

Kundeninformationen für eine BU-Starter

der Provinzial NordWest Lebensversicherung Aktiengesellschaft
(KE 30 Stand 01.12.2019)

Inhaltsverzeichnis

- Allgemeine Bedingungen für die Risikoversicherung
- Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsabsicherung für junge Leute
- Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für die Risikoversicherung mit Berufsunfähigkeitsabsicherung für junge Leute (zusätzliche Angaben)
- Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit
- Besondere Bedingungen für die Risikoversicherung mit Berufsunfähigkeitsabsicherung für junge Leute mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung
- Welche Steuerregelungen gelten für eine private Risikoversicherung mit Berufsunfähigkeitsabsicherung für junge Leute?
- Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen für die Risikoversicherung mit Berufsunfähigkeitsabsicherung für junge Leute

Allgemeine Bedingungen für die Risikoversicherung

(Stand 01.12.2019)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhalt

Erläuterung einiger Begriffe

Leistungen und Versicherungsschutz

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 2
Wer erhält die Leistungen?	§ 3
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	§ 4
Wie sind ein Versicherungsjahr und eine Versicherungsperiode definiert?	§ 5

Beitragszahlung

Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	§ 6
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	§ 7

Kündigung und Beitragsfreistellung

Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen, und welche Leistungen erbringen wir?	§ 8
Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, und welche Auswirkungen hat dies auf die Leistungen?	§ 9

Vereinbarung von Abschlusskosten und sonstigen Gebühren

Wie verrechnen wir die Abschlusskosten?	§ 10
Welche Gebühren und Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?	§ 11

Ihre Pflichten

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	§ 12
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 13
Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?	§ 14
Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?	§ 15

Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	§ 16
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	§ 17

Sonstige Vertragsbestimmungen

Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Risikoversicherung umtauschen?	§ 18
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	§ 19
Wann verjähren versicherungsvertragliche Ansprüche?	§ 20
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	§ 21
Wo ist der Gerichtsstand?	§ 22
Wann können wir diese Bedingungen anpassen?	§ 23

Erläuterung einiger Begriffe

Um Ihnen das Lesen der Bedingungen zu erleichtern, erläutern wir nachfolgend einige Begriffe. Diese sind in den Bedingungen unterstrichen.

Bezugsberechtigter ist derjenige, der das Recht auf die Versicherungsleistung hat.

Deckungskapital ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete und für die vereinbarte Leistung angesparte Kapital.

Folgebeiträge sind die nach der ersten Beitragsfälligkeit zu zahlenden Beiträge.

Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen, die für die Kalkulation Ihrer Versicherung benötigt werden. Diese sind im Wesentlichen Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten.

Textform ist beispielsweise erfüllt, wenn die Erklärung in Form eines Briefes, Telefaxes oder einer ausdrückbaren E-Mail abgegeben wird.

Versicherte Person ist diejenige Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen wird.

Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

Leistungen und Versicherungsschutz

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

In Abhängigkeit von der mit Ihnen vereinbarten Versicherungsform erbringen wir die folgenden Versicherungsleistungen:

- (1) **Risikoversicherung (Tarif RU)**
Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme.
- (2) **Risikoversicherung für zwei verbundene Leben (Tarif RUV)**
Wenn eine der versicherten Personen während der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme. Auch bei gleichzeitigem Tod beider versicherter Personen zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme nur einmal.
- (3) **Risikoversicherung mit fallender Versicherungssumme (Tarife RF, RFk)**
Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die jeweils vereinbarte Versicherungssumme. Die Anfangsversicherungssumme bleibt für eine vereinbarte Zeit konstant und fällt dann monatlich um einen vereinbarten gleich bleibenden Betrag.
- (4) **Risikoversicherung mit individuell fallender Versicherungssumme (Tarif RUF)**
Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die jeweils vereinbarte Versicherungssumme. Für jedes Versicherungsjahr wird bei Vertragsabschluss eine Versicherungssumme vereinbart.
- (5) **Risikoversicherung mit individuell fallender Versicherungssumme für zwei verbundene Leben (Tarif RUFV)**
Wenn eine der versicherten Personen während der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die jeweils vereinbarte Versicherungssumme. Für jedes Versicherungsjahr wird bei Vertragsabschluss eine Versicherungssumme vereinbart. Auch bei gleichzeitigem Tod beider versicherter Personen zahlen wir die jeweils versicherte Summe nur einmal.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) Ihr Vertrag erhält eine Überschussbeteiligung. Diese richtet sich nach § 153 VVG in der jeweils zum Zeitpunkt einer Zuteilung geltenden Fassung. Wir ermitteln die Überschüsse nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir die Überschussbeteiligung in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2)
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrages erfolgt (Absatz 3) und
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 4).

- (2) **Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung in ihrer Gesamtheit?**

Wir informieren Sie

- aus welchen Quellen die Überschüsse stammen (a)
- wie wir mit diesen Überschüssen verfahren (b) und
- warum auf Risikoversicherungen keine Bewertungsreserven entstehen (c).

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an den Überschüssen ergeben sich hieraus noch nicht.

- (a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen (aa),
- dem Risikoergebnis (bb) und
- dem übrigen Ergebnis (cc).

Wir beteiligen die Verträge in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen. Dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

- (aa) **Kapitalerträge**

Von den Nettoerträgen der nach der Mindestzuführungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Verträge insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die zur Finanzierung der vereinbarten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung. Wenn die Nettoerträge nach Satz 1 nicht für die Finanzierung der vereinbarten Leistungen ausreichen, verrechnen wir den Unterschiedsbetrag - soweit möglich - mit der Mindestzuführung aus dem Risikoergebnis (bb) und dem übrigen Ergebnis (cc). Die Beiträge einer Risikolebensversicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung des Todesfallrisikos und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher keine Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

- (bb) **Risikoergebnis**

In der Risikolebensversicherung hängt die Höhe der Überschüsse vor allem von der Anzahl der eingetretenen Versicherungsfälle ab. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Sterblichkeit der Versicherten niedriger ist, als die bei der Beitragskalkulation zugrunde gelegte. In diesem Fall müssen wir weniger Leistungen für Todesfälle als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Verträge an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Verträge nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt. Wir verwenden diesen Betrag zum Ausgleich eines ggf. vorhandenen Unterschiedsbetrags nach Buchstaben (aa) Satz 5.

- (cc) **Übriges Ergebnis**

Am übrigen Ergebnis werden die Verträge nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn die Kosten niedriger sind als bei der Beitragskalkulation angenommen. Wir verwenden diesen Betrag zum Ausgleich eines ggf. vorhandenen Unterschiedsbetrags nach Buchstaben (aa) Satz 5.

- (b) Die auf die Verträge entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Verträgen gut (Direktgutschrift).

Diese Rückstellung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Verträge verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

Nach der derzeitigen Fassung des § 140 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um

- einen drohenden Notstand abzuwenden,

- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen. (Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Deckungsrückstellung wird nach § 88 Absatz 3 VAG und § 341e und § 341f HGB sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen berechnet.)

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

- (c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Da in der Risikolebensversicherung keine Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine Bewertungsreserven. Risikolebensversicherungen erhalten daher keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages?

- (a) Wir haben gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Innerhalb der Bestandsgruppen haben wir nach engeren Gleichartigkeitskriterien Untergruppen gebildet; diese werden Überschussverbände genannt. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar so, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung der Überschüsse beigetragen haben. Wenn eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen hat, weisen wir ihr keine Überschüsse zu.

- (b) Ihre Versicherung gehört in der Regel zum Überschussverband Einzel-Risikoversicherungen (Tarifwerk 2017) in der Bestandsgruppe Risikoversicherungen nach Einzeltarifen. Enthält der Zusatz zur Tarifbezeichnung Ihrer Versicherung jedoch ein R oder G, so gehört ihre Versicherung zum Überschussverband Gruppen-Risikoversicherungen (Tarifwerk 2017) in der Bestandsgruppe Kollektiv-Kapitalversicherungen.

In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung jährlich Überschussanteile. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt und in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht.

- (c) Die Bemessungsgrundlagen für die Überschussbeteiligung und die Verwendung der zugeteilten Beträge aus der Überschussbeteiligung ergeben sich aus den "Bestimmungen zur Überschussbeteiligung". Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen

(4) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Todesfallrisikos. Aber auch die Entwicklung des Kapitalmarkts und der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen. Wir informieren Sie jährlich über den Stand der Überschussbeteiligung.

§ 3 Wer erhält die Leistungen?

- (1) Sie können bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn sie keine Bestimmung treffen, zahlen wir die Leistung an Sie. Sind Sie versicherte Person, leisten wir bei Ihrem Tod an Ihre Erben.

Bezugsberechtigung

- (2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter).

Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Nach dem Tod der versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

- (3) Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des Versicherungsfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

Anzeige

- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (siehe Absatz 2) sowie eine Abtretung oder Verpfändung (siehe Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrages in Textform oder durch Aushändigung des Versicherungsscheins erklärt haben. Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung kein Versicherungsschutz. Mit Beginn des Versicherungsschutzes ist der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) zu zahlen (vgl. § 6 Absatz 2). Wenn dieser Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt ist, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet (vgl. § 7 Absatz 3).

§ 5 Wie sind ein Versicherungsjahr und eine Versicherungsperiode definiert?

- (1) Ein Versicherungsjahr beginnt am Jahrestag des vereinbarten Beginns der Versicherung um 12 Uhr und endet am Jahrestag im folgenden Kalenderjahr um 12 Uhr. Ein Versicherungsjahr ist in Versicherungsperioden unterteilt.

- (2) Versicherungsperiode ist entsprechend der Beitragszahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr. Dies gilt bei beitragsfreien Verträgen entsprechend. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist die Versicherungsperiode ein Jahr.

Beitragszahlung

§ 6 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung in einem Betrag (Einmalbeitrag) oder bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen.
- (2) Den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
- (3) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

Stundung der Beiträge

- (4) Sie können verlangen, dass die Beiträge für den Todesfall- und einen eventuell vereinbarten Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitschutz für maximal 12 Monate gestundet werden. Während der Dauer einer nachgewiesenen Elternzeit erfolgt die Stundung der Beiträge zinslos, in anderen Fällen nur gegen Erhebung eines Zinses. Die Beitragslücke ist durch Nachentrichtung der Beiträge in einem Betrag zu schließen.
- (5) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

- (1) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (siehe § 6 Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn
- der Beitrag am Fälligkeitstag eingezogen werden konnte und
 - Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen haben.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

Erster Beitrag oder Einmalbeitrag

- (2) Wenn Sie den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für die ärztliche Untersuchung im Rahmen einer Gesundheitsprüfung sowie die im Zusammenhang mit der Erstellung des Versicherungsscheins entstandenen Kosten in angemessener Höhe verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (3) Ist der erste Beitrag oder der Einmalbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (4) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
- (5) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.
- (6) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.
- (7) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Die Nachzahlung kann nur innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf erfolgen. Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 8 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen, und welche Leistungen erbringen wir?

Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode in Textform kündigen.

Keine Auszahlung eines Rückkaufswertes

- (2) Ein Anspruch auf die Auszahlung eines Rückkaufswertes besteht nicht.

Keine Beitragsrückzahlung

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

§ 9 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, und welche Auswirkungen hat dies auf die Leistungen?

Nachteile einer Beitragsfreistellung

- (1) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrages sind wegen der Verrechnung von Abschlusskosten (siehe § 10) keine Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung.

Beitragsfreistellung

- (2) Nach § 165 VVG können Sie bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung anstelle einer Kündigung nach § 8 Absatz 1 in Textform verlangen, zum Schluss einer Versicherungsperiode von der Beitragszahlungspflicht vollständig befreit zu werden.

Teilweise Beitragsfreistellung

- (3) Anstelle einer vollständigen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie auch eine teilweise Beitragsbefreiung verlangen. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn sowohl die herabgesetzten Leistungen als auch der verbleibende Beitrag jeweils den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" erreicht.

Auswirkungen auf die Leistungen bei vollständiger Beitragsfreistellung

- (4) Bei einer vollständigen Beitragsfreistellung setzen wir die vereinbarten Leistungen auf die beitragsfreien Leistungen herab. Diese werden nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:
- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation,
 - auf Grundlage des Deckungskapital Ihres Vertrages, mindestens jedoch auf Grundlage des Betrages des Deckungskapitals Ihres Vertrages, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 10) angesetzten tariflichen einmaligen Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre, höchstens auf die vereinbarte Beitragszahlungsdauer, ergibt,
 - zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode.

Die beitragsfreien Leistungen entsprechen jedoch mindestens den bei Vertragsabschluss vereinbarten Beträgen, deren Höhe vom Zeitpunkt der Beitragsfreistellung des Vertrages abhängt. Nähere Informationen zu den beitragsfreien Leistungen und ihrer Höhe im Fall einer vollständigen Beitragsfreistellung können Sie Ihrer Garantiewerttabelle entnehmen.

Das für die Berechnung der beitragsfreien Leistungen zur Verfügung stehende Deckungskapital mindert sich um rückständige Beiträge.

Wenn die zu berechnenden beitragsfreien Leistungen den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" nicht erreichen, endet der Vertrag.

Eine Risikoversicherung mit fallender Versicherungssumme wird bei einer vollständigen Beitragsfreistellung in eine Risikoversicherung mit gleich bleibender Versicherungssumme umgewandelt.

Auswirkungen auf die Leistungen bei teilweiser Beitragsfreistellung

- (5) Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung setzen wir die vereinbarten Leistungen entsprechend der vollständigen Beitragsbefreiung herab.

Die Höhe der herabgesetzten Leistungen hängt von der Höhe des verbleibenden Beitrags und vom Zeitpunkt der Vertragsumstellung ab. Sofern Sie eine teilweise Beitragsfreistellung wünschen, werden wir Ihnen die Höhe der herabgesetzten Leistungen auf Anfrage mitteilen.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung

- (6) Innerhalb von zwei Jahren nach Beitragsfreistellung können Sie verlangen, dass die Beitragsfreistellung durch Wiederaufnahme der Beitragszahlung beendet wird. Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung ist nicht von einer Gesundheitsprüfung abhängig. Bei einer Beitragsfreistellung infolge Elternzeit kann die Wiederaufnahme der Beitragszahlung bis zum Ablauf von drei Monaten nach dem Ende der gesetzlichen Elternzeit, spätestens jedoch nach Ablauf von drei Jahren und drei Monaten, ohne Gesundheitsprüfung erfolgen.

Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung ohne Gesundheitsprüfung bei einer Risikoversicherung mit Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsschutz kann nur dann durchgeführt werden, wenn bis zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme keine Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung der versicherten Person vorgelegen hat und die versicherte Person keinen Antrag auf Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit gestellt hat und uns dieses in Textform bestätigt.

Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung errechnet sich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Berücksichtigung des zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person und der restlichen Laufzeit des Vertrages.

Vereinbarung von Abschlusskosten und sonstigen Gebühren

§ 10 Wie verrechnen wir die Abschlusskosten?

Abschlusskosten

- (1) Wenn Sie einen Versicherungsvertrag abschließen, entstehen Kosten. Zu diesen sogenannten Abschlusskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschlusskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Wir haben die Kosten bereits pauschal bei der Tariffkalkulation berücksichtigt. Sie werden Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

Verrechnung der Abschlusskosten

- (2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschlusskosten heranziehen (Zillmerung). Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der aufgrund von gesetzlichen Regelungen für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist.

Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der DeckRV auf 2,5% der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

Die restlichen Abschlusskosten werden während der Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

Bei einem Einmalbeitrag werden die Abschlusskosten diesem entnommen.

Folgen der Kostenverteilung

- (3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur geringe Beträge zur Bildung der beitragsfreien Leistungen vorhanden sind (siehe § 9) Nähere Informationen zu den beitragsfreien Leistungen und ihren jeweiligen Höhen können Sie Ihrer Garantiewerttabelle entnehmen.

§ 11 Welche Gebühren und Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?

- (1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag (Gebühr) gesondert in Rechnung stellen. Die derzeit gültigen Gebühren können Sie den als Anlage beigefügten "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können die Gebühren neu festlegen, wenn sich die durchschnittlich entstehenden Kosten für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand nicht nur vorübergehend geändert haben und der neu festgesetzte Betrag angemessen und erforderlich ist, um die durchschnittlich entstehenden Kosten zu decken. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils schriftlich unterrichten.
- (2) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßigen entstehenden Aufwand orientiert. Diesen werden wir auf Ihr Verlangen nachweisen. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem konkreten Fall wesentlich niedriger liegen muss, wird sie entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem konkreten Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt sie.
- (3) Alle etwaigen öffentlichen Abgaben (zum Beispiel Steuern), die für den Vertrag erhoben werden, verrechnen wir mit den Leistungen bzw. sind uns zu erstatten.

Tarifabhängige Begrenzungen

- (4) Für Ihren Vertrag gelten bestimmte tarifabhängige Begrenzungen. Die derzeit gültigen Begrenzungen können Sie den "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können Begrenzungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils schriftlich unterrichten.

Ihre Pflichten

§ 12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Wir stellen Ihnen vor Abschluss des Vertrages Fragen, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind (gefahrerhebliche Umstände). Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Diese Anzeigepflicht erstreckt sich auch auf Fragen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

- (2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.
- (3) Wenn eine andere Person die Fragen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Folgen der Anzeigepflichtverletzung

- (4) Bei einer Verletzung der Anzeigepflicht haben wir nach §§ 19 bis 22 VVG verschiedene Rechte. Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir
- vom Vertrag zurücktreten (Absätze 5 bis 7),
 - den Vertrag kündigen (Absätze 8 bis 10),
 - den Vertrag ändern (Absätze 11 und 12) oder
 - den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten (Absatz 17 bis 19)
- und wie wir diese Rechte ausüben können (Absätze 13 bis 16).

Rücktritt

- (5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel: höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

- (6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgenden Voraussetzungen trotzdem bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht ist nicht arglistig erfolgt und bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der weder

- für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch
- für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

- (7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir das Deckungskapital Ihres Vertrages. Darüber hinaus zahlen wir den Teil des laufenden Beitrags zurück, der auf den Teil der laufenden Versicherungsperiode nach Wirksamwerden der Rücktrittserklärung entfällt. Die Rückzahlung der gesamten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- (8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Haben weder Sie noch die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.
- (9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- (10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich mit der Kündigung in einen beitragsfreien Vertrag um (siehe § 9).

Vertragsänderung

- (11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben weder Sie noch die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag ab der laufenden Versicherungsperiode anzupassen.
- (12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn wir
 - im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
 - den Versicherungsschutz für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht weisen wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hin.

Ausübung unserer Rücktritts-, Kündigungs- und Änderungsrechte

- (13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- (14) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsabschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmementscheidung Einfluss genommen worden ist (arglistige Täuschung). Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.
- (18) Im Fall der Anfechtung haben Sie keinen Versicherungsschutz. Der Vertrag wird aufgehoben. Absatz 7 gilt entsprechend.
- (19) Wir können den Vertrag nur innerhalb eines Jahres anfechten. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der arglistigen Täuschung Kenntnis erlangen. Unser Recht zur Anfechtung erlischt, wenn seit der arglistigen Täuschung zehn Jahre vergangen sind.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung des Vertrages

- (20) Die Absätze 1 bis 19 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

- (21) Wir üben unsere Rechte durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 13 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

Allgemeine Mitwirkungspflichten

- (1) Wird eine Leistung aus diesem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein und ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person vorgelegt wird.
- (2) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden. Außerdem muss uns eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort vorgelegt werden. Dies gilt auch, wenn für den Todesfall keine Leistung vereinbart wurde. Wenn für den Todesfall eine Leistung vereinbart wurde, muss uns zusätzlich eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache vorgelegt werden. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat, ergeben.
- (3) Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen, wenn dies zur Klärung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

Fälligkeit der Leistungen und Folgen der Verletzung der Mitwirkungspflichten

- (4) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann dazu führen, dass unsere Leistung nicht oder nur teilweise fällig wird.

Kosten

- (5) Die mit den Nachweisen und Auskünften verbundenen Kosten trägt derjenige, der Leistung beansprucht, sofern keine anderweitige Regelung getroffen worden ist.
- (6) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

§ 14 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?

- (1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Willenserklärung (z. B. eine Mahnung) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 15 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

- (1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
- (2) Derzeit bestehen insbesondere folgende Mitteilungspflichten aufgrund gesetzlicher Regelungen:

(a) Steuer

- Sie müssen uns alle Umstände mitteilen, die für die Beurteilung
- Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
 - der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
 - der Steuerpflicht des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, können für Sie Nachteile entstehen, beispielsweise Meldung an Steuerbehörden unabhängig von einer tatsächlichen Steuerpflicht.

(b) Geldwäsche-Gesetz

- Sie müssen offen legen, ob Sie den Vertrag für einen Dritten abschließen oder eine Zahlung für einen Dritten vornehmen.
- Sie müssen uns aktiv darüber informieren, wenn die Beiträge von einem Konto eingezogen werden sollen, dessen Inhaber nicht Sie als **Versicherungsnehmer** sind (fremde Beitragszahlung). Als fremde Beitragszahlung gelten dabei z. B. auch Lastschriften von Konten, für die Sie lediglich Kontovollmacht besitzen, sowie Zahlungen von Geschäftskonten, durch Vermittler oder durch den Arbeitgeber, sofern diese nicht **Versicherungsnehmer** sind.
- Die aktive Informationspflicht besteht für sämtliche Zahlungen während der Vertragslaufzeit (z. B. Überweisungen, Zahlungen, Darlehen, Kontoänderungen).

Kommen Sie Ihrer Offenlegungs- und Informationspflicht nicht oder nicht wahrheitsgemäß nach, müssen wir dies dem Bundeskriminalamt und den Strafverfolgungsbehörden melden.

Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

§ 16 Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?

- (1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir leisten auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.
- (2) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen, ist unsere Leistung eingeschränkt. In diesem Fall vermindert sich eine für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung auf das für den Todestag berechneten Deckungskapital Ihres Vertrages.

Unsere Leistungen vermindern sich nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

- (3) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem
 - vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
 - dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffenvermindert sich unsere Leistung auf die in Absatz 2 Satz 2 und 3 genannten Leistungen. Der Einsatz bzw. das Freisetzen muss darauf gerichtet gewesen sein, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Unsere Leistungen vermindern sich nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

§ 17 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

- (1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung erbringen wir eine für den Todesfall vereinbarte Leistung, wenn
 - seit Abschluss des Vertrages drei Jahre vergangen sind oder
 - uns nachgewiesen wird, dass sich die versicherte Person in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit selbst getötet hat.
- (2) Wenn nach Absatz 1 die Voraussetzungen für unsere Leistungspflicht nicht vorliegen, besteht bei einer vorsätzlichen Tötung kein Versicherungsschutz. In diesem Fall zahlen wir das für den Todestag berechnete Deckungskapital Ihres Vertrages, jedoch nicht mehr als eine für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung.
- (3) Wenn unsere Leistungspflicht durch eine Änderung des Vertrags erweitert oder der Vertrag wiederhergestellt wird, gelten die Absätze 1 und 2 bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 18 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Risikoversicherung umtauschen?

- (1) Eine Risikoversicherung nach § 1 Absatz 1 oder Absatz 2 können Sie bis zum Ende des 10. Versicherungsjahres jederzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine Kapital bildende Lebensversicherung oder in eine Rentenversicherung mit eingeschlossener Risiko-Zusatzversicherung mit gleicher oder geringerer Todesfallleistung umtauschen, wenn diese von uns zu diesem Zeitpunkt für den Neuzugang angeboten werden. Für die Anschlussversicherung gelten die dann gültigen tariflichen Bestimmungen. Bei einer Risikoversicherung nach § 1 Absatz 2 gilt dieses Umtauschrecht nur für die erste versicherte Person. Der Versicherungsschutz für die zweite versicherte Person endet.
- (2) Für eingeschlossene Zusatzversicherungen gelten die Bestimmungen der jeweiligen Besonderen Bedingungen.

§ 19 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform übermitteln. Stellen wir Ihnen diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.
- (2) Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.
- (3) In den Fällen des § 3 Absatz 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

§ 20 Wann verjähren versicherungsvertragliche Ansprüche?

- (1) Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren innerhalb der gesetzlichen Frist von 3 Jahren (§§ 195 ff. Bürgerliches Gesetzbuch). Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Anspruchserhebende von den anspruchsbegründenden Umständen Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) Wenn der Anspruchserhebende die Verjährungsfrist verstreichen lässt, ohne die Ansprüche gerichtlich geltend zu machen, sind wir berechtigt, die Leistung zu verweigern. Dies gilt nicht für Ansprüche, soweit wir diese bereits anerkannt haben.

§ 21 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 22 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, 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 und der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 23 Wann können wir diese Bedingungen anpassen?

- (1) Ist eine Bestimmung in unseren Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie nach § 164 VVG durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.
- (2) Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.
- (3) Sollte eine Bestimmung dieses Bedingungswerkes ganz oder teilweise unwirksam sein, berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsabsicherung für junge Leute

(Stand 01.12.2019)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Bei der Berufsunfähigkeitsabsicherung handelt es sich um eine Zusatzversicherung, die den Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung bei Eintritt von Berufsunfähigkeit um zusätzliche Leistungen erweitert. Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Inhalt

Erläuterung einiger Begriffe

Leistungen und Versicherungsschutz

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wann entsteht und wann endet der Anspruch auf Leistungen?	§ 2
Was ist Berufsunfähigkeit?	§ 3
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 4
Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?	§ 5

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

Wann und in welchem Umfang können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne Gesundheitsprüfung erhöhen?	§ 6
Wann und wie können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung verlängern?	§ 7

Ihre Pflichten

Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 8
Welche Schadenminderungspflichten sind bei Berufsunfähigkeit und zu beachten?	§ 9
Was ist nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit zu beachten?	§ 10
Welche Folgen hat die Verletzung von Schadenminderungspflichten und Mitwirkungspflichten im Rahmen des Nachprüfungsverfahrens?	§ 11

Leistungsausschlüsse

In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 12
---	------

Sonstige Vertragsbestimmungen

Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 13
Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?	§ 14

Erläuterung einiger Begriffe

Um Ihnen das Lesen der Bedingungen zu erleichtern, erläutern wir nachfolgend einige Begriffe. Diese sind in den Bedingungen unterstrichen.

Die **Beitragszahlungsdauer** ist der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.

Als **Bewertungsreserven** bezeichnen wir den Wert, der entsteht, wenn der Zeitwert der Kapitalanlagen ihren in der Bilanz ausgewiesenen Wert übersteigt.

Hauptversicherungen sind Versicherungsverträge wie Rentenversicherungen oder Risikoversicherungen, die um Zusatzversicherungen erweitert werden können. Eine Zusatzversicherung kann ohne Hauptversicherung nicht abgeschlossen werden bzw. endet mit Wegfall der Hauptversicherung.

Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen, die für die Kalkulation Ihrer Versicherung benötigt werden. Diese sind im Wesentlichen Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten.

Rechnungsmäßiges Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem betreffenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Textform ist beispielsweise erfüllt, wenn die Erklärung in Form eines Briefes, Telefaxes oder ausdrucksfähigen E-Mail abgegeben wird.

Versicherte Person ist diejenige Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen wird.

Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

Versicherungsfall ist das Ereignis, das die Leistungspflicht des Versicherers entstehen lässt, wenn es während der Versicherungsdauer eintritt.

Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

Leistungen und Versicherungsschutz

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit

- (1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung berufsunfähig (siehe § 3), erbringen wir - längstens für die vereinbarte Leistungsdauer - folgende Leistungen:
 - a) Beitragsbefreiung
Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die sonstigen eingeschlossenen Zusatzversicherungen, sofern hierfür Beitragszahlungspflicht besteht.
 - b) Rente
Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist, monatlich im Voraus.
 - c) Leistungsdynamik der Berufsunfähigkeitsrente
Wenn Sie eine Leistungsdynamik der Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben, erhöht sich nach Eintritt der Berufsunfähigkeit die Zahlung der zu diesem Zeitpunkt versicherten Berufsunfähigkeitsrente jährlich um einen festen Prozentsatz erhöht. Die Erhöhungen erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres, erstmalig zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt. Endet unsere Leistungspflicht aus dieser Zusatzversicherung (siehe § 10 Absatz 4) muss die Beitragszahlung - in gleicher Höhe wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit - wieder aufgenommen werden. Bei erneuter Berufsunfähigkeit zahlen wir die Berufsunfähigkeitsrente wieder in der ursprünglichen und nicht in der zuletzt durch die Leistungsdynamik gestiegenen Höhe.

Weltweiter Versicherungsschutz

- (2) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 2 Wann entsteht und wann endet der Anspruch auf Leistungen?

- (1) Der Anspruch auf Leistungen aus dieser Zusatzversicherung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 3 eingetreten ist. Die Berufsunfähigkeit muss uns in Textform gemeldet werden. Eine frühzeitige Meldung erleichtert die Prüfung Ihrer Ansprüche. Wird uns die Berufsunfähigkeit innerhalb von drei Jahren nach ihrem Eintritt angezeigt, leisten wir ab dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt. Bei späterer Meldung erbringen wir die Leistungen erst ab Beginn des Monats, in dem die Meldung bei uns eingeht; zusätzlich leisten wir rückwirkend für drei Jahre. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die Verspätung der Meldung weder von Ihnen noch vom Anspruchserhebenden verschuldet worden ist.
- (2) Der Anspruch auf Leistungen endet,
 - wenn Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
 - wenn die versicherte Person stirbt oder
 - bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.
- (3) Während der Leistungsprüfung sind die Beiträge in voller Höhe weiter zu entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

Auf Antrag stunden wir die bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht noch fällig werdenden Beiträge zinslos. Besteht danach kein Leistungsanspruch, müssen Sie die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen. Sie können mit uns in diesem Fall auch eine Rückzahlung in Raten über einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten oder - sofern möglich - eine Verrechnung im Rahmen einer Vertragsänderung vereinbaren.

§ 3 Was ist Berufsunfähigkeit?

Berufsunfähigkeit

- (1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande sein wird, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben.

Bei Selbstständigen, freiberuflich Tätigen und Gesellschaftern bzw. Angestellten mit Unternehmensleitungsbefugnis ist für Berufsunfähigkeit im Sinne von Satz 1 zusätzlich nachzuweisen, dass die versicherte Person auch bei möglicher und zumutbarer betrieblicher Umorganisation zu mindestens 50 % außerstande sein wird, ihren Beruf auszuüben. Zumutbar ist eine Umorganisation, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist, keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und die versicherte Person eine unternehmensleitende Stellung behält, die der bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (vgl. Absatz 5) entspricht.

Wir verzichten auf eine Prüfung der Umorganisation,

- wenn die versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und zum Zeitpunkt der geltend gemachten Ansprüche mindestens 90 Prozent der täglichen Arbeitszeit kaufmännische, planerische oder organisatorische Tätigkeiten ausgeübt hat,
 - wenn der Betrieb zum Zeitpunkt der geltend gemachten Ansprüche weniger als 5 Mitarbeiter beschäftigt hat. Zu den 5 Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelernte Angestellte. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt oder
 - wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der geltend gemachten Ansprüche weisungsgebundener Arbeitnehmer war.
- (2) Kann nicht festgestellt werden, dass der Zustand im Sinne von Absatz 1 voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen andauern wird, hat er jedoch länger als sechs Monate ununterbrochen angedauert, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.
 - (3) Übt die versicherte Person eine andere, ihrer bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (Absatz 5) entsprechende Tätigkeit tatsächlich aus, liegt keine Berufsunfähigkeit nach Absatz 1 oder 2 vor.
 - (4) Auch nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben können Sie diese Zusatzversicherung fortführen. Werden später Leistungen beantragt, wird bei einem vorübergehenden Ausscheiden der vor dem Ausscheiden zuletzt ausgeübte Beruf und die zu diesem Zeitpunkt erreichte Lebensstellung für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit herangezogen. Ein vorübergehendes Ausscheiden liegt vor, wenn - unabhängig vom Ausscheidungsgrund - bei Eintritt der Berufsunfähigkeit fünf

Jahre ab dem Ausscheiden noch nicht verstrichen sind. Nach einem dauerhaften Ausscheiden kommt es darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (Absatz 5) zum Zeitpunkt des Ausscheidens entspricht. Ein dauerhaftes Ausscheiden liegt vor, wenn bei Eintritt der Berufsunfähigkeit seit dem Ausscheiden mehr als fünf Jahre verstrichen sind. Gesetzliche Elternzeit zählt immer als vorübergehendes Ausscheiden.

Wirtschaftliche und soziale Lebensstellung

- (5) Die wirtschaftliche und soziale Lebensstellung ist gewahrt, wenn die berufliche Qualifikation, die berufliche Stellung, deren soziale Wertschätzung und die daraus bezogene Vergütung das bisherige Niveau nicht spürbar unterschreiten. Bei der Beurteilung der zumutbaren Minderung der Vergütung und der Wertschätzung berücksichtigen wir die individuellen Gegebenheiten nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die zumutbare Minderung der Vergütung beträgt jedoch höchstens 20 % des jährlichen Bruttoeinkommens des bislang ausgeübten Berufs. Im begründeten Einzelfall kann auch schon eine geringere Minderung der Vergütung nicht zumutbar sein. Sollte die höchstrichterliche Rechtsprechung einen geringeren Prozentsatz als zumutbare Minderung der Vergütung festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich.
- (6) Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn und solange ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland eine Erwerbsunfähigkeit bzw. eine volle Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen unbefristet anerkennt.

Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit

- (7) Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung mindestens nach Pflegegrad 3 im Sinne unserer "Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit" wird. Die "Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit" sind Bestandteil dieser Bedingungen.

Berufsunfähigkeit aufgrund Tätigkeitsverbots

- (8) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person mindestens 6 Monate ununterbrochen außerstande ist, aufgrund eines vollständigen Tätigkeitsverbotes, welches aus medizinischen Gründen nach § 31 Infektionsschutzgesetz (IfSG) von der zuständigen Behörde ausgesprochen wurde, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und ab wann wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Diese Erklärung geben wir innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterlagen (siehe § 8) ab. Dabei werden wir kein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Wir informieren Sie während der Prüfung alle vier Wochen über den Sachstand und fordern zeitnah fehlende Unterlagen an.

§ 5 Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?

- (1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an den Überschüssen, die jährlich im Rahmen unseres handelsrechtlichen Jahresabschlusses festgestellt werden. Die Zusatzversicherung gehört demselben Überschussverband an wie die Hauptversicherung.

Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Die Bemessungsgrundlagen für die Beteiligung am Überschuss und die Verwendung der Überschussanteile ergeben sich aus den "Bestimmungen zur Überschussbeteiligung". Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

- (2) Die Beiträge der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen sind so kalkuliert, dass die zu erwartenden Aufwendungen für Leistungsfälle und Kosten gedeckt werden können, ohne dass darüber hinaus ein Kapitalbetrag angespart wird, der bei Erleben des Ablaufs der Versicherung ausbezahlt wäre. Weil aus den Beiträgen der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen keine Beträge zur nachhaltigen Bildung von Kapitalanlagen zur Verfügung stehen, entfallen bei einer gemäß § 153 Absatz 3 VVG vorzunehmenden verursachungsorientierten Zuordnung der in den Kapitalanlagen enthaltenen Bewertungsreserven keine Bewertungsreserven auf die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen. Sie erhält daher keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

§ 6 Wann und in welchem Umfang können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne Risikoprüfung erhöhen?

- (1) Hat die versicherte Person das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet, können Sie die Berufsunfähigkeitsrente in den ersten fünf Versicherungsjahren jeweils zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Erhöhungsoption).
- (2) Hat die versicherte Person das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet, können Sie die Berufsunfähigkeitsrente jeweils zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin ohne erneute Gesundheitsprüfung nach Eintritt folgender Lebensereignisse bei der versicherten Person erhöhen:
 - Heirat,
 - Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes,
 - Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen oder akademischen Ausbildung,
 - Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit als Hauptberuf,
 - das Bruttojahresarbeitseinkommen bei nichtselbstständiger Tätigkeit überschreitet erstmalig die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
 - Erhöhung des Bruttojahresarbeitseinkommens bei nichtselbstständiger Tätigkeit um mindestens 10 % innerhalb eines Jahres,
 - Erwerb einer selbst bewohnten Immobilie,
 - Scheidung,
 - Kürzung der gesetzlichen Rentenanwartschaften durch Gesetz oder
 - Wegfall oder Kürzung einer berufsbedingten, insbesondere berufsständischen oder betrieblichen Altersversorgung.
- (3) Die Erhöhungsoption kann nur ausgeübt werden, sofern

- bis zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung die versicherte Person weder berufsunfähig bzw. erwerbsgemindert war noch einen Antrag auf Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit gestellt hat und uns dieses in Textform bestätigt,
- die Zusatzversicherung beitragspflichtig ist und
- die Berufsunfähigkeitsjahresrente einschließlich Erhöhung und einschließlich anderweitig bestehender Berufsunfähigkeitsanwartschaften 60 % des letzten Bruttojahresarbeitseinkommens der versicherten Person nicht übersteigt.

Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung durchgeführte Erhöhungen entfallen rückwirkend.

- (4) Die monatliche Berufsunfähigkeitsrente darf maximal auf 2.500 EUR erhöht werden. Bei dieser Obergrenze sind weitere bei uns bestehende Versicherungen, bei denen eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert ist, zu berücksichtigen. Die Erhöhungsoption kann mehrfach bis zu den beschriebenen Grenzen ausgeübt werden.

Soweit die Grenze für die Höchstbarrente, die in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" aufgeführt ist, nicht überschritten wird, erhöht sich die Berufsunfähigkeitsrente unabhängig von der Versicherungssumme der Hauptversicherung. Mit Erreichen dieser Grenze wird die Versicherungssumme der Hauptversicherung ebenfalls, d.h. im selben Verhältnis wie die Berufsunfähigkeitsrente, erhöht.

Ausübung der Option

- (5) Wenn Sie von der Erhöhungsoption Gebrauch machen möchten, müssen Sie die Erhöhung innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Ereignisses und einen Monat vor dem Erhöhungstermin in Textform beantragen und entsprechend nachweisen (z. B. Abschlusszeugnis, Geburtsurkunde des Kindes, Heiratsurkunde, Scheidungsurkunde).

Soweit nichts anderes vereinbart wird, gelten für die Erhöhungsversicherung die vertraglichen Vereinbarungen und Erklärungen einschließlich der Bezugsrechtsverfügung sowie die Annahmeentscheidung der ursprünglichen Versicherung. Der Beitrag für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person, der restlichen Laufzeit des Vertrages und dem bei Vertragsabschluss gültigen Tarif.

Wenn die Versicherungsdauer länger als zehn Jahre beträgt oder nach dem 35. Lebensjahr der versicherten Person endet, erfolgt die Erhöhung durch Abschluss eines von uns für die Erhöhungsoption angebotenen neuen Vertrages. Grundlage für diesen Vertrag sind die dann gültigen Tarife, Versicherungsbedingungen und Steuerregelungen sowie das dann erreichte rechnungsmäßige Alter der versicherten Person, die restliche Laufzeit und die dann gültigen Annahmerichtlinien; hierbei berücksichtigen wir gegebenenfalls Erkenntnisse über Ihre Erkrankungen oder Beschwerden aus bereits erfolgten Leistungsprüfungen.

§ 7 Wann und wie können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung verlängern?

- (1) Sie können ohne erneute Gesundheitsprüfung die Versicherungsdauer während ihrer Laufzeit bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung verlängern (Verlängerungsoption).

Die Verlängerungsoption kann nur dann ausgeübt werden, sofern

- zum Zeitpunkt der Verlängerung die versicherte Person weder berufsunfähig bzw. erwerbsgemindert ist noch einen Antrag auf Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit gestellt hat und uns dieses in Textform bestätigt,
- die Verlängerung im Rahmen der dann gültigen tariflichen Bestimmungen liegt,
- der Vertrag beitragspflichtig ist,
- die Berufsunfähigkeitsrente einschließlich Erhöhung und anderweitig versicherter privater Berufsunfähigkeitsrenten 60 % des letzten Bruttojahresarbeitseinkommens der versicherten Person nicht übersteigt,
- der ausgeübte Beruf der versicherten Person nach den Annahmerichtlinien für das Neugeschäft versicherbar ist und
- die Versicherungsdauer vor Vollendung des 36. Lebensjahres der versicherten Person endet.

Durchgeführte Verlängerungen entfallen rückwirkend, sofern zum Zeitpunkt der Verlängerung Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung bestanden hat.

Ausübung der Option

- (2) Wenn Sie von der Verlängerungsoption Gebrauch machen möchten, müssen Sie die Verlängerung einen Monat vor dem Verlängerungstermin in Textform beantragen.

Die Verlängerung erfolgt durch Abschluss eines von uns für die Verlängerungsoption angebotenen neuen Vertrages. Grundlage für diesen Vertrag sind die dann gültigen Tarife, Versicherungsbedingungen und Steuerregelungen sowie das dann erreichte rechnungsmäßige Alter der versicherten Person und die dann gültigen Annahmerichtlinien; hierbei berücksichtigen wir gegebenenfalls Erkenntnisse über Ihre Erkrankungen oder Beschwerden aus bereits erfolgten Leistungsprüfungen. Die ursprüngliche Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung endet.

Ihre Pflichten

§ 8 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

Mitwirkungspflichten bei Berufsunfähigkeit

- (1) Wird eine Leistung aus dieser Zusatzversicherung verlangt, müssen uns folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

- a) ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
- b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- c) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über die Auswirkungen im Hinblick auf eine Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit;
- d) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über danach eingetretene Veränderungen;
- e) Angaben über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit;
- f) eine Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung geltend machen könnte,

- über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit

- (2) Bei Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit (siehe § 3 Absatz 7) sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit und
 - der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland,
 - oder - falls ein Bescheid noch nicht vorliegt - zunächst die medizinischen Unterlagen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung bzw. der MEDICPROOF GmbH für die private Pflegepflichtversicherung.
- Besteht keine gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung oder haben sich die gesetzlichen Definitionen für die Pflegebedürftigkeit seit Vertragsabschluss geändert, sind uns folgende Unterlagen unverzüglich einzureichen:
- ausführliche Berichte der Ärzte, Krankenhäuser, Reha- Kliniken u. ä., die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Folgen und voraussichtliche Dauer der vorliegenden Erkrankung/en, sowie über die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit
 - vonseiten des behandelnden Arztes eine detaillierte - insbesondere auch zeitliche - Darstellung und Begründung des Hilfebedarfs der versicherten Person bei den alltäglichen Verrichtungen sowie von Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
 - vonseiten der pflegenden Person oder der mit der Pflege betrauten Einrichtung eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege.

Weitere ärztliche Untersuchungen bzw. Nachweise bei Berufsunfähigkeit

- (3) Wir können außerdem - auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und -falls erforderlich- Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel.
- Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Fälligkeit der Leistungen und Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflichten

- (4) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebung abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann dazu führen, dass unsere Leistung nicht oder nur teilweise fällig wird.

Kosten

- (5) Die mit den Nachweisen und Auskünften verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Leistung beansprucht, sofern keine anderweitige Regelung getroffen worden ist.
- (6) Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

§ 9 Welche Schadenminderungspflichten sind bei Berufsunfähigkeit zu beachten?

Wenn eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erwarten ist, ist die versicherte Person verpflichtet

- geeignete Hilfsmittel zu verwenden (zum Beispiel Brille, Prothese) bzw.
- sich zumutbaren Heilbehandlungen zu unterziehen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Nicht zumutbar sind Heilbehandlungen, die eine Operation vorsehen.

§ 10 Was ist nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit zu beachten?

Nachprüfung

- (1) Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 3 Absatz 3 ausübt.
- (2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte (z. B. ausführliche Berichte der behandelnden Ärzte, Unterlagen über eine ausgeübte Tätigkeit der versicherten Person sowie Einkünfte aus dieser Tätigkeit) und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen. Die Bestimmungen des § 8 Absatz 3 gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

- (3) Sie müssen uns eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beschwerden oder den Wegfall der Pflegebedürftigkeit sowie eine Wiederaufnahme Ihrer früheren bzw. die Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit unverzüglich mitteilen.

Leistungseinstellung

- (4) Wenn wir feststellen, dass eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt, teilen wir Ihnen dies unter Angabe der Gründe mit. Nach dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang dieser Mitteilung stellen wir die Leistungen ein. Zu diesem Zeitpunkt muss die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

§ 11 Welche Folgen hat die Verletzung von Schadens- minderungspflichten und Mitwirkungspflichten im Rahmen des Nachprüfungsverfahrens?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach den § 9 und § 10 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn Sie nachweisen, dass

- die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist oder
- die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

Leistungsausschlüsse

§ 12 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausge- schlossen?

(1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache die Berufsunfähigkeit beruht. Es besteht jedoch kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person. Bei nicht vorsätzlichen Verkehrsdelikten und fahrlässigen Verstößen leisten wir trotzdem;
- b) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch folgende von der versicherten Person vorgenommene Handlungen
 - absichtliche Herbeiführung von Krankheit,
 - absichtliche Herbeiführung von mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
 - absichtliche Selbstverletzung oder
 - versuchte Selbsttötung.

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

- d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- e) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde;
- f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn die Berufsunfähigkeit
 - während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war oder
 - während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und sie an humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei teilgenommen hat und der Einsatz mit einem Mandat der NATO, UNO, EU oder OSZE erfolgte.

(2) Wir leisten außerdem nicht, wenn die Berufsunfähigkeit unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz

- von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
- durch den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht wird,

wenn der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Wir leisten in diesen Fällen jedoch uneingeschränkt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden. Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von 6 Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 13 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

Grundsätze

- (1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, bei Rentenversicherungen auch zum Beginn der Rentenzahlung und bei Risikoversicherungen auch mit Ausübung des Umtauschrechts, endet die Zusatzversicherung und damit auch der Versicherungsschutz.
- (2) Nach Anerkennung und Feststellung unserer Leistungspflicht aus dieser Zusatzversicherung berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (Rückkaufwert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten. Ansprüche aus der Zusatzversicherung, die auf

bereits vor dem Wirksamwerden der Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung nicht berührt.

Beendigung dieser Zusatzversicherung

- (3) Sofern keine anerkannten oder festgestellten Ansprüche aus Ihrer Zusatzversicherung bestehen, können Sie diese für sich allein oder zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Mit Kündigung endet der Vertrag. Wir zahlen keinen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung.
- (4) Eine einmalige Kapitalzahlung zur Abfindung anerkannter oder festgestellter Ansprüche aus der Zusatzversicherung können Sie nicht verlangen.

Beitragsfreistellung dieser Zusatzversicherung

- (5) Nach § 165 VVG können Sie bei einer Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung anstelle einer Kündigung nach Absatz 3, allerdings nur zusammen mit der Hauptversicherung, verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Die beitragsfreie Versicherungsleistung errechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeitsrente und der Leistung aus der Hauptversicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung in der Regel nicht verändert. Handelt es sich bei der Hauptversicherung jedoch um eine Rentenversicherung mit alternativem Garantiekonzept (auch als Direktversicherung) berechnen wir - unter Berücksichtigung der tarifabhängigen Begrenzungen - die beitragsfreien Versicherungsleistungen nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für die Haupt- und Zusatzversicherung getrennt. Dadurch ändert sich das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeitsrente und der Leistung aus der Hauptversicherung.
- (6) Eine Fortführung der Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 5 ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente nicht unter den Mindestbetrag sinkt, der in unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" aufgeführt ist. Die derzeit gültigen "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen" sind als Anlage beigefügt. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können Begrenzungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils schriftlich unterrichten. Wird die beitragsfreie Mindestrente nicht erreicht, endet der Vertrag. Wir zahlen keinen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung.

Stundung der Beiträge

- (7) Ergänzend zu den Stundungsregelungen der Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung können Sie verlangen, dass
 - die Beiträge für die Haupt- und Zusatzversicherung bei gesetzlicher Elternzeit bis zu 24 Monate zinslos gestundet werden,
 - die gestundeten Beiträge und Stundungszinsen statt durch Nachentrichtung in einem Betrag durch eine Vertragsänderung (z. B. eine Beitragserhöhung oder eine Verringerung der garantierten Rente) verrechnet werden.

Herabsetzung des Versicherungsschutzes der Hauptversicherung

- (8) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 3, 5 und 6 entsprechend.

Abtretung oder Verpfändung

- (9) Rentenansprüche aus dieser Zusatzversicherung können Sie weder abtreten noch verpfänden.

§ 14 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

- (1) Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt, bieten wir Ihnen auf Wunsch eine Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch entsprechende Spezialisten an.
- (2) Wurde die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe § 3 Absatz 1) oder berufsunfähig wegen Pflegebedürftigkeit (siehe § 3 Absatz 7) und hat sie deswegen freiwillig einen oder mehrere Rehabilitations-Dienst(e) auf eigene Kosten in Anspruch genommen, zahlen wir eine Rehabilitationshilfe von bis zu maximal 1.000 EUR. Voraussetzung ist, dass die Inanspruchnahme des Rehabilitations-Dienstes geeignet ist, zu einer schnelleren Wiederherstellung der Berufsfähigkeit beizutragen. Ihnen steht die freie Wahl aus allen am Markt verfügbaren entsprechenden Dienstleistern offen. Wenn Sie sich bereits im Vorfeld einer Inanspruchnahme an uns wenden, prüfen wir gerne vorab, ob wir eine entsprechende Eignung anerkennen. Ob die Maßnahmen tatsächlich den beabsichtigten Erfolg erzielen, ist für unsere Leistung ohne Bedeutung.

Die Rehabilitationshilfe kann einmalig oder mehrfach in Anspruch genommen werden, insgesamt jedoch maximal in Höhe einer Gesamtleistung von 1.000 EUR für alle bei der Provinzial NordWest Lebensversicherung AG auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen.

Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für die Risikoversicherung mit Berufsunfähigkeitsabsicherung für junge Leute (zusätzliche Angaben)

(Stand 01.12.2019)

Diese zusätzlichen Angaben ergänzen die Ihrer Versicherung zugrundeliegenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen.

1. Hauptversicherung

Je nach Vereinbarung gilt folgendes Überschussystem:

1.1 Erhöhung der Versicherungsleistung (Todesfallbonus)

Jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres wird eine Überschussbeteiligung in Form einer zusätzlichen Todesfallleistung (Todesfallbonus) zugesagt. Diese wird im Leistungsfall zusammen mit der vereinbarten Versicherungssumme fällig.

Der Todesfallbonus wird in Prozent der vereinbarten Versicherungssumme bzw. bei Risikoversicherungen mit einer fallenden Versicherungssumme in Prozent der jeweils vereinbarten Summe bemessen.

1.2 Verrechnung mit den Beiträgen

Bei jeder Beitragsfälligkeit wird ein laufender Überschussanteil zugeteilt, der in Prozent des für die Versicherung jeweils zu zahlenden Beitrags bemessen wird. Jeder laufende Überschussanteil wird mit dem jeweils fällig werdenden Beitrag verrechnet.

Wird die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt, erfolgt die Überschussbeteiligung gemäß Ziffer 1.1.

2. Berufsunfähigkeitsabsicherung für junge Leute (BJL)

2.1 Während keine Leistungen aus der Zusatzversicherung bezogen werden

2.1.1 Beitragspflichtige Versicherungen

Die BJL erhält bei jeder Beitragsfälligkeit einen laufenden Überschussanteil, der in Prozent des Beitrags für die BJL bemessen wird.

Jeder laufende Überschussanteil wird mit dem jeweils fällig werdenden Beitrag verrechnet (Überschussverwendungsform "Verrechnung mit den Beiträgen").

2.1.2 Beitragsfreie Versicherungen

Jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres wird für die beitragsfreie BJL eine Überschussbeteiligung in Form einer zusätzlichen Rente zugesagt. Diese zusätzliche Rente aus der Überschussbeteiligung (ZÜB) wird nach Eintritt eines Leistungsbezuges aus der BJL zu denselben Terminen und so lange wie die vereinbarte Rente gezahlt. Die Höhe der ZÜB wird jährlich im Voraus in Prozent der vereinbarten Rente festgelegt. Ab Eintritt des Leistungsbezuges ist die ZÜB der Höhe nach vereinbart.

2.2 Während Leistungen aus der Zusatzversicherung bezogen werden

Der BJL wird jeweils am Ende eines Versicherungsjahres ein Zinsüberschussanteil zugeteilt. Am Ende des Versicherungsjahres, in dem der Leistungsbezug aus der BJL eingetreten ist, wird der Überschussanteil zeitanteilig fällig. Bemessungsgröße für den Zinsüberschussanteil ist das mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete Deckungskapital für die jeweilige Leistung (Beitragsbefreiung bzw. Rente) aus der BJL am Zuteilungstermin.

Der Überschussanteil, der auf die Rente entfällt, wird zur Erhöhung der vereinbarten Rente verwendet. Die durch die Erhöhung erreichte Rente ist ab diesem Zeitpunkt jeweils vereinbart.

Die auf die Beitragsbefreiung entfallenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt. Das Ansammlungsguthaben wird zusammen mit der Leistung aus der Hauptversicherung, spätestens bei deren Ablauf fällig.

3. Beteiligung des Ansammlungsguthabens der Zusatzversicherungen an den Bewertungsreserven

3.1 Grundsätzliches

Nach § 252 Absatz 1 Ziffer 4 Handelsgesetzbuch (HGB) sind die im Jahresabschluss ausgewiesenen Vermögensgegenstände vorsichtig zu bewerten und - soweit sie nicht zum Anlagestock fondsgebundener Lebensversicherungen gemäß § 341d HGB gehören - höchstens mit ihren Anschaffungskosten (§ 253 Absatz 1 HGB) bzw. - im Falle der in § 341c HGB genannten Kapitalanlagen - ihrem Nennwert anzusetzen. Übersteigt der Zeitwert der Kapitalanlagen ihren in der Bilanz ausgewiesenen Wert, entstehen Bewertungsreserven.

Grundlage für die Berechnung der Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Bewertungsreserven sind die Bewertungsreserven des Teils der Kapitalanlagen, der durch die Prämienzahlungen zu Kapital bildenden Lebensversicherungen mit Überschussbeteiligung entstanden ist (überschussbeteiligungsrelevante Bewertungsreserven).

Sofern sich aus der Überschussbeteiligung einer Zusatzversicherung verzinslich anzusammelnde Überschussanteile ergeben, wird Ihrem Vertrag bei Beendigung ein Anteil an dem aktuellem Wert der Bewertungsreserven, die nach den jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, mittels eines verursachungsorientierten Verfahrens rechnerisch zugeordnet.

Für die Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven ist die unter Ziffer 3.2 beschriebene Bemessungsgröße für die Beteiligung an den Bewertungsreserven wesentlich. Die Ihrem Vertrag nach § 153 Absatz 3 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG) rechnerisch zugeordneten Bewertungsreserven sind der Teil der überschussbeteiligungsrelevanten Bewertungsreserven, der dem Anteil der Bemessungsgröße Ihres Vertrages an der Summe über die Bemessungsgrößen aller Verträge mit Anspruch auf Beteiligung an den Bewertungsreserven entspricht. Als Beteiligung an den Bewertungsreserven wird bei Vertragsbeendigung die Hälfte des Ihrem Vertrag rechnerisch zugeordneten Teils der Bewertungsreserven fällig.

Der aus jedem Ansammlungsguthaben resultierende fällig werdende Anteil an der Beteiligung an den Bewertungsreserven wird zur Erhöhung der aus dem jeweiligen Ansammlungsguthaben fälligen Leistung verwendet.

3.2 Bemessungsgröße für die Beteiligung an den Bewertungsreserven

Die Bemessungsgröße für die Beteiligung an den Bewertungsreserven ist die Summe der jeweiligen Ansammlungsguthaben am Ende der zurückgelegten Versicherungsjahre; unvollständige Versicherungsjahre tragen auf Grundlage des Ansammlungsguthabens am

Ende des Versicherungsjahres zeitanteilig zur Bemessungsgrundlage bei. Werden zum Ende des Versicherungsjahres Überschussanteile zugeteilt, ist das Ansammlungsguthaben vor Zuteilung maßgeblich.

Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit

(Stand 01.01.2017)

Inhaltsverzeichnis

Was ist Pflegebedürftigkeit?	§ 1
Welche Begutachtungsbereiche und Begutachungskriterien sind maßgeblich?	§ 2
Wie erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl?	§ 3
Wie werden die Einzelpunkte je Modul ermittelt?	§ 4
Wie erfolgt die Zuordnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in einen Punktbereich und der sich daraus ergebenden gewichteten Punkte?	§ 5
Wie erfolgt die Bewertungssystematik zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit?	§ 6

§ 1 Was ist Pflegebedürftigkeit?

Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Es muss sich um eine versicherte Person handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen kann.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mindestens in der nachfolgend beschriebenen Schwere bestehen.

- (a) **Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung bei einer "erhöhten Rente wegen Pflegebedürftigkeit zum Beginn der Rentenzahlung" bzw. bei einer "sofort beginnenden Rentenversicherung wegen Pflegebedürftigkeit" - mindestens Pflegegrad 3**
Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der versicherten Person muss bei einer "erhöhten Rente wegen Pflegebedürftigkeit zum Beginn der Rentenzahlung" bzw. bei einer "sofort beginnenden Rentenversicherung wegen Pflegebedürftigkeit" mit einer Gesamtpunktzahl von mindestens 47,5 Punkten nach den Regelungen der §§ 3 bis 6 ärztlich festgestellt werden (eine Gesamtpunktzahl ab 47,5 entspricht mindestens dem Pflegegrad 3 nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2017).
- (b) **Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung bei einer "Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach Beginn der Rentenzahlung" - mindestens Pflegegrad 4**
Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der versicherten Person muss bei einer "Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach Beginn der Rentenzahlung" mit einer Gesamtpunktzahl von mindestens 70 Punkten nach den Regelungen der §§ 3 bis 6 ärztlich festgestellt werden (eine Gesamtpunktzahl ab 70 entspricht mindestens dem Pflegegrad 4 nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2017).
- (2) Die Definition der Pflegebedürftigkeit entspricht der Definition der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2017. Bei künftigen Änderungen der gesetzlichen Definition oder der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bleibt die Definition der Pflegebedürftigkeit nach Absatz 1 (a) und (b) unverändert.

Anwendung der entsprechenden Regelungen des SGB XI in der Fassung vom 01.01.2017

Für die Konkretisierungen der Inhalte des Begutachtungsinstruments - u.a. für die pflegfachliche Konkretisierung der pflegfachlichen Beschreibungen der Kriterien nach Absatz 1 (a) und (b) (entspricht § 14 Absatz 2 SGB XI) - findet die Begutachtungs-Richtlinie nach § 17 SGB XI in der Fassung vom 01.01.2017 Anwendung.

Wird die Begutachtungs-Richtlinie bei unveränderter gesetzlicher Definition der Pflegebedürftigkeit angepasst, ist die geänderte Begutachtungs-Richtlinie anzuwenden. Etwas anderes gilt, wenn die Anpassung der Begutachtungs-Richtlinie aufgrund einer Änderung der §§ 14 und 15 SGB XI erfolgt. In diesem Fall findet die Begutachtungs-Richtlinie in der zuletzt gültigen Fassung vor der Gesetzesänderung Anwendung.

§ 2 Welche Begutachtungsbereiche und Begutachungskriterien sind maßgeblich?

Begutachtungsbereiche mit Begutachungskriterien (Module)

- (1) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien. Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden berücksichtigt.
- (2) **Modul 1: Mobilität**
Kriterien: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen
- (3) **Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
Kriterien: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch
- (4) **Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
Kriterien: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen
- (5) **Modul 4: Selbstversorgung**

Kriterien: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde

(6) Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Kriterien:

- (a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- (b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- (c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen sowie
- (d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

(7) Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Kriterien: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

§ 3 Wie erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl?

Nach ärztlicher Begutachtung der Selbständigkeiten und Fähigkeiten der versicherten Person erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl in folgenden Schritten:

- Ermittlung der Summe der Einzelpunkte je Modul (siehe § 4)
- Zuordnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in einen Punktbereich sowie der sich daraus ergebenden gewichteten Punkte (siehe § 5)
- Ermittlung der Gesamtpunkte durch Addieren der gewichteten Punkte aller Module (siehe § 6)

§ 4 Wie werden die Einzelpunkte je Modul ermittelt?

- (1) Je Modul sind für die in den Modulen genannten Kriterien (siehe § 2) die nachfolgend dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden die nachfolgenden aufgeführten Einzelpunkte zugeordnet.

(a) Modul 1: Einzelpunkte im Bereich Mobilität

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 2 genannten fünf Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

(b) Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 3 genannten elf Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
Fähigkeit vorhanden / unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
0	1	2	3

(c) Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 4 genannten dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Kategorien			
nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zwei-mal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
0	1	2	3

(d) Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 5 genannten dreizehn Kriterien, deren Ausprägungen grundsätzlich jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

Wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung wird bei den Kriterien "Trinken" und "Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls" die Punkte verdoppelt, bei dem Kriterium "Essen" die Punkte verdreifacht.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der "Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma" und "Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma" gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung "überwiegend inkontinent" oder "vollständig inkontinent" getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Abweichend hiervon wird das Kriterium "Ernährung parental oder über Sonde" in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Kategorien		
entfällt	teilweise	vollständig

0	6	3
---	---	---

Das **Kriterium ist mit "entfällt" (0 Punkte)** zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das **Kriterium ist mit "teilweise" (6 Punkte)** zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das **Kriterium ist mit "vollständig" (3 Punkte)** zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt. Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

(e) **Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 6 genannten sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien des § 2 Absatz 6 (a) und (b)

Für jedes in § 2 Absatz 6 (a) und (b) aufgeführte Kriterium wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen,

- die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Tag),
 - die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Woche) und
 - die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Monat)
- erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Kategorien			
entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen		
	pro Tag	pro Woche	pro Monat
0			

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird summiert. (Beispiel: Erfolgt täglich dreimal eine Medikamentengabe und einmal Blutzuckermessen, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Die Häufigkeit der Maßnahmen pro Woche bzw. pro Monat wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Danach gelten in den folgenden Kategorien die nachstehenden Punkte:

für die Kriterien des § 2 Absatz 6 a):
 Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:
 seltener als einmal täglich: 0 Punkte
 ein- bis dreimal täglich: 1 Punkt
 vier- bis achtmal täglich: 2 Punkte
 mehr als achtmal täglich: 3 Punkte

für die Kriterien des § 2 Absatz 6 b):
 Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:
 seltener als einmal pro Woche: 0 Punkte
 einmal oder mehrmals wöchentlich: 1 Punkt
 ein- bis zweimal täglich: 2 Punkte
 mindestens dreimal täglich: 3 Punkte

Einzelpunkte für die Kriterien des § 2 Absatz 6 (c)

- **Kriterium "Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung"**

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Kategorien			
entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
0	60	8,6	2

- **Übrige Kriterien des § 2 Absatz 6 (c)**

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der übrigen Kriterien des § 2 Absatz 6 (c) wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Kategorien		
entfällt oder selbstständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
0	4,3	1

Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen (länger als drei Stunden), werden die Punkte verdoppelt.

Die Punkte der Kriterien des § 2 Absatz 6 c) werden addiert und anhand der Summe der jeweils erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2

12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

- **Einzelpunkte für das Kriterium des § 2 Absatz 6 d)**

Die Ausprägungen dieses Kriteriums werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Kategorien			
selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
0	1	2	3

(f) **Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 7 genannten sechs Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
0	1	2	3

Ermittlung der Summe der Einzelpunkte je Modul

(2) Die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in einem Modul werden im Anschluss addiert (Summe der Einzelpunkte je Modul).

§ 5 Wie erfolgt die Zuordnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in einen Punktbereich und der sich daraus ergebenden gewichteten Punkte?

(1) Die Summe der Einzelpunkte je Modul ist dem in der Tabelle in § 6 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen.

Wir erläutern Ihnen nachfolgend

- wie in jedem Modul die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten in Punktbereiche gegliedert sind (Absatz 2), und
- wie die jedem Punktbereich in einem Modul festgelegten, gewichteten Punkte zuzuordnen sind (Absatz 3).

Gliederung der jeweils in den Modulen erreichbaren Summen aus Einzelpunkten in Punktbereiche

(2) In jedem Modul sind die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Tabelle in § 6 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

- **Punktbereich 0:**
keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 1:**
geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 2:**
erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 3:**
schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 4:**
schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

Zuordnung der in jedem Punktbereich in einem Modul festgelegten, gewichteten Punkte

(3) Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung

- der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie
- der folgenden Gewichtung der Module

die in der Tabelle in § 6 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet.

Die Module werden wie folgt gewichtet:

- **Modul 1:** Mobilität mit 10 Prozent
- **Modul 2 und Modul 3:** Kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent
- **Modul 4:** Selbstversorgung mit 40 Prozent
- **Modul 5:** Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent
- **Modul 6:** Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent

Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht.

Beispiel für eine Zuordnung der Summe der Einzelpunkte anhand des Moduls 1 Mobilität

(4) Beträgt die Summe der Einzelpunkte im **Modul 1 Mobilität 8 Punkte**, wird die ermittelte Summe der Einzelpunkte dem Punktbereich 3 (6-9 Punkte) zugeordnet. Der Punktbereich 3 dieses Moduls ist mit 7,5 Punkten gewichtet (siehe § 6). Die gewichtete Punktzahl 7,5 ist maßgeblich für die Berechnung der Gesamtpunktzahl nach § 6.

§ 6 Wie erfolgt die Bewertungssystematik zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit?

In der nachfolgenden Tabelle zur Bewertungssystematik sind je Modul die in einem Punktbereich jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten mit gewichteten Punkten dargestellt.

Modul	Punktbereich						Summe der Einzelpunkte
	0	1	2	3	4		
1	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15		
	0	2,5	5	7,5	10		Gewichtete Punkte

2	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33	Summe der Einzelpunkte
3	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Einzelpunkte
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54	Summe der Einzelpunkte
	0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte
5	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Einzelpunkte
	0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte
6	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Einzelpunkte
	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte

Ermittlung der Gesamtpunktzahl

Die Gesamtpunktzahl wird durch das Addieren der gewichteten Punkte aller Module ermittelt.

Besondere Bedingungen für die Risikoversicherung mit Berufsunfähigkeitsabsicherung für junge Leute mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

(Stand 01.01.2017)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

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

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

- (1) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich der Berufsunfähigkeitsabsicherung für junge Leute erhöht sich jeweils
 - im gleichen Verhältnis wie der Höchstbeitrag in der allgemeinen Rentenversicherung, mindestens jedoch um jährlich 5 % des jeweiligen Vorjahresbeitrags
 - oder
 - um einen bei Vertragsabschluss vereinbarten Prozentsatz. Dabei wird die Erhöhung immer vom jeweiligen Vorjahresbeitrag berechnet.

Der vereinbarte Erhöhungsmaßstab wird im Versicherungsschein genannt.

- (2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres.
- (2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.
- (3) Die letzte Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistungen erfolgt ein Jahr vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer.

§ 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 Laufzeit des Vertrages und dem bei Vertragsabschluss gültigen Tarif. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.
- (2) Wir sind berechtigt, bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen des bestehenden Vertrages künftigen Erhöhungen der Versicherungsleistungen berichtigte Rechnungsgrundlagen zugrunde zu legen, sofern dies erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistungen zu sichern.

Zu diesem Zweck können wir für die Berechnung künftiger Erhöhungen der Versicherungsleistungen als Rechnungsgrundlagen

- bei einer unerwartet starken Änderung der Lebenserwartung: die Sterbetafel
- bei einer unerwartet starken Veränderung des Leistungsbedarfs für eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung: die Wahrscheinlichkeitstabellen für das Berufsunfähigkeitsrisiko
- bei einer nachhaltig gesunkenen Rendite der Kapitalanlagen: den Rechnungszins

verwenden, die / der nach Maßgabe der jeweils gültigen aufsichtsrechtlichen Bestimmungen und den offiziellen Stellungnahmen der Deutschen Aktuarvereinigung e. V. (DAV) als gebotene Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Deckungsrückstellung der Versicherungsleistungen gelten. Die Änderung der Rechnungsgrundlagen kann auch mehrmals erfolgen.

Anpassungen können wir jeweils nur innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der oben genannten Voraussetzungen vornehmen. Sie werden nur wirksam, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die sonstigen Voraussetzungen für die Änderung überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden wir Ihnen bekannt geben. Bereits erfolgte Erhöhungen der Versicherungsleistungen bleiben von der Änderung unberührt.

- (3) Die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsabsicherung für junge Leute werden im gleichen Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht.

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

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Paragraph "Wie werden die Abschlusskosten verrechnet?" der Allgemeinen Bedingungen.
- (2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen in den Paragraphen der Allgemeinen und Besonderen Bedingungen, die im Zusammenhang mit der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

und der Selbsttötung genannt werden, nicht erneut in Lauf. Die Erhöhungen sind wie die vereinbarten Grundversicherungen an den Überschüssen beteiligt.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

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

Welche Steuerregelungen gelten für eine private Risikoversicherung mit Berufsunfähigkeitsabsicherung für junge Leute

(Stand 01.01.2017)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die nachfolgenden Informationen beruhen auf dem aktuellen Stand der deutschen Steuergesetze (Stand: 01.05.2013). Die Anwendung dieser Steuerregelungen auf Ihre Risikoversicherung kann nicht für die gesamte Laufzeit der Versicherung garantiert werden. Durch Änderungen von Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung, Verwaltungsanweisungen etc. während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch Vertragsänderungen, kann sich die steuerliche Behandlung Ihrer Risikoversicherung ändern. Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen. In Zweifelsfällen empfehlen wir Ihnen, steuerliche Beratung in Anspruch zu nehmen.

Einkommensteuer

Die gezahlten Beiträge können im Rahmen des geltenden Höchstbetrages für diese Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abgezogen werden (vgl. § 10 EStG).

Versicherungsleistungen aus einer Risikoversicherung sind einkommensteuerfrei.

Gezahlte Renten aus der Berufsunfähigkeitsabsicherung für junge Leute unterliegen in Höhe des Ertragsanteils für zeitlich begrenzte Leibrenten als sonstige Einkünfte der Besteuerung (vgl. § 22 Abs. 1 EStG in Verbindung mit § 55 EStDV). Über die ausgezahlten Rentenleistungen aus der Berufsunfähigkeitsabsicherung für junge Leute haben wir eine Rentenbezugsmitteilung an die Deutsche Rentenversicherung Bund als Zentrale Stelle für Altersvermögen (ZFA) zu machen (vgl. § 22a in Verbindung mit § 81 EStG).

Erbschaft- / Schenkungsteuer

Die Ansprüche oder Leistungen aus Risikoversicherungen und eventuellen Zusatzversicherungen können der Erbschaft- bzw. Schenkungsteuer unterliegen, wenn sie einem anderen als dem Versicherungsnehmer ausgezahlt oder zur Verfügung gestellt werden. Dieses gilt auch bei einem Wechsel des Versicherungsnehmers. In diesem Fall wird der in der Versicherung liegende Vermögenswert der Versicherung übertragen. Er wird mit dem aktuellen Rückkaufwert zum Übertragungszeitpunkt bewertet. Wir sind verpflichtet, diese Fälle vor Auszahlung bzw. Übertragung dem für die Verwaltung der Erbschaftsteuer zuständigen Finanzamt schriftlich anzuzeigen (vgl. § 33 ErbStG in Verbindung mit § 3 ErbStDV).

Versicherungsteuer

Die Beiträge zu Lebensversicherungen unterliegen nicht der Versicherungsteuer (siehe § 4 Nr. 5 VersStG).

Umsatzsteuer (auch Mehrwertsteuer genannt)

Leistungen aus Ihrer Lebensversicherung sind umsatzsteuerfrei.

Die Abkürzungen bedeuten:

EStG	Einkommensteuergesetz
EStDV	Einkommensteuer-Durchführungsverordnung
ErbStG	Erbschaftsteuergesetz
ErbStDV	Erbschaftsteuer-Durchführungsverordnung.
VersStG	Versicherungsteuergesetz

Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen für die Risikoversicherung mit Berufsunfähigkeitsabsicherung für junge Leute

(Stand 01.01.2017)

Diese Bestimmungen sind Bestandteil der Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen. Wir können die Bestimmungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils schriftlich unterrichten.

Abgaben und Gebühren

Alle etwaigen öffentlichen Abgaben (z. B. Steuern und Gebühren), die für die Versicherung erhoben werden, sowie die uns in Rechnung gestellten Gebühren für Rückläufer im Lastschriftverfahren sind uns zu erstatten.

Für eine Mahnung aufgrund der Nichtzahlung von Folgebeiträgen oder sonstigen geschuldeten Beträgen erheben wir neben den anfallenden Postgebühren eine Gebühr von 5 EUR.

Der Zinssatz für Verzugszinsen richtet sich nach der Situation am Kapitalmarkt. Er liegt jedoch höchstens 5 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz nach § 247 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

Nicht gezahlte Gebühren oder Verzugszinsen verrechnen wir mit Ihren Überschussanteilen.

Für die folgenden besonderen Bemühungen erheben wir eine Gebühr von 15 EUR, die wir mit Ihren Überschussanteilen verrechnen:

- Wechsel des Versicherungsnehmers
- Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheines
- Vertragsänderung mit Neuberechnung von Beitrag, vereinbarter Versicherungsleistung oder Vertragslaufzeit
- Bestätigung von Verfügungsbeschränkungen (außerhalb des Verbundes mit den Sparkassen und der Landesbausparkasse)
- Einzelermächtigung zur Schweigepflichtentbindung

Tarifabhängige Begrenzungen

1. Risikoversicherungen

- | | |
|--|-----------|
| a) Mindestversicherungssumme | |
| - für beitragspflichtige Versicherungen | 3.000 EUR |
| - für beitragsfreie Versicherungen | 1.500 EUR |
| b) Mindestbeitrag | |
| - Mindestbeitrag, sofern die Beiträge nicht im Lastschriftverfahren gezahlt werden | 20 EUR |

2. Berufsunfähigkeitsabsicherung (BJL)

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| - Jährliche Mindestbarrente | 600 EUR |
| - Jährliche Höchstbarrente | 100 % der
Versicherungssumme |