades erfordert zwingend eine möglichst genaue Klärung der Frage, wie sich die ärztlich nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung auf Ihre Fähigkeit zur Ausübung Ihres konkreten Berufes auswirkt. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, in welchem Umfang diese Auswirkungen die Ihren Beruf prägenden Haupttätigkeiten und Hauptaufgaben treffen und welche Nebentätigkeiten Ihres Berufes hiervon ebenfalls betroffen sind. Erst wenn Ihr konkretes berufliches Belastungsprofil mit all seinen Einzel-tätigkeiten und Einzelanforderungen im Detail bekannt ist, können die gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen jeder einzelnen beruflichen Tätigkeit, Aufgabe und Anforderung zugeordnet werden. Die nach dieser Methode festgestellte Beeinträchtigung führt zwangsläufig und zuverlässig zu einem Gesamtbild der beruflichen Einschränkungen und damit zu dem für Sie geltenden Grad der BU. Da die behandelnden Ärzte erfahrungsgemäß die genauen Details der beruflichen Anforderungsprofile ihrer Patienten gar nicht kennen, verfügen sie folglich auch nicht über die Kenntnisse, die für eine sachgerechte Zuordnung der gesundheitlichen Funktionseinbußen auf die einzelnen beruflichen Tätigkeitsfelder und damit für eine zuverlässige Bestimmung des BU-Grades benötigt werden. Der BU-Grad wird demzufolge regelmäßig durch unsere Gesellschaft unter Berücksichtigung der uns bekannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der uns im Einzelnen nachgewiesenen beruflichen Anforderungsprofile festgelegt, wobei wir uns in Einzelfällen berufskundlicher und weiterer medizinischer Beratungen bedienen.

### **§ 4 Wie lange muss der Zustand der BU anhalten?**

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

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

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

### **§ 5 Welche Anforderungen werden an den versicherten Beruf gestellt?**

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

Die folgenden beruflichen Ausprägungen werden wie jeweils beschrieben berücksichtigt.

### **§ 6 Der maßgebliche „Beruf“ bei einer Hausfrau/einem Hausmann**

Wenn Sie den Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/Hausmann ohne Berufsausübung abgeschlossen haben und wenn dieser Status bei BU-Eintritt noch gegeben ist, orientiert sich die Feststellung der BU allein an den von Ihnen bei BU-Eintritt als Hausfrau/Hausmann in Ihrem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern. Haben Sie nach Abschluss der Versicherung eine Berufstätigkeit aufgenommen, ist der zuletzt bei BU-Eintritt ausgeübte Beruf automatisch versichert und für die Feststellung der BU maßgeblich. Sollten Sie etwa während der Vertragsdauer aufgenommene berufliche Tätigkeiten vor Eintritt einer BU wieder aufgegeben haben und bei BU-Eintritt erneut als Hausfrau/Hausmann tätig sein, wird jetzt nicht mehr die konkret ausgeübte Tätigkeit als Hausfrau/Hausmann für die BU-Bewertung zu Grunde gelegt, sondern es finden im BU-Falle vielmehr die Regelungen gemäß § 17 Anwendung.

### **§ 7 Der maßgebliche „Beruf“ des Studenten**

Bei der BU-Feststellung wird das Mindestanforderungsprofil des Berufes zu Grunde gelegt, der dem angestrebten Studienabschluss entspricht. Können mit dem Studienabschluss verschiedene Berufe ausgeübt werden, erfolgt die BU-Feststellung auf der Basis beruflicher Anforderungen mit hohen geistig-mental- und mit überwiegend an einem festem Arbeitsplatz auszuübenden geringen bis leichten körperlichen Tätigkeiten. Diese Regelung gilt ab Studienbeginn für die Dauer der Regelstudienzeit zuzüglich eines von der Regelstudienzeit abhängigen Zeitraums (max. zwei Jahre). Über den für Sie maßgeblichen Beruf bzw. über die beruflichen Tätigkeits- und Anforderungsprofile im Falle eines BU-Eintritts während Ihrer Ausbildung können und sollten Sie mit uns bereits bei Vertragsabschluss eine Vereinbarung treffen.

### **§ 8 Der maßgebliche „Beruf“ des/der Auszubildenden**

Bei der BU-Feststellung wird das der Ausbildung entsprechende Berufsbild mit seinem Mindestanforderungsprofil zu Grunde gelegt. Diese Regelung gilt grundsätzlich für die Dauer der Ausbildung.

### § 9 Der maßgebliche „Beruf“ des Selbständigen

Ihre berufliche Tätigkeit als „Selbständiger“ wird dadurch geprägt,

- dass Sie in Ihren unternehmerischen Gestaltungsrechten grundsätzlich keiner Fremdbestimmung unterworfen sind und
- dass Ihnen das betriebliche Direktionsrecht zukommt, wonach Sie allein darüber bestimmen können, welches betriebliche Arbeitsfeld, in welchem Umfang und für welche Zeit Sie durch eigene Arbeit ausfüllen und das Ihnen gegenüber Ihren Mitarbeitern die Weisungsbefugnis einräumt.

Auf der Grundlage dieser rechtlichen Ausgestaltung Ihrer beruflichen Tätigkeit ist daher Ihr Beruf „die Leitung Ihres Betriebes unter Ihrer Mitarbeit an einer von Ihnen bestimmten Stelle.“ Sie üben diesen Beruf auch dann noch aus, wenn Sie eine bisher Ihnen vorbehaltene betriebliche Tätigkeit gesundheitsbedingt nicht mehr ausführen können, stattdessen aber eine andere betriebliche Tätigkeit ohne gesundheitlich bedingte Einschränkung – sei es auch durch bestimmte organisatorische Maßnahmen – zu übernehmen in der Lage sind.

### § 10 Welche Kriterien sind bei der BU-Feststellung „Selbständiger“ zusätzlich zu berücksichtigen?

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

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

Wenn Sie im Rahmen Ihres unternehmerischen Freiraums und Ihres Direktionsrechts durch eine mögliche und zumutbare betriebliche Umorganisation der Arbeit, des Arbeitsplatzes, der Arbeitsabläufe, durch eine Aufgabenumverteilung bzw. durch eine Übertragung von Arbeiten auf Mitarbeiter

- für sich neue oder andere Tätigkeitsfelder in Ihrem Betrieb schaffen können,
- die gegenüber Ihren bisherigen Tätigkeiten gleichwertig und Ihrer beruflichen Stellung im Betrieb angemessen sind,
- zu deren Ausübung Sie auch die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse besitzen und

- die Sie mit Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung auch ausüben können,

liegen die Voraussetzungen für eine BU im Sinne der BU-Bedingungen nicht vor. Ihre durch vorgenannte Maßnahmen in Ihrem Betrieb geschaffenen neuen Tätigkeitsfelder resultieren allein aus dem zum Bestandteil Ihres Berufes gehörenden „Direktionsrecht“ und sind somit nicht Folge einer Verweisung durch unsere Gesellschaft (siehe hierzu auch § 15).

Die Zumutbarkeit einer Umorganisation ist nicht von einer völligen Kostenneutralität abhängig. Gewisse kostenbedingte Einkommensminderungen sind von Ihnen dann hinzunehmen, wenn dadurch Ihr erzielt Einkommen nicht spürbar unter das Niveau des zuletzt erzielten Einkommens absinkt. Eine Entscheidung über die Zumutbarkeit von einkommensmindernden Kosten einer Umorganisation kann gerechterweise nur im konkreten Einzelfall unter Berücksichtigung der bei BU-Eintritt vorliegenden betrieblichen Verhältnisse und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen getroffen werden. Wir halten hierbei einkommensmindernde Kosten für zumutbar, sofern sie 25 % aller versicherten BU-Leistungen (versicherte jährliche BU-Renten und Bruttoprämien) einschließlich der versicherten BU-Leistungen bei anderen Versicherern nicht übersteigen. Sollten sich jedoch auf Grund der Rechtsprechung der Oberlandesgerichte oder des Bundesgerichtshofes eine andere Zumutbarkeitsbegrenzung ergeben, wäre diese zu berücksichtigen.

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

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

- die Betriebsstruktur oder die Betriebsgröße lassen keine Umorganisation zu,
- die Anzahl der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterstruktur erlauben keine Umorganisation,
- die Umorganisation wäre betriebswirtschaftlich unsinnig oder ist rechtlich unzulässig,
- die Umorganisation erfordert einen erheblichen Kapitaleinsatz,
- die Umorganisation wäre mit unzumutbar hohen Kosten verbunden, die Ihnen eine spürbare und nachhaltige Einkommensminderung bescheren würden,
- durch eine Umorganisation würden Ihnen nur Tätigkeitsfelder verbleiben bzw. geschaffen, für deren Ausübung Ihnen die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse oder die gesundheitlichen Voraussetzungen fehlen,
- durch eine Umorganisation würden Ihnen keine Ihrer Position angemessenen Tätigkeitsfelder, sondern nur noch Verlegenheitsarbeiten verbleiben.

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

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

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

**§ 14 Welcher Beruf ist für die Feststellung der BU maßgeblich?**

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

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

Nein, bei der Erstprüfung Ihrer BU spielt es keine Rolle, ob Sie auf Grund vorhandener Fähigkeiten und Kenntnisse oder auf Grund Ihrer Ausbildung und Erfahrung einen anderen Beruf ausüben könnten (abstrakte Verweisung) oder einen derartigen anderen Beruf bereits ausüben (konkrete Verweisung). Es bestehen also keine Verweisungsrechte, die eine Anerkennung Ihrer BU verhindern können. Der vorgenannte Verweisungsverzicht gilt natürlich auch für „Selbständige“, wobei eine etwaige weitere Ausübung ihres Berufes im eigenen Betrieb mit einem anderen Tätigkeits- oder Aufgabenfeld nicht Gegenstand einer Verweisung ist (siehe hierzu auch die Ausführungen in § 9 bis § 12).

**§ 16 Welcher Beruf ist im Falle einer Berufsunterbrechung maßgeblich?**

Wenn Sie die Ausübung Ihres Berufes vorübergehend bis zu 36 Monate unterbrechen (z. B. wegen Mutterschutz, Erziehungsurlaub oder Arbeitslosigkeit), stellt diese Maßnahme keine Beendigung Ihres Berufes dar. Sollte während einer Berufsunterbrechung der BU-Fall eintreten, ist für die Feststellung Ihrer BU der von Ihnen zuletzt ausgeübte Beruf mit den konkreten Anforderungs- und Tätigkeitsprofilen unmittelbar vor der Unterbrechung maßgeblich. Natürlich finden auch hier – wie zu § 14 – etwa vor der Unterbrechung aus gesundheitlichen Gründen aufgegebenen oder geänderte Tätigkeiten und Aufgaben Berücksichtigung.

**§ 17 Was gilt im Falle des Ausscheidens aus dem Berufsleben?**

Wenn Sie aus eigenem Willen aus dem Berufsleben ausgeschieden sind und damit jegliche Berufstätigkeit aufgegeben haben, ist die Feststellung der BU in einem „bei BU-Eintritt ausgeübten Beruf“ naturgemäß nicht möglich. Die BU wird in diesen Fällen, sofern das Ausscheiden aus dem Berufsleben länger als 36 Monate zurückliegt, nach dem Beruf beurteilt, den Sie bei gesundheitlicher Unversehrtheit tatsächlich mit Ihren bei BU-Eintritt vorhandenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnissen ausüben könnten. Bei Eintritt einer BU während der berufslosen Zeit und nach einem Zeitraum von mehr als 36 Monaten seit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben erfolgt die Feststellung der BU daher nach folgenden Regeln:

- (1) Sind die erforderlichen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse in Ihrem zuletzt bei der Berufsaufgabe ausgeübten Beruf noch vorhanden, erfolgt die BU-Feststellung in dem Beruf, den Sie zuletzt vor Ihrem Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübt haben.
- (2) Sind hingegen die erforderlichen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse in Ihrem zuletzt ausgeübten Beruf infolge einer längeren berufslosen Zeit nicht mehr oder nur noch in einem Umfang vorhanden, der für die Ausübung des früheren Berufes nicht ausreicht, erfolgt die medizinische Feststellung der BU in dem Beruf, den Sie mit den bei BU-Eintritt vorhandenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnissen im gesunden Zustand noch ausüben könnten. Diesen Beruf werden wir mit Ihrer Hilfe und gegebenenfalls mit Hilfe einer neutralen berufskundlichen Beratung ermitteln.

Ist der maßgebliche Beruf festgestellt, werden wir auch prüfen, ob die diesem Beruf folgende Lebensstellung auch der Lebensstellung unmittelbar vor Ihrem Ausscheiden aus dem Berufsleben entspricht. Wenn in dem ermittelten Beruf keine gesundheitsbedingte BU vorliegt, könnte sich dennoch ein Leistungsanspruch ergeben, wenn die mit dem ermittelten Beruf verbundene Lebensstellung nicht der Lebensstellung bei Ihrem Ausscheiden aus dem Berufsleben entspricht. Das ist dann der Fall, wenn die Vergütung für den ermittelten Beruf spürbar unter dem Niveau der Vergütung für den unmittelbar vor dem Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübten Beruf läge. Bei diesem Vergleich entsprechen sich beide Lebensstellungen noch, wenn der neue Beruf zu einer Einkommensminderung zwischen 20-25 % führt. Diese allgemein übliche Zumutbarkeitsgrenze werden wir zwar beachten, aber auch ihre Angemessenheit bezüglich der konkreten Verhältnisse des Einzelfalles zum Zeitpunkt des BU-Eintritts prüfen. Sollte die künftige Rechtsprechung andere, insbesondere geringere Zumutbarkeitsgrenzen festlegen, würden diese Grenzen zu beachten sein.

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

Sie sind nicht verpflichtet, uns einen Berufswechsel anzuzeigen. Wenn Sie Ihren Beruf oder Ihre beruflichen Aufgaben- und Tätigkeitsfelder gewechselt oder wesentlich

geändert haben und diese berufliche Neuorientierung auf die für die Ausübung des neuen Berufs geltende Dauer angelegt sowie auf den Erwerb der Lebenshaltungskosten ausgerichtet ist, gilt Ihr neuer Beruf bzw. die neue berufliche Tätigkeit als „maßgeblicher Beruf“ im Sinne von § 14 für die Feststellung Ihrer BU, und zwar selbst dann, wenn Sie den neuen Beruf bei BU-Eintritt erst kurze Zeit ausgeübt haben.

#### **§ 19 Welche medizinischen Nachweise sind für die Feststellung Ihrer BU erforderlich?**

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

- durch weitere gezielte Rückfragen bei Ihren Ärzten,
- durch etwaige Ergänzungsuntersuchungen, mit denen wir nach Abstimmung mit Ihnen grundsätzlich nur Ihre Ärzte auf unsere Kosten beauftragen würden, oder
- in Einzelfällen durch eine Begutachtung auf unsere Kosten durch Fachärzte

klären bzw. beseitigen. Über den Grund dieser Nachfragen werden wir Sie zeitnah informieren. Eine Information über den Stand der Leistungsprüfung erfolgt aber mindestens alle acht Wochen.

#### **§ 20 Wirkt sich die Nichtbeachtung ärztlicher Anordnungen nachteilig auf Ihren Leistungsanspruch aus?**

Nein, wenn Sie ärztlichen Anordnungen und Empfehlungen, die über den Rahmen des nach medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen notwendigen Behandlungsstandards hinausgehen oder die zur Durchführung Ihrer besonderen und ausdrücklichen Zustimmung bedürfen (z. B. Operationen, Strahlen- und Chemotherapien bzw. sonstige spezielle Behandlungen), nicht Folge leisten, hat dies keinen Einfluss auf die Feststellung und die Anerkennung Ihrer BU.

Aber, im Rahmen der von Ihnen zu erfüllenden allgemeinen Schadenminderungspflicht erwarten wir, dass Sie bei BU-Eintritt die eingeleiteten ärztlichen Behandlungen, Maßnahmen und Verordnungen, die für den Heilungsprozess und die Minderung Ihrer Beschwerden erforderlich und auch zumutbar sind, dulden und befolgen. Hierzu zählen wir beispielsweise auch die Befolgung ärztlich verordneter Medikationen sowie die Benutzung verordneter Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen), orthopädischer Hilfen oder sonstiger medizinisch-technischer Hilfen, deren Einsatz allgemein anerkannt, zumutbar und auch üblich sind. Nur wenn Sie die Ihren Gesundheitsstörungen angemessenen Maßnahmen der medizinischen Grundversorgung oder die entsprechenden

Standardbehandlungen nicht befolgen, ist nicht auszuschließen, dass Ihnen im BU-Falle der Versicherungsschutz versagt bleibt.

#### **§ 21 Welche Auswirkungen hat eine Berufsausübung nach BU-Eintritt?**

Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus die Aufnahme einer Berufstätigkeit nach Eintritt einer BU, sei es in Ihrem bisherigen oder in einem anderen (neuen) Beruf, anzuzeigen. Erst wenn wir Sie im Rahmen der bedingungsgemäß vorgesehenen Nachprüfung Ihrer BU danach fragen, ob Sie nach Eintritt Ihrer BU eine berufliche Tätigkeit ausüben, in welchem Beruf dies geschieht und wie die Tätigkeit ausgestaltet ist, sind Sie zur Auskunft verpflichtet. Einzelheiten zur Nachprüfung, die sich natürlich auch auf die medizinische Seite der BU erstreckt, ergeben sich aus dem Paragraphen „Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?“ im Abschnitt „Leistungsauszahlung“ der BU-Bedingungen.

#### **§ 22 Welche Auswirkungen hat die Fortsetzung Ihrer "bisherigen" Berufsausübung nach BU-Eintritt?**

Eine völlige Aufgabe Ihrer Berufstätigkeit ist nicht Voraussetzung für den Eintritt bedingungsgemäßer BU. Sie verlieren Ihren Anspruch auf die anerkannten Leistungen grundsätzlich auch dann nicht, wenn Sie unter Einsatz übermäßiger Anstrengungen oder unter Aufzehrung Ihrer verbliebenen gesundheitlichen Substanz Ihre Berufstätigkeit mit dem bisherigen vollständigen beruflichen Belastungsprofil oder nur mit den durch Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung nicht betroffenen Tätigkeitsfeldern fortsetzen, vorausgesetzt natürlich, der vertraglich vereinbarte BU-Mindestgrad wird nach ärztlichen Feststellungen erreicht.

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

#### **§ 23 Welche Auswirkungen hat eine nach BU-Eintritt aufgenommene "neue" berufliche Tätigkeit?**

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

- Sie müssen nach Eintritt der BU neue berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse erworben haben (z. B. durch ein Studium, eine neue Berufsausbildung, durch „learning by

- doing“ auf Grund praktischer Berufsausübung oder durch andere Maßnahmen),
- Sie müssen auf der Basis dieser neu erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse tatsächlich eine neue berufliche Tätigkeit ausüben,
  - die neuen beruflichen Aufgaben- und Tätigkeitsfelder müssen Sie auf Grund Ihrer gesundheitlichen Verhältnisse auch ausüben können,
  - die Lebensstellung auf Grund der neuen beruflichen Tätigkeit muss der Lebensstellung Ihres früheren Berufes entsprechen (zur vergleichenden Betrachtung zweier Lebensstellungen siehe die Ausführungen in § 5 und § 17).

#### **§ 24 Welche Auswirkungen hat die Leistungseinstellung bei Wegfall der Berufsunfähigkeit?**

Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne der BU-Bedingungen nicht mehr vor, so werden wir unsere Leistungen einstellen. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit; sie wird nicht vor Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam, frühestens jedoch ab dem darauf folgenden Rentenzahlungstermin. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Prämienzahlung wieder aufgenommen werden. Ist nach Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung keine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert, ist die Prämienzahlung zu Beginn des darauf folgenden Prämienzahlungsabschnittes wieder aufzunehmen. Bei Versicherungen, zu denen für zwei Personen Leistungen im Falle der Berufsunfähigkeit versichert sind, ist die Prämienzahlung nur dann wieder aufzunehmen, sofern kein Leistungsanspruch wegen Berufsunfähigkeit für die andere versicherte Person besteht.

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

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

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

Sollten Sie Rechtsmittel gegen eine Ablehnung Ihres Leistungsanspruchs einlegen, die nicht durch Rücktritt, Anfechtung, Vertragsanpassung gemäß § 19 Absatz 4 VVG oder Ausschluss gemäß den Absätzen 2 c) bis e) im Paragraphen „In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?“ des Abschnitts „Leistungsbeschreibung“ der BU-Bedingungen begründet ist, so sind wir auf Antrag bereit, Ihnen die aus einer etwaigen Prämienstundung angewachsenen zinslosen Prämienrückstände und die weiter fälligen Prämien zu stunden. In diesem Falle erheben wir Stundungszinsen ab dem Zeitpunkt unserer Leistungsentscheidung.

Diese Stundung ist bis zu einer endgültig rechtskräftigen Entscheidung über Ihren vermeintlichen Leistungsanspruch, längstens jedoch für die Dauer von fünf Jahren seit Zugang Ihres Leistungsantrages bzw. ab Ende des Monats des Ablaufs einer etwa vereinbarten Karenzzeit möglich. Sollte Ihr Leistungsanspruch endgültig nicht anerkannt werden, müssten die Prämienzahlung wieder aufgenommen und etwa gestundete Prämien beglichen werden.

Unabhängig von der Dauer der Stundung sind wir in Abstimmung mit Ihnen gerne bereit, Ihnen geeignete Vorschläge hinsichtlich der Tilgung angesammelter Prämien- und Zinsrückstände zu unterbreiten, die eine völlige oder zumindest teilweise Aufrechterhaltung Ihres Versicherungsschutzes zum Ziel haben. Ein nachzuzahlender Betrag kann auf Wunsch auch in zwölf Monatsraten geleistet werden, wobei wir dann ebenfalls Zinsen erheben.





### **Ihre Zukunft in besten Händen.**

HDI-Gerling steht für umfassende Versicherungs- und Vorsorgelösungen, abgestimmt auf die Bedürfnisse unserer Kunden aus Industrie, Mittelstand und Privathaushalten. Was uns auszeichnet, sind zukunftsorientierte, effiziente Produktkonzepte mit einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis sowie ein exzellenter Service.

Bei der HDI-Gerling Lebensversicherung AG verbinden sich die Erfahrung, die Expertise sowie die gute Marktposition von zwei starken und traditionsreichen Marken. Wir bieten ein breites Leistungsspektrum, das von der klassischen Lebensversicherung bis hin zu innovativen Altersvorsorgelösungen für Privatkunden und in der betrieblichen Altersversorgung reicht. HDI-Gerling gehört zum Talanx-Konzern, der nach Prämieinnahmen die drittgrößte deutsche Versicherungsgruppe ist und im Bereich der Lebensversicherung zu den Top 5 in Deutschland gehört. Kennzeichen des Talanx-Konzerns sind finanzielle Stärke, Flexibilität und Wachstum. Die Finanzkraft der Talanx-Erstversicherungsgruppe wird auch von der Rating-Agentur Standard & Poor's mit Bestnoten bewertet.