

Unterlagen zur Rentenversicherung mit endfälliger Garantie

- I. AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Rentenversicherung mit endfälliger Garantie (AVB_NARK19_210101)
- II. BB-PRO: Besondere Bedingungen für die Option auf eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit (Pflegeoption) (BB_NPRO19_190401)
- III. BB-UZ: Besondere Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung (BB_NUZ18_190401)
- IV. BB-BUZ: Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BB_NBUZ19_210101)
- V. ERL-BU: Erläuterungen zum Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit (ERL_NBU_190401)
- VI. BB-NVG: Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie auf Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeits-Rente (BB_NNVG_BU_210101)
- VII. BB-DYN: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistungen (BB_NDYN_210101)
- VIII. Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand (KOSTEN_N_180401)
- IX. VVS: Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz (VVS_N_190401)
- X. Steuerhinweise für Ihren Vertrag (STH_NAR_BUZ_PRO_200101)

AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Rentenversicherung mit endfälliger Garantie

(AVB_NARK19_210101)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen. In den Bedingungen nutzen wir folgende Abkürzungen:

- BGB: Bürgerliches Gesetzbuch
- VAG: Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz)
- VVG: Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz)

Inhalt

I. Leistungsbeschreibung

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Was ist die endfällige Garantie?
- § 3 Wie entwickelt sich Ihr Guthaben bis zum Rentenbeginn?
- § 4 Wie entwickelt sich Ihr Guthaben ab Rentenbeginn?
- § 5 Welche Leistungen erbringen wir bei Erleben des Rentenbeginns?
- § 6 Welche Leistungen erbringen wir im Todesfall?
- § 7 Was sind die Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Altersrente?

II. Leistungsauszahlung

- § 8 Wer erhält die Leistung?
- § 9 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 10 Welche Pflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

III. Beitrag und Kosten

- § 11 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?
- § 12 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- § 13 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 14 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?
- § 15 Welche Kosten sind in Ihren Vertrag eingerechnet?
- § 16 Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

IV. Überschussbeteiligung

- § 17 Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?
- § 18 Wie beteiligen wir Sie am Überschuss?
- § 19 Wie verwenden wir den Überschuss?
- § 20 Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrer Versicherung zu?
- § 21 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?
- § 22 Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

V. Kündigung und Beitragsfreistellung

- § 23 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Folgen hat das?
- § 24 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Folgen hat das?
- § 25 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz nach einer Beitragsfreistellung wiederherstellen (Wiederinkraftsetzung) und welche Folgen hat das?

VI. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

- § 26 Wann können Sie Ihre Beiträge herabsetzen und welche Folgen hat das?
- § 27 Wann können Sie Ihre Beiträge außerplanmäßig erhöhen und welche Folgen hat das?
- § 28 Wann können Sie vor Rentenbeginn außerplanmäßig Teilbeträge aus Ihrem Vertrag entnehmen und welche Folgen hat das?
- § 29 Wann können Sie vor Rentenbeginn Zuzahlungen leisten und welche Folgen hat das?
- § 30 Wann können Sie Ihren Rentenbeginn vorziehen und welche Folgen hat das?
- § 31 Wann können Sie Ihren Rentenbeginn hinausschieben und welche Folgen hat das?
- § 32 Wann können Sie das Kapitalwahlrecht ausüben und welche Folgen hat das?
- § 33 Wann können Sie neu zwischen Voldynamik und Teildynamik als Verrentungsform wählen und welche Folgen hat das?
- § 34 Wann können Sie neu zwischen flexiblem und klassischem Rentenbezug wählen oder eine Rentengarantiezeit ändern und welche Folgen hat das?
- § 35 Wann können Sie eine Umstellung Ihrer Altersrente auf eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit beantragen und welche Folgen hat das?

§ 36 Wann können Sie im Rentenbezug außerplanmäßig Teilbeträge aus Ihrem Vertrag entnehmen und welche Folgen hat das?

§ 37 Wann können Sie im Rentenbezug Zuzahlungen leisten und welche Folgen hat das?

VII. Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen

§ 38 Was müssen Sie bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens tun?

§ 39 Wer ist unser rechtlicher Ansprechpartner?

§ 40 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

VIII. Allgemeine Vereinbarungen und Informationen

§ 41 Welches Recht und welche Sprache gelten bei Ihrem Vertrag?

§ 42 Wo ist der Gerichtsstand?

§ 43 Wie können Sie ein außergerichtliches Verfahren zur Streitschlichtung in Anspruch nehmen oder sich beschweren?

§ 44 Wie sind Ihre Ansprüche zusätzlich abgesichert?

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

Wenn die versicherte Person den Rentenbeginn erlebt, zahlen wir eine lebenslange Rente (Altersrente). Statt einer Altersrente können Sie grundsätzlich eine einmalige Kapitalzahlung zu Rentenbeginn wählen. Näheres zu den Leistungen bei Erleben des Rentenbeginns finden Sie in § 5.

Stirbt die versicherte Person vor Rentenbeginn, zahlen wir eine Todesfall-Leistung. Zusätzlich können Sie mit uns auch eine Todesfall-Leistung für den Fall vereinbaren, dass die versicherte Person nach Rentenbeginn stirbt. Näheres zu den Leistungen im Todesfall finden Sie in § 6.

§ 2 Was ist die endfällige Garantie?

Ihr Vertrag enthält eine endfällige Garantie. Die endfällige Garantie sichert Ihnen zum vereinbarten Rentenbeginn

- eine garantierte Altersrente, die mindestens so hoch ist wie die Mindestrente, beziehungsweise
- bei Ausübung des Kapitalwahlrechts eine einmalige Kapitalzahlung, die mindestens so hoch ist wie das Mindestkapital.

Die Höhe der Mindestrente und des Mindestkapitals finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

Wenn Sie den Vertrag nach § 23 auch nur einen Monat vor Rentenbeginn kündigen, gilt: Der garantierte Rückkaufwert ist erheblich niedriger als das Mindestkapital.

Wenn Sie den Rentenbeginn nach § 30 auch nur um einen Monat vorziehen, gilt: Die vorgezogene Mindestrente ist erheblich niedriger als die Mindestrente zum ursprünglich vereinbarten Rentenbeginn.

§ 3 Wie entwickelt sich Ihr Guthaben bis zum Rentenbeginn?

Gesamtkapital

(1) Das Gesamtkapital setzt sich zusammen aus

- dem Vertragsguthaben (Absatz 2),
- der Schlussüberschussbeteiligung (§ 19 Absatz 2) und
- der Beteiligung an den Bewertungsreserven (§ 20).

Vertragsguthaben

(2) Das Vertragsguthaben entsteht aus Ihren Sparbeiträgen (§ 11). Es kann sich um laufende Überschussanteile erhöhen (§ 19 Absatz 1). Wir entnehmen ihm guthabenabhängige Kosten. **Der Garantiezins auf das Vertragsguthaben beträgt 0 %.**

§ 4 Wie entwickelt sich Ihr Guthaben ab Rentenbeginn?

(1) Zu Rentenbeginn wandeln wir das Gesamtkapital in das **Rentenkapital** um. Wenn das Gesamtkapital geringer ist als das Mindestkapital, gilt: Wir heben das Rentenkapital auf diesen Wert an. Der Garantiezins auf das Rentenkapital beträgt 0 %.

(2) Im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation steht, ob Sie mit uns einen flexiblen oder klassischen Rentenbezug vereinbart haben. Dies können Sie zu Rentenbeginn noch ändern (§ 34). Von Ihrer Wahl hängt ab, ob Sie über einen Teil des Rentenkapitals verfügen können.

Rentenkapital bei flexiblem Rentenbezug

Das Rentenkapital besteht aus zwei Teilen, dem verfügbaren Guthaben und der Langleblichkeitsreserve:

- Das **verfügbare Guthaben** umfasst zu Rentenbeginn das gesamte Rentenkapital. Dem verfügbaren Guthaben entnehmen wir die auszahlenden Gesamtrenten und die Kosten. Es kann sich um laufende Überschussanteile erhöhen. Zusätzlich entnehmen wir dem verfügbaren Guthaben Beträge zur Finanzierung der Langleblichkeitsreserve.

Sie können unter den Voraussetzungen des § 36 Teilbeträge bis zur Höhe des verfügbaren Guthabens aus Ihrem Vertrag entnehmen.

- Die **Langleblichkeitsreserve** bauen wir im Rentenbezug auf. Dazu verwenden wir zu jedem Rentenzahlungstermin Beträge aus dem verfügbaren Guthaben. Diese Beträge berechnen wir abhängig von der jeweiligen Gesamtrente nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Die Langleblichkeitsreserve erhöhen wir unter Berücksichtigung der kalkulierten Lebenserwartung. Wenn das verfügbare Guthaben aufgebraucht ist, gilt: Der Langleblichkeitsreserve entnehmen wir die auszahlenden Gesamtrenten und die Kosten lebenslang. Sie kann sich um laufende Überschussanteile erhöhen.

Über die Langleblichkeitsreserve können Sie nicht verfügen.

Im Rentenbezug informieren wir Sie jährlich über die Entwicklung des verfügbaren Guthabens.

Rentenkapital bei klassischem Rentenbezug

Sie haben im Rentenbezug **kein verfügbares Guthaben**. Dem Rentenkapital entnehmen wir die auszahlenden Gesamtrenten und die Kosten. Wir erhöhen es unter Berücksichtigung der kalkulierten Lebenserwartung. Zudem kann es sich um laufende Überschussanteile erhöhen.

§ 5 Welche Leistungen erbringen wir bei Erleben des Rentenbeginns?

Günstigerprüfung

- (1) Wenn die versicherte Person den Rentenbeginn erlebt, zahlen wir die aus dem jeweiligen Rentenkapital berechnete Gesamtrente lebenslang. Diese ist mindestens so hoch wie die garantierte Altersrente. Näheres zur Berechnung der Gesamtrente finden Sie in Absatz 3.

Die garantierte Altersrente berechnen wir zu Rentenbeginn und prüfen dabei, welche der folgenden Regelungen für Sie günstiger ist:

- Entweder wir übernehmen für die garantierte Altersrente die zu Vertragsbeginn garantierte Mindestrente. Diese berücksichtigt die zu Vertragsbeginn verwendeten Rechnungsgrundlagen (§ 7 Absatz 2).
- Oder wir berechnen die garantierte Altersrente auf Basis der zu Rentenbeginn maßgebenden Rechnungsgrundlagen.

Näheres zur Berechnung der garantierten Altersrente finden Sie in Absatz 2.

Die vereinbarten Rentenzahlungstermine finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

Garantierte Altersrente

- (2) Zu Rentenbeginn berechnen wir die garantierte Altersrente nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus dem Vertragsguthaben zuzüglich der Beteiligung an den Bewertungsreserven, mindestens jedoch aus dem Mindestkapital. Dabei verwenden wir die zu Rentenbeginn maßgebenden Rechnungsgrundlagen nach § 7 Absatz 3.

Wenn die garantierte Altersrente geringer ist als die Mindestrente, gilt: Wir heben die garantierte Altersrente auf diesen Wert an.

Die Höhe der Mindestrente und des Mindestkapitals finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

Wenn die garantierte Altersrente geringer ist als ein jährlicher Mindestbetrag von 300 EUR, gilt: Wir zahlen das Gesamtkapital, mindestens jedoch das Mindestkapital, zu Rentenbeginn aus. Der Vertrag endet dann.

Gesamtrente

- (3) Zu Rentenbeginn und einen Monat vor Beginn jeden Versicherungsjahrs nach Rentenbeginn berechnen wir die Gesamtrente für das darauffolgende Versicherungsjahr nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus dem Rentenkapital neu. Dabei verwenden wir die zu diesem Zeitpunkt maßgebenden Rechnungsgrundlagen nach § 7 Absatz 3.

Im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation steht, ob Sie mit uns Volldynamik oder Teildynamik als Verrentungsform vereinbart haben. Dies können

Sie zu Rentenbeginn noch ändern (§ 33). Haben Sie Teildynamik vereinbart, gilt: Wir können den maßgebenden Rechnungszins um einen Sockelzins (§ 19 Absatz 4) erhöhen. Grundsätzlich gilt: Sie erhalten bei Teildynamik zu Rentenbeginn eine höhere Gesamtrente als bei Volldynamik. Dafür fallen mögliche künftige Erhöhungen der Gesamtrente geringer aus.

Wenn die Gesamtrente geringer ist als die garantierte Altersrente, gilt: Wir heben die Gesamtrente auf die garantierte Altersrente an.

Die Gesamtrente ist nur bis zur Höhe der garantierten Altersrente garantiert. Sie kann bei jeder Berechnung steigen oder sinken.

Einmalige Kapitalzahlung

- (4) Statt einer Altersrente können Sie eine einmalige Kapitalzahlung zu Rentenbeginn in Höhe des Gesamtkapitals, mindestens jedoch des Mindestkapitals, wählen. Die Voraussetzungen dafür finden Sie in § 32.

§ 6 Welche Leistungen erbringen wir im Todesfall?

- (1) Stirbt die versicherte Person vor Rentenbeginn, zahlen wir das Gesamtkapital (§ 3) als Todesfall-Leistung aus. Dann endet der Vertrag.

- (2) Stirbt die versicherte Person nach Rentenbeginn, gilt: Die Todesfall-Leistung hängt davon ab, ob Sie mit uns einen flexiblen oder klassischen Rentenbezug vereinbart haben.

Todesfall-Leistung bei flexiblem Rentenbezug

Wir zahlen das verfügbare Guthaben (§ 4) aus, dann endet der Vertrag. Ist das verfügbare Guthaben aufgebraucht, zahlen wir keine Todesfall-Leistung und der Vertrag endet.

Todesfall-Leistung bei klassischem Rentenbezug

Wir zahlen die Altersrente bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit weiter, dann endet der Vertrag. Ist die Rentengarantiezeit abgelaufen oder haben Sie keine Rentengarantiezeit mit uns vereinbart, zahlen wir keine Todesfall-Leistung und der Vertrag endet. Den Ablauf der Rentengarantiezeit finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

§ 7 Was sind die Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Altersrente?

- (1) Rechnungsgrundlagen sind unsere Annahmen bezüglich Kapitalerträgen (Rechnungszins), Risikoverlauf (Sterblichkeit) und Kosten.

- (2) Die Mindestrente berechnen wir mit den folgenden Rechnungsgrundlagen:

- Rechnungszins: 0,9 % pro Jahr
- Sterblichkeit: Geschlechtsunabhängig auf Basis der von der Deutschen Aktuarvereinigung veröffentlichten Sterbetafel DAV 2004 R
- Kosten: Im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation genannte Kosten in Prozent der Mindestrente

- (3) Die jeweils maßgebenden Rechnungsgrundlagen zur Berechnung der garantierten Altersrente und der Gesamtrente können von den in Absatz 2 genannten Rechnungsgrundlagen abweichen. Wir legen die jeweils maßgebenden Rechnungsgrundlagen unter Berücksichtigung

- der Entwicklung der Lebenserwartung von Rentenversicherten in Deutschland,
- der Zinsentwicklung für sichere Kapitalanlagen am Kapitalmarkt,
- der dann von uns im Neugeschäft verwendeten Rechnungsgrundlagen und
- des Gleichbehandlungsgrundsatzes

so fest, dass die dauernde Erfüllung unserer Verpflichtungen gegeben ist.

Zu Versicherungsbeginn sind dies die im Abschnitt "Modellrechnungen" der Individuellen Kundeninformation genannten Rechnungsgrundlagen. Über die jeweils maßgebenden Rechnungsgrundlagen werden wir Sie jährlich unterrichten. Wir informieren Sie auch darüber, welche mögliche Altersrente sich mit diesen Rechnungsgrundlagen ergeben würde.

- (4) Wenn wir zu Rentenbeginn für die Berechnung der garantierten Altersrente andere Rechnungsgrundlagen verwenden als zu Versicherungsbeginn für die Berechnung der Mindestrente, kann dies beispielsweise die folgenden Auswirkungen haben:

- Bei einer für Sie ungünstigen Änderung: Die garantierte Altersrente übersteigt die Mindestrente nicht, obwohl das Vertragsguthaben zuzüglich der Beteiligung an den Bewertungsreserven höher ist als das Mindestkapital.
- Bei einer für Sie günstigen Änderung: Die garantierte Altersrente ist höher als die Mindestrente, obwohl das Vertragsguthaben zuzüglich der Beteiligung an den Bewertungsreserven das Mindestkapital nicht übersteigt.

Änderungen der Rechnungsgrundlagen sind in der Vergangenheit häufig vorgekommen und können sich auch in Zukunft ergeben.

II. Leistungsauszahlung

§ 8 Wer erhält die Leistung?

(1) Sie als Versicherungsnehmer können bestimmen, wer die Leistung erhalten soll (Bezugsrecht). Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Wenn Sie uns keinen Bezugsberechtigten nennen, gilt:

- Solange Sie leben, erhalten Sie die Leistung.
- Werden nach Ihrem Tod noch Leistungen fällig, erbringen wir diese an Ihre Erben.

Bezugsrecht

(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 jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie das Bezugsrecht bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit ändern. Dabei tritt mit jeder Fälligkeit einer Altersrente ein eigener Versicherungsfall ein.

Sie können auch 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 jeweiligen Versicherungsfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden. Dies gilt nur, soweit solche Verfügungen rechtlich möglich sind.

Anzeige

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie eine Abtretung und Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie. Es können aber auch andere Personen sein, wenn Sie bereits zuvor Verfügungen getroffen haben. Beispiele dafür sind ein unwiderrufliches Bezugsrecht, eine Abtretung oder eine Verpfändung.

§ 9 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus Ihrem Vertrag zu verfügen. Dies gilt insbesondere für die Entgegennahme von Leistungen aus dem Vertrag.

(2) Wir können verlangen, dass der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

§ 10 Welche Pflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

(1) Wird eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein und ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person vorgelegt sowie notwendige weitere Auskünfte (§ 40) erteilt werden.

(2) Vor jeder Renten- und Kapitalzahlung können wir ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Die Kosten dafür tragen wir.

(3) 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.

(4) Weitere Nachweise und Auskünfte können wir verlangen, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären. Die Kosten hierfür muss diejenige Person übernehmen, die die Leistung beansprucht.

(5) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir alle Informationen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind.

Wird eine der in den Absätzen 1 bis 4 genannten Pflichten nicht erfüllt, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

(6) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

III. Beitrag und Kosten

§ 11 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?

Von Ihren Beiträgen ziehen wir Kosten ab. Den übrigen Teil (Sparbeitrag) legen wir im Vertragsguthaben an.

§ 12 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) sowie jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich (laufende Beiträge) zahlen. Zusätzlich können Sie weitere Beiträge (Zuzahlungen) in Ihren Vertrag zahlen (§ 29 und § 37).

(2) Die Beiträge müssen Sie zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode zahlen. Die Versicherungsperiode entspricht der vereinbarten Beitragszahlweise. Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag oder in der beitragsfreien Zeit ist die Versicherungsperiode ein Jahr.

(3) Sie müssen dem Lastschriftinzug der Beiträge zustimmen oder die Beiträge auf ein von uns benanntes Konto überweisen oder einzahlen. Versicherungsvermittler sind nicht berechtigt, Zahlungen entgegenzunehmen.

(4) Sie zahlen die Beiträge auf Ihre Kosten und Gefahr.

(5) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir eventuelle Beitragsrückstände verrechnen.

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

Rechtzeitige Zahlung

(1) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Den Fälligkeitstag finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen konnten 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 den Beitrag unverzüglich nach unserer Aufforderung zahlen. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

Erstbeitrag

(2) Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag (Erstbeitrag) nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Haben Sie den Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, müssen wir nicht leisten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Wir leisten jedoch, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die ausgebliebene Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

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

§ 14 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

(1) Wir bieten Ihnen bei Zahlungsschwierigkeiten verschiedene Lösungsmöglichkeiten an (Absätze 2 bis 4). Gerne beraten wir Sie, welche in Ihrem konkreten Fall die beste Möglichkeit ist. Bitte nehmen Sie dazu rechtzeitig telefonisch oder in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) Kontakt zu uns auf.

Stundung

(2) Sie können zu jedem Monatsersten in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen, dass wir die Beiträge für höchstens zwölf Monate zinslos stunden.

Voraussetzungen für die Stundung:

- Nach Ablauf der Stundung beträgt die Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr.
- Der Vertrag weist zu Beginn der Stundung mindestens einen Rückkaufwert (§ 23) in Höhe der zu stundenden Beiträge auf.

(3) Zum Ablauf der Stundung müssen Sie die gestundeten Beiträge in einer Summe nachzahlen.

Wenn Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen, verrechnen wir sie mit dem Vertragsguthaben. Die vereinbarten Leistungen des Vertrags passen wir dann nach versicherungsmathematischen Grundsätzen entsprechend an. Insbesondere berechnen wir das Mindestkapital und die Mindestrente neu. Dabei verwenden wir unveränderte Rechnungsgrundlagen.

Beitragsfreistellung

(4) Sie können Ihren Vertrag auch vollständig oder teilweise beitragsfrei stellen und dadurch die Beitragszahlung vorzeitig beenden oder die Höhe der Beiträge vermindern. Nach einer Beitragsfreistellung können Sie Ihren Versicherungsschutz später wiederherstellen. Sie können die Beitragsfreistellung auch von vorneherein befristen. Die Voraussetzungen und Regelungen zu diesen Möglichkeiten finden Sie in § 24 und § 25.

§ 15 Welche Kosten sind in Ihren Vertrag eingerechnet?

(1) Durch den Abschluss und die laufende Verwaltung Ihres Vertrags entstehen Kosten (**Abschluss- und Vertriebskosten** sowie **Verwaltungskosten**). Diese sind von Ihnen zu tragen und bereits in Ihren Vertrag eingerechnet. Wir stellen sie Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung. Angaben zur Höhe dieser Kosten finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

(2) Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehört insbesondere die Abschlussvergütung für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen sie die Aufwendungen für die Aufnahme Ihres Vertrags in den Versicherungsbestand und für ärztliche Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Abschluss.

Die Verwaltungskosten beinhalten Aufwendungen für die laufende Bearbeitung Ihres Vertrags. Hierzu gehören die technische Bestandsführung und die jährliche schriftliche Information.

(3) Bei Verträgen gegen laufende Beiträge wenden wir auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Verordnung über Rechnungsgrundlagen für die Deckungsrückstellungen (Deckungsrückstellungsverordnung) an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Dauer des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag oder Zuzahlungen ziehen wir die Abschluss- und Vertriebskosten sofort von Ihrer Zahlung ab.

Die Verwaltungskosten verteilen wir über die gesamte Versicherungsdauer. Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag oder Zuzahlungen ziehen wir dabei einen Teil der Verwaltungskosten sofort von Ihrer Zahlung ab.

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung führt dazu, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags nur geringe Beträge für einen Rückkaufwert (§ 23) oder zur Bildung einer beitragsfreien Leistung (§ 24) vorhanden sind.

§ 16 Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir Ihnen die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen, beispielsweise bei:

- Erteilung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein
- Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen
- Vom Zahlungspflichtigen zu vertretende fehlgeschlagene Lastschriftabbuchungen
- Ermittlung der Anschrift des Versicherungsnehmers
- Mahnung bei Nichtzahlung von Versicherungsbeiträgen
- Einrichtung eines Stundungskontos
- Wiederinkraftsetzung eines beitragsfrei gestellten Vertrags ohne Nachzahlung der Beiträge

- Zusätzliche Mitteilung über den Stand Ihrer Versicherung
- Erstellung von versicherungsmathematischen Gutachten

(2) Die Höhe der aus den in Absatz 1 genannten Gründen veranlassten Kosten sowie weitere Anlässe und Kosten finden Sie in unserer beiliegenden Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Die Höhe der Kosten kann von uns nach billigem Ermessen (§ 315 BGB) für die Zukunft angepasst werden. Die jeweils aktuelle Kostenübersicht können Sie jederzeit bei uns anfordern.

Wir behalten uns vor, für besondere Anlässe, die nicht in der Kostenübersicht stehen, Kostenpauschalen zu nehmen. Diese Anlässe müssen zusätzlichen Aufwand in der Verwaltung verursachen. Wir stellen Ihnen dann die durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung. Die Kosten erheben wir nur, wenn wir sie weder nach dem Gesetz noch weil wir es mit Ihnen vereinbart haben, tragen müssen.

Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschalen an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert und sehen die Kosten als angemessen an. Die Angemessenheit müssen wir darlegen und beweisen. Wenn Sie uns dann nachweisen, dass die Kosten in Ihrem Fall überhaupt nicht angemessen sind, entfallen die Kosten. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Kosten in Ihrem Fall nur in geringerer Höhe angemessen sind, setzen wir die Kosten entsprechend herab.

(3) Wenn wir aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen von dritter Seite mit Kosten belastet werden, werden wir Ihnen diese in angefallener Höhe in Rechnung stellen. Dies betrifft beispielsweise:

- Rückläufer im Lastschriftverfahren
- Ermittlung einer geänderten Anschrift, falls uns die Änderung nicht mitgeteilt wurde

IV. Überschussbeteiligung

§ 17 Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

(1) Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Versicherungen zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

(2) Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

(3) Ansprüche auf eine bestimmte Höhe Ihrer Beteiligung am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

(4) Wir haben gleichartige Versicherungen (beispielsweise Rentenversicherungen, Risiko-Lebensversicherungen, Berufsunfähigkeits-Versicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Dies tun wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

§ 18 Wie beteiligen wir Sie am Überschuss?

(1) Wir beteiligen Sie am Überschuss und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen.

(2) Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Versicherungen wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände.

Ihre Versicherung gehört dem in Ihrem Versicherungsschein genannten Gewinnverband an.

Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Bestandsgruppen und Gewinnverbände zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband nicht dazu beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

(3) Der Vorstand legt jedes Jahr auf Basis eines Vorschlags des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinnverbände verteilt wird und setzt die entsprechenden Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Ihre Versicherung erhält auf Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihren Gewinnverband entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür finanzieren wir bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahrs. Ansonsten entnehmen wir sie der Rückstellung für Beitragsrückerstattung.

§ 19 Wie verwenden wir den Überschuss?

Erhöhung des Gesamtkapitals bis zum Rentenbeginn

(1) Bis zum Rentenbeginn teilen wir Ihrer Versicherung zum Ende jeden Monats einen **laufenden Überschussanteil** zu. Diesen Überschussanteil verwenden wir zur Erhöhung des Vertragsguthabens. Das Mindestkapital und die Mindestrente erhöhen sich dadurch nicht.

Den laufenden Überschussanteil legen wir im Rahmen der Überschussdeklaration in Prozent des zu Beginn des Monats nach Anlage des Sparbeitrags vorhandenen Vertragsguthabens fest. Wir gewähren diesen Überschussanteil erstmals zum Ende des ersten Monats nach Versicherungsbeginn.

(2) Bis zum Rentenbeginn führen wir neben dem Vertragsguthaben eine **Schlussüberschussbeteiligung**. Dieser ordnen wir zum Ende jeden Monats einen Überschussanteil zu (Schlussüberschussanteil).

Die Schlussüberschussbeteiligung steht zur Deckung von Schwankungen im Zins-, Risiko- und Kostenverlauf zur Verfügung. Sie kann daher schwanken und sogar vollständig entfallen. Das betrifft auch bereits zugeordnete Schlussüberschussanteile. Die endgültige Höhe der Schlussüberschussbeteiligung steht erst bei vorzeitiger Beendigung der Versicherung vor Rentenbeginn oder zu Rentenbeginn fest.

Bei Beendigung der Versicherung vor Rentenbeginn zahlen wir die folgenden Leistungen aus der Schlussüberschussbeteiligung:

- Im Todesfall zahlen wir eine zusätzliche Todesfall-Leistung in Höhe der Schlussüberschussbeteiligung.
- Bei Kündigung der Versicherung wird die Schlussüberschussbeteiligung anteilig gewährt. Der Anteil hängt von der abgelaufenen Versicherungsdauer sowie der Zinssituation am Kapitalmarkt ab. Er wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.

Zu Rentenbeginn führen wir die Schlussüberschussbeteiligung dem Gesamtkapital zu.

(3) Im Rahmen der Überschussbeteiligung kann zusätzlich eine **Mindestbeteiligung an den Bewertungsreserven** gewährt werden. Die Mindestbeteiligung ist unabhängig von der tatsächlichen Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven (§ 20) und wird zusammen mit der endgültigen Höhe der Schlussüberschussbeteiligung (Absatz 2) für Versicherungen deklariert, die im laufenden Versicherungsjahr beendet werden oder bei denen der Rentenbezug beginnt.

Erhöhung des Rentenskapitals ab Rentenbeginn

(4) Ab Rentenbeginn teilen wir Ihrer Versicherung zum Ende jeden Monats einen **laufenden Überschussanteil** zu. Diesen Überschussanteil verwenden wir zur Erhöhung des Rentenskapitals.

Den laufenden Überschussanteil legen wir im Rahmen der Überschussdeklaration in Prozent des Rentenskapitals fest. Wir gewähren diesen Überschussanteil erstmals einen Monat nach Rentenbeginn.

Haben Sie Teildynamik als Verrentungsform (§ 5 Absatz 3) vereinbart, gilt: Wir verwenden bei jeder Berechnung der Gesamtrente zusätzlich zum maßgebenden Rechnungszins einen **Sockelzins**. Den Sockelzins legen wir im Rahmen der Überschussdeklaration fest.

§ 20 Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrer Versicherung zu?

(1) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Die Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Versicherungen zu berücksichtigen sind, ermitteln wir regelmäßig. Diese ordnen wir den Versicherungen anteilig rechnerisch zu. Dabei verwenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren.

(2) Wir teilen Ihrer Versicherung

- zu Rentenbeginn beziehungsweise
- bei vorzeitiger Beendigung Ihrer Versicherung vor Rentenbeginn

den dann für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven zu. Dies erfolgt nach der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung.

(3) Bei der Zuteilung der Bewertungsreserven (Absatz 2) wird eine mögliche Mindestbeteiligung an den Bewertungsreserven (§ 19 Absatz 3) verrechnet. Nur wenn die auf Ihre Versicherung entfallende Beteiligung an den Bewertungsreserven höher ist als die Mindestbeteiligung, wird zusätzlich die Differenz zur Mindestbeteiligung fällig.

(4) Ab Rentenbeginn beteiligen wir Sie an den Bewertungsreserven. Die Beteiligung berücksichtigen wir im Rahmen der Überschussdeklaration.

(5) Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(6) Ausführlichere Informationen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie unter:

www.neueleben.de

§ 21 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Faktoren ab, die wir nicht vorhersehen und nur begrenzt beeinflussen können. Solche Faktoren sind insbesondere die Entwicklung des versicherten Risikos, der Kosten und des Kapitalmarkts.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung können wir daher nicht garantieren. Sie kann auch Null Euro betragen.

§ 22 Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

(1) Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie unter:

www.neueleben.de

(2) Über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung werden wir Sie jährlich unterrichten. Wir informieren Sie erstmals ein Jahr nach Versicherungsbeginn. Sie können eine zusätzliche Mitteilung über den Stand Ihrer Versicherung, unabhängig von der jährlichen Information, jederzeit in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) bei uns anfordern.

V. Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 23 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Folgen hat das?

Frist und notwendige Form bei Kündigung

(1) **Sie können Ihren Vertrag vor Rentenbeginn jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) vollständig oder teilweise kündigen.** Nach Rentenbeginn können Sie nicht mehr kündigen.

Voraussetzungen für die teilweise Kündigung:

- Bei beitragspflichtigen Verträgen muss der verbleibende Beitrag nach der teilweisen Kündigung mindestens 300 EUR jährlich betragen.
- Bei beitragsfreien Verträgen muss das verbleibende Vertragsguthaben nach der teilweisen Kündigung mindestens 1.000 EUR betragen.

Auszahlungsbetrag bei Kündigung

(2) Bei einer vollständigen Kündigung wird der Vertrag beendet. Wir berechnen dann den Rückkaufswert nach Absatz 3. Diesen Rückkaufswert vermindern wir um den Stornoabzug nach Absatz 4 und eventuelle Beitragsrückstände. Bereits zugeteilte laufende Überschussanteile sind im Rückkaufswert enthalten. Zusätzlich können eine Leistung aus der Schlussüberschussbeteiligung (§ 19 Absatz 2) und eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (§ 20) anfallen. Den sich daraus ergebenden Betrag zahlen wir Ihnen aus.

Bei einer teilweisen Kündigung wird der Beitrag um einen vorgegebenen Prozentsatz des bisher vereinbarten Beitrags herabgesetzt. Den Auszahlungsbetrag bei teilweiser Kündigung berechnen wir aus diesem Prozentsatz, angewendet auf den Rückkaufswert nach Absatz 3. Dabei berücksichtigen wir einen Stornoabzug in halber Höhe des nach Absatz 4 vereinbarten Stornoabzugs.

Rückkaufswert vor Stornoabzug

(3) Der Rückkaufswert ist in § 169 Absatz 3 VVG wie folgt geregelt: Der Rückkaufswert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete Deckungskapital der Versicherung.

Das Deckungskapital entspricht dem Vertragsguthaben. Bei dessen Bildung verteilen wir bei Verträgen gegen laufende Beiträge die unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die ersten fünf Vertragsjahre. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf diese Zeit.

Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag oder Zuzahlungen (§ 12 Absatz 1) ziehen wir die Abschluss- und Vertriebskosten sofort von Ihrer Zahlung ab.

Stornoabzug vom Rückkaufwert

(4) Bei Kündigung vermindern wir den nach Absatz 3 ermittelten Rückkaufwert um den Stornoabzug. Den Stornoabzug vereinbaren wir mit Ihnen mit der nachfolgend aufgeführten Begründung in der im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation bezifferten Höhe.

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

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

Die Beweislast für die Angemessenheit des Stornoabzugs tragen wir. Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht und können Sie uns sodann nachweisen, dass die von uns zugrunde gelegten pauschalen Annahmen in Ihrem Einzelfall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder nur teilweise zutreffen beziehungsweise der Stornoabzug in Ihrem Fall der Höhe nach niedriger zu beziffern ist, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Stornoabzug.

In der Ablaufphase erheben wir keinen Stornoabzug. Die Ablaufphase beginnt, wenn die versicherte Person 62 Jahre alt ist, jedoch frühestens zwölf Jahre nach Versicherungsbeginn.

Herabsetzung des Rückkaufwerts im Ausnahmefall

(5) Wir sind nach § 169 Absatz 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 3 errechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Verträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

Keine Rückzahlung der Beiträge

(6) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Leistungen bei teilweiser Kündigung

(7) Bei teilweiser Kündigung passen wir die vereinbarten Leistungen Ihres Vertrags nach versicherungsmathematischen Grundsätzen entsprechend an. Insbesondere berechnen wir das Mindestkapital und die Mindestrente neu. Dabei verwenden wir unveränderte Rechnungsgrundlagen.

Mögliche Nachteile der Kündigung

(8) **Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrags ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (§ 15) nur ein geringer Rückkaufwert vorhanden. Auch in den Folgejahren bis zum Rentenbeginn erreicht der Rückkaufwert nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge. Selbst einen Monat vor Rentenbeginn kann der Rückkaufwert erheblich niedriger sein als das Mindestkapital (§ 2). Die Höhe des garantierten Rückkaufwerts vor und nach Stornoabzug finden Sie in der Tabelle im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation.**

§ 24 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Folgen hat das?

Frist und notwendige Form bei Beitragsfreistellung

(1) Sie können jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) die vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung Ihres Vertrags beantragen.

Voraussetzung für die vollständige Beitragsfreistellung: Nach der vollständigen Beitragsfreistellung muss das Vertragsguthaben mindestens 1.000 EUR betragen.

Voraussetzung für die teilweise Beitragsfreistellung: Nach der teilweisen Beitragsfreistellung muss der verbleibende Beitrag mindestens 300 EUR jährlich betragen.

Beitragsfreie Leistung

(2) Die beitragsfreie Leistung berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation unter Zugrundelegung des Rückkaufwerts vor Stornoabzug (§ 23 Absatz 3). Bei Beitragsfreistellung erheben wir keinen Stornoabzug.

(3) Bei Beitragsfreistellung passen wir die vereinbarten Leistungen Ihres Vertrags nach versicherungsmathematischen Grundsätzen entsprechend an. Insbesondere berechnen wir das Mindestkapital und die Mindestrente neu. Dabei verwenden wir unveränderte Rechnungsgrundlagen.

Bei der Berechnung der beitragsfreien Leistung berücksichtigen wir eventuelle Beitragsrückstände.

Mögliche Nachteile der Beitragsfreistellung

(4) **Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrags ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (§ 15) nur ein geringer Rückkaufwert zur Bildung einer beitragsfreien Leistung vorhanden. Auch in den Folgejahren bis zum Rentenbeginn stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der Summe der eingezahlten Beiträge zur Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung. Die Höhe der garantierten beitragsfreien Leistungen finden Sie in der Tabelle im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation.**

Befristete Beitragsfreistellung

(5) Sie können eine vollständige Beitragsfreistellung auch befristet für einen Zeitraum von bis zu drei Jahren beantragen. Dabei gelten die Regelungen der Absätze 1 bis 4 und des § 25 entsprechend. Wenn Ihr Vertrag eine Zusatzversicherung enthält, können weitere Regelungen gelten. Näheres dazu finden Sie in den Besonderen Bedingungen der Zusatzversicherung.

§ 25 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz nach einer Beitragsfreistellung wiederherstellen (Wiederinkraftsetzung) und welche Folgen hat das?

(1) Sie können innerhalb von drei Jahren nach einer Beitragsfreistellung mit einer Frist von einem Monat zu jedem Monatsersten in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen, dass der Versicherungsschutz wiederhergestellt wird (Wiederinkraftsetzung).

Voraussetzungen für die Wiederinkraftsetzung: Bei Verträgen ohne Zusatzversicherung gibt es keine Voraussetzungen für die Wiederinkraftsetzung. Wenn Ihr Vertrag eine Zusatzversicherung enthält, gilt: Wir können die Annahme Ihres Antrags davon abhängig machen, ob bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Zum Beispiel können wir dann die Annahme Ihres Antrags von einer Gesundheitsprüfung abhängig machen. Näheres dazu finden Sie in den Besonderen Bedingungen der Zusatzversicherung.

(2) Ab der Wiederinkraftsetzung müssen Sie Ihre Beiträge wieder in der ursprünglich vereinbarten Höhe zahlen. Sie können aber auch zusammen mit der Wiederinkraftsetzung beantragen,

- Ihre Beiträge nach § 24 herabzusetzen (teilweise Beitragsfreistellung) oder
- Ihre Beiträge nach § 27 außerplanmäßig zu erhöhen.

Die vereinbarten Leistungen Ihres Vertrags passen wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen entsprechend an. Insbesondere berechnen wir das Mindestkapital und die Mindestrente neu. Dabei verwenden wir unveränderte Rechnungsgrundlagen.

(3) Bei Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten nach einer Beitragsfreistellung können Sie die Beiträge für den Zeitraum von der Beitragsfreistellung bis zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung nachzahlen. Dann setzen wir die vor der Beitragsfreistellung vereinbarten Leistungen Ihres Vertrags, insbesondere das Mindestkapital und die Mindestrente wieder in Kraft.

Wenn Sie die Beiträge nicht nachzahlen, ist Ihre spätere Rente wegen der zeitweisen Einstellung der Beitragszahlung vermindert. Der Verminderung können Sie, unabhängig von dem Zeitraum von sechs Monaten, auf verschiedene Weisen entgegenwirken:

- Sie können Ihre Beiträge nach § 27 außerplanmäßig erhöhen.
- Sie können flexibel, beispielsweise verteilt über drei Jahre, Zuzahlungen nach § 29 und § 37 leisten.
- Sie können den Rentenbeginn nach § 31 hinausschieben.

VI. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

§ 26 Wann können Sie Ihre Beiträge herabsetzen und welche Folgen hat das?

Eine Herabsetzung der Beiträge entspricht einer teilweisen Beitragsfreistellung. Die Regelungen dazu finden Sie in § 24.

§ 27 Wann können Sie Ihre Beiträge außerplanmäßig erhöhen und welche Folgen hat das?

(1) Sie können mit einer Frist von einem Monat zu jeder Beitragsfälligkeit (§ 13 Absatz 1) in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen, außerplanmäßig Ihren Beitrag zu erhöhen.

Für Ihren Antrag brauchen Sie ein von uns erstelltes Angebot. Wenn Sie diesem zustimmen, führen wir die Änderung durch. Ein solches Angebot können Sie jederzeit bei uns anfordern.

Voraussetzungen für die Erhöhung des Beitrags:

- Der Termin der Erhöhung muss mindestens ein Jahr vor dem Rentenbeginn liegen.
- Die hinzukommenden Beiträge müssen mindestens 120 EUR pro Jahr betragen.
- Die gesamten Beiträge der nächsten zwölf Monate dürfen höchstens 6.000 EUR betragen.
- Wenn Ihr Vertrag eine Zusatzversicherung enthält, gilt: Wir können die Annahme Ihres Antrags davon abhängig machen, ob bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Zum Beispiel können wir dann die Annahme Ihres Antrags von einer Gesundheitsprüfung abhängig machen. Näheres dazu finden Sie in den Besonderen Bedingungen der Zusatzversicherung.

(2) Bei Erhöhung des Beitrags passen wir die vereinbarten Leistungen Ihres Vertrags nach versicherungsmathematischen Grundsätzen entsprechend an. Insbesondere berechnen wir das Mindestkapital und die Mindestrente neu. Dabei verwenden wir für die resultierende Erhöhung der Mindestrente neben unveränderten Rechnungsgrundlagen zusätzlich einen Sicherheitsabschlag von 20 %.

§ 28 Wann können Sie vor Rentenbeginn außerplanmäßig Teilbeträge aus Ihrem Vertrag entnehmen und welche Folgen hat das?

(1) Sie können vor Rentenbeginn mit einer Frist von fünf Werktagen zum Ende jeden Monats in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen, dass außerplanmäßig ein Teilbetrag aus Ihrem Vertrag entnommen und Ihnen ausgezahlt wird (Teilauszahlung). Die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Beiträge ändert sich durch die Entnahme nicht.

Voraussetzungen für die Entnahme vor Rentenbeginn:

- Bei beitragspflichtigen Verträgen darf die Entnahme höchstens das vorhandene Vertragsguthaben umfassen.
- Bei beitragsfreien Verträgen muss das verbleibende Vertragsguthaben nach der Entnahme mindestens 1.000 EUR betragen.

(2) Wir vermindern das Vertragsguthaben um den entnommenen Betrag und einen Stornoabzug in halber Höhe des nach § 23 Absatz 4 vereinbarten Stornoabzugs.

(3) Bei Entnahme vor Rentenbeginn passen wir die vereinbarten Leistungen Ihres Vertrags nach versicherungsmathematischen Grundsätzen entsprechend an. Insbesondere berechnen wir das Mindestkapital und die Mindestrente neu. Dabei verwenden wir unveränderte Rechnungsgrundlagen.

Wenn Ihr Vertrag eine Zusatzversicherung enthält, gilt: Die Leistungen der Zusatzversicherung bleiben unverändert.

§ 29 Wann können Sie vor Rentenbeginn Zuzahlungen leisten und welche Folgen hat das?

(1) Sie können bis einen Monat vor Rentenbeginn Zuzahlungen leisten.

Voraussetzungen für die Zuzahlung vor Rentenbeginn:

- Die Zuzahlung muss mindestens 200 EUR betragen.
- Innerhalb von zwölf Monaten dürfen Sie höchstens 20.000 EUR zuzahlen.

(2) Zuzahlungen schreiben wir ab Versicherungsbeginn zu jedem Monatsersten Ihrem Vertrag gut. Dabei berücksichtigen wir alle Zuzahlungen, die bis zu diesem Zeitpunkt neu auf unserem Konto eingegangen sind.

Die Zuzahlung vermindern wir um Kosten (§ 15) und eventuelle Beitragsrückstände. Den verbleibenden Betrag führen wir dem Vertragsguthaben zu.

(3) Bei Zuzahlung vor Rentenbeginn passen wir die vereinbarten Leistungen Ihres Vertrags nach versicherungsmathematischen Grundsätzen entsprechend an. Insbesondere berechnen wir das Mindestkapital und die Mindestrente neu. Dabei verwenden wir für die resultierende Erhöhung der Mindestrente neben unveränderten Rechnungsgrundlagen zusätzlich einen Sicherheitsabschlag von 20 %.

Wenn Ihr Vertrag eine Zusatzversicherung enthält, gilt: Die Leistungen der Zusatzversicherung bleiben unverändert.

§ 30 Wann können Sie Ihren Rentenbeginn vorziehen und welche Folgen hat das?

(1) Sie können vor Rentenbeginn mit einer Frist von einem Monat zu jedem Monatsersten in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen, dass die Rentenzahlung sofort beginnt.

Voraussetzungen für das Vorziehen des Rentenbeginns:

- Die garantierte Altersrente muss zum vorgezogenen Rentenbeginn den jährlichen Mindestbetrag (§ 5 Absatz 2) erreichen.
- Wenn Ihr Vertrag eine Zusatzversicherung enthält, gilt: Wir können die Annahme Ihres Antrags davon abhängig machen, ob bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Zum Beispiel können wir dann die Annahme Ihres Antrags davon abhängig machen, dass Sie zum vorgezogenen Rentenbeginn keine Leistungen aus der Zusatzversicherung beziehen. Näheres dazu finden Sie in den Besonderen Bedingungen der Zusatzversicherung.

(2) Wenn der vorgezogene Rentenbeginn vor dem Beginn der Ablaufphase (§ 23 Absatz 4) liegt, ist das Kapitalwahlrecht ausgeschlossen. Statt das Kapitalwahlrecht ganz oder teilweise auszuüben, können Sie dann

- zum vorgezogenen Rentenbeginn nach § 23 kündigen oder
- vor Rentenbeginn nach § 28 und im Rentenbezug nach § 36 außerplanmäßig Teilbeträge aus Ihrem Vertrag entnehmen.

(3) Wenn Sie mit uns eine Rentengarantiezeit vereinbart haben, gilt: Der Ablauf der Rentengarantiezeit bleibt erhalten, falls dadurch die Rentengarantiezeit nicht länger dauert als 30 Jahre. Andernfalls wird der Ablauf der Rentengarantiezeit auf das Ende des Versicherungsjahrs vorverlegt, das nach dieser Regelung höchstens zulässig ist.

(4) Bei Vorziehen des Rentenbeginns passen wir die vereinbarten Leistungen Ihres Vertrags nach versicherungsmathematischen Grundsätzen entsprechend an. Die endfällige Garantie des Mindestkapitals und der Mindestrente zum ursprünglich vereinbarten Rentenbeginn entfällt. Zum vorgezogenen Rentenbeginn berechnen wir das Mindestkapital und die Mindestrente mit unveränderten Rechnungsgrundlagen neu:

- Das Mindestkapital setzen wir auf den zum vorgezogenen Rentenbeginn berechneten garantierten Rückkaufswert vor Stornoabzug herab.
- Die neue Mindestrente wird wegen des früheren Rentenbeginns niedriger sein als die ursprüngliche.

(5) Die garantierte Altersrente und die Gesamtrente berechnen wir nach § 5 Absätze 2 und 3. **Bitte beachten Sie: Selbst einen Monat vor Rentenbeginn kann die vorgezogene Gesamtrente erheblich niedriger sein als die Mindestrente zum ursprünglich vereinbarten Rentenbeginn (§ 2).**

Wenn Ihr Vertrag eine Zusatzversicherung enthält, deren Versicherungsdauer ursprünglich nach dem vorgezogenen Rentenbeginn abläuft, gilt: Der Ablauf der Versicherungsdauer der Zusatzversicherung wird auf den vorgezogenen Rentenbeginn vorverlegt.

§ 31 Wann können Sie Ihren Rentenbeginn hinausschieben und welche Folgen hat das?

(1) Sie können vor Rentenbeginn mit einer Frist von einem Monat zu jedem Monatsersten in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) einen späteren Rentenbeginn beantragen. Dabei können Sie zwischen den beiden folgenden Möglichkeiten wählen:

- Sie schieben den Rentenbeginn beitragsfrei hinaus. Die Beitragszahlung endet dann zum ursprünglich vereinbarten Termin.
- Sie schieben den Rentenbeginn beitragspflichtig hinaus. Dann müssen Sie die Beiträge bis zum hinausgeschobenen Rentenbeginn in gleicher Höhe weiterzahlen.

Wenn zum ursprünglich vereinbarten Rentenbeginn keine Verpflichtung zur Beitragszahlung besteht, können Sie den Rentenbeginn nur beitragsfrei hinausschieben.

Voraussetzung für das Hinausschieben des Rentenbeginns: Die versicherte Person darf zum hinausgeschobenen Rentenbeginn höchstens 89 Jahre alt sein.

(2) Wenn Sie mit uns eine Rentengarantiezeit vereinbart haben, bleibt der Ablauf der Rentengarantiezeit erhalten.

(3) Bei Hinausschieben des Rentenbeginns passen wir die vereinbarten Leistungen Ihres Vertrags nach versicherungsmathematischen Grundsätzen entsprechend an. Insbesondere gilt die endfällige Garantie des Mindestkapitals und der Mindestrente dann zum hinausgeschobenen und nicht mehr zum ursprünglich vereinbarten Rentenbeginn. Dazu berechnen wir das Mindestkapital und die Mindestrente mit unveränderten Rechnungsgrundlagen neu:

- Wenn Sie den Rentenbeginn beitragsfrei hinausschieben, bleibt das Mindestkapital unverändert. Sonst erhöhen wir das Mindestkapital unter Berücksichtigung der zusätzlich zu zahlenden Beiträge.
- Die neue Mindestrente wird wegen des späteren Rentenbeginns höher sein als die ursprüngliche.

Wenn Ihr Vertrag eine Zusatzversicherung enthält, gilt:

- Die Versicherungsdauer einer Unfalltod-Zusatzversicherung bleibt bei beitragsfreiem Hinausschieben unverändert. Sie verlängert sich bei beitragspflichtigem Hinausschieben bis zum hinausgeschobenen Rentenbeginn.
- Der Ablauf der Versicherungsdauer und die Leistungen anderer Zusatzversicherungen bleiben in jedem Fall unverändert. Wenn der Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Zusatzversicherung dem ursprünglich vereinbarten Rentenbeginn entspricht, gilt: Abweichend von Absatz 1 ist bei beitragspflichtigem Hinausschieben nur ein verminderter Beitrag weiterzuzahlen. Der Beitrag für die Zusatzversicherung entfällt.

(4) Sie können den Rentenbeginn auch ein zweites Mal hinausschieben. Das zweite Hinausschieben ist allerdings nur beitragsfrei möglich. Die Beitragszahlung endet spätestens zum ersten hinausgeschobenen Rentenbeginn. Die weiteren Regelungen der Absätze 1 bis 3 gelten auch für das zweite Hinausschieben.

§ 32 Wann können Sie das Kapitalwahlrecht ausüben und welche Folgen hat das?

(1) Sie können mit einer Frist von einem Monat zum Rentenbeginn in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) das Kapitalwahlrecht vollständig oder teilweise ausüben.

Voraussetzung für die Ausübung des Kapitalwahlrechts: Sie haben den Rentenbeginn nicht vor den Beginn der Ablaufphase vorgezogen (§ 30).

Voraussetzung für die Kapitalzahlung: Die versicherte Person muss den Rentenbeginn erleben.

(2) Wenn Sie das Kapitalwahlrecht vollständig ausüben, gilt: Wir zahlen zu Rentenbeginn statt einer Altersrente eine einmalige Kapitalzahlung aus. Dabei ziehen wir eventuelle Beitragsrückstände ab. Mit der Auszahlung endet der Vertrag.

Die einmalige Kapitalzahlung entspricht dem Gesamtkapital, mindestens jedoch dem Mindestkapital.

(3) Wenn Sie das Kapitalwahlrecht teilweise ausüben, gilt: Wir zahlen nur einen Teil der einmaligen Kapitalzahlung nach Absatz 2 zu Rentenbeginn aus. Aus dem Rest berechnen wir eine Altersrente nach § 5. Dazu vermindern wir das Mindestkapital, die Mindestrente und das Gesamtkapital jeweils um das Verhältnis von Auszahlungsbetrag zu diesem Betrag.

Voraussetzung für die teilweise Ausübung des Kapitalwahlrechts: Die neue garantierte Altersrente muss den jährlichen Mindestbetrag (§ 5 Absatz 2) erreichen.

§ 33 Wann können Sie neu zwischen Volldynamik und Teildynamik als Verrentungsform wählen und welche Folgen hat das?

(1) Sie können mit einer Frist von einem Monat zum Rentenbeginn in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) neu zwischen

- Volldynamik und
- Teildynamik

als Verrentungsform wählen.

(2) Ihre Wahl beeinflusst die Höhe und den Verlauf der Gesamtrente. Die garantierte Altersrente und die Gesamtrente berechnen wir nach § 5 Absätze 2 und 3.

§ 34 Wann können Sie neu zwischen flexiblem und klassischem Rentenbezug wählen oder eine Rentengarantiezeit ändern und welche Folgen hat das?

(1) Sie können mit einer Frist von einem Monat zum Rentenbeginn in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) neu zwischen

- einem flexiblen Rentenbezug mit der Möglichkeit, außerplanmäßige Entnahmen und Zuzahlungen vorzunehmen, und
- einem klassischen Rentenbezug mit der Möglichkeit, eine Rentengarantiezeit nach Absatz 2 mit uns zu vereinbaren,

wählen.

(2) Wenn Sie einen klassischen Rentenbezug mit uns vereinbart haben, gilt: Sie können mit einer Frist von einem Monat zum Rentenbeginn in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) die Rentengarantiezeit einschließen, ausschließen oder anpassen.

Voraussetzungen für die Änderung der Rentengarantiezeit:

- Der Ablauf der Rentengarantiezeit muss auf das Ende eines Versicherungsjahrs fallen.
- Die Rentengarantiezeit darf höchstens 30 Jahre betragen.
- Bei Ablauf der Rentengarantiezeit darf die versicherte Person nicht älter als 90 Jahre alt sein.

(3) Ihre Wahl nach den Absätzen 1 und 2 beeinflusst

- die Todesfall-Leistung nach Rentenbeginn (§ 6 Absatz 2),
- die Möglichkeit von außerplanmäßigen Entnahmen und Zuzahlungen nach Rentenbeginn (§ 36 und § 37) und
- die Höhe der Mindestrente, der garantierten Altersrente und der Gesamtrente (§ 5).

(4) Bei Änderung der Rentengarantiezeit oder Wechsel zwischen flexiblem und klassischem Rentenbezug passen wir die vereinbarten Leistungen Ihres Vertrags nach versicherungsmathematischen Grundsätzen entsprechend an. Insbesondere berechnen wir die Mindestrente neu. Dabei berücksichtigen wir unveränderte Rechnungsgrundlagen und Ihre Wahl nach den Absätzen 1 und 2.

(5) Die garantierte Altersrente und die Gesamtrente berechnen wir nach § 5 Absätze 2 und 3.

§ 35 Wann können Sie eine Umstellung Ihrer Altersrente auf eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit beantragen und welche Folgen hat das?

Umstellung zu Rentenbeginn

(1) Sie können mit einer Frist von einem Monat zum Rentenbeginn in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) eine Umstellung Ihrer Altersrente auf eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit beantragen.

Nach der Umstellung entfallen die bisher vereinbarte Todesfall-Leistung im Rentenbezug sowie die Möglichkeit, außerplanmäßige Entnahmen und Zuzahlungen im Rentenbezug vorzunehmen.

Alle Voraussetzungen und Folgen finden Sie in den Besonderen Bedingungen für die Option auf eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit (Pflegeoption).

Umstellung im Rentenbezug

(2) Sie können mit einer Frist von einem Monat zu jedem Rentenzahlungstermin in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) eine Umstellung Ihrer Altersrente auf eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit beantragen, wenn

- im klassischen Rentenbezug mit vereinbarter Rentengarantiezeit deren Ablauf noch nicht erreicht ist oder
- im flexiblen Rentenbezug das verfügbare Guthaben noch nicht aufgebraucht ist.

Nach der Umstellung entfallen die bisher vereinbarte Todesfall-Leistung im Rentenbezug sowie die Möglichkeit, außerplanmäßige Entnahmen und Zuzahlungen im Rentenbezug vorzunehmen.

Alle Voraussetzungen und Folgen finden Sie in den Besonderen Bedingungen für die Option auf eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit (Pflegeoption).

§ 36 Wann können Sie im Rentenbezug außerplanmäßig Teilbeträge aus Ihrem Vertrag entnehmen und welche Folgen hat das?

(1) Wenn Sie einen flexiblen Rentenbezug mit uns vereinbart haben, können Sie im Rentenbezug

- solange bis das verfügbare Guthaben (§ 4) aufgebraucht ist,
- höchstens jedoch bis zum Ende des Versicherungsjahrs, in dem die versicherte Person 90 Jahre alt wird,

mit einer Frist von fünf Werktagen zu jedem Monatsersten in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen, dass außerplanmäßig ein Teilbetrag Ihrem Vertrag entnommen und Ihnen ausgezahlt wird.

Für Ihren Antrag brauchen Sie ein von uns erstelltes Angebot. Wenn Sie diesem zustimmen, führen wir die Änderung durch. Ein solches Angebot können Sie jederzeit bei uns anfordern.

Voraussetzungen für die Entnahme im Rentenbezug:

- Die Entnahme muss mindestens 500 EUR betragen. Wenn das verfügbare Guthaben weniger als 500 EUR beträgt, dürfen Sie jedoch das gesamte verfügbare Guthaben entnehmen.
 - Die Entnahme darf höchstens das vorhandene verfügbare Guthaben umfassen.
- (2) Wir vermindern das verfügbare Guthaben um den entnommenen Betrag.
- (3) Die Langlebigekeitsreserve berechnen wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu.
- (4) Die garantierte Altersrente berechnen wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu. Dabei verwenden wir unveränderte Rechnungsgrundlagen.

Wenn die garantierte Altersrente nach der Entnahme nicht den jährlichen Mindestbetrag nach § 5 Absatz 2 erreicht, gilt: Wir entnehmen das gesamte verfügbare Guthaben und zahlen es Ihnen zusammen mit einem eventuell in der Langlebigekeitsreserve vorhandenen Restbetrag aus. Der Vertrag wird dann beendet.

(5) Die Beträge zur Finanzierung der Langlebigekeitsreserve (§ 4 Absatz 2) und die Gesamrente (§ 5 Absatz 3) berechnen wir neu.

§ 37 Wann können Sie im Rentenbezug Zuzahlungen leisten und welche Folgen hat das?

(1) Wenn Sie einen flexiblen Rentenbezug mit uns vereinbart haben, können Sie im Rentenbezug

- solange bis das verfügbare Guthaben (§ 4) aufgebraucht ist,
- höchstens jedoch bis zum Ende des Versicherungsjahrs, in dem die versicherte Person 90 Jahre alt wird,

mit einer Frist von einem Monat zu jedem Monatsersten in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) eine Zuzahlung beantragen.

Für Ihren Antrag brauchen Sie ein von uns erstelltes Angebot. Wenn Sie diesem zustimmen, führen wir die Änderung durch. Ein solches Angebot können Sie jederzeit bei uns anfordern.

Voraussetzungen für die Zuzahlung im Rentenbezug:

- Die Zuzahlung muss mindestens 500 EUR betragen.
- Innerhalb von zwölf Monaten dürfen Sie höchstens 20.000 EUR zuzahlen.
- Alle Zuzahlungen im Rentenbezug zusammen dürfen höchstens die Summe der bis zum Rentenbeginn gezahlten Beiträge und Zuzahlungen betragen.

(2) Die Zuzahlung vermindern wir um Kosten (§ 15), die wir Ihnen im Angebot nennen. Den verbleibenden Betrag führen wir dem verfügbaren Guthaben zu.

(3) Die garantierte Altersrente berechnen wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu. Dabei verwenden wir für die resultierende Erhöhung der garantierten Altersrente neben unveränderten Rechnungsgrundlagen zusätzlich einen Sicherheitsabschlag von 20 %.

(4) Die Beträge zur Finanzierung der Langlebigekeitsreserve (§ 4 Absatz 2) und die Gesamrente (§ 5 Absatz 3) berechnen wir neu.

VII. Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen

§ 38 Was müssen Sie bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens tun?

(1) Eine Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

Ihnen können Nachteile entstehen, wenn Sie von wichtigen Mitteilungen nicht rechtzeitig erfahren. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift unter Ihrem uns zuletzt bekannten Namen zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(2) Wenn Sie sich für längere Zeit im Ausland aufhalten, müssen Sie uns einen Zustellungsbevollmächtigten nennen, der in der Bundesrepublik Deutschland ansässig ist. Diese Person ist zur Entgegennahme von Zustellungen besonders ermächtigt.

§ 39 Wer ist unser rechtlicher Ansprechpartner?

(1) Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch Erklärungen, die wir Ihnen gegenüber abgeben.

(2) Wenn Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter (§ 8 Absatz 2) als bevollmächtigt, diese Erklärungen entgegenzunehmen. Ist auch ein solcher nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins (§ 9) zur Entgegennahme der Erklärungen als bevollmächtigt ansehen.

§ 40 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

(1) Wenn wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen

- bei Abschluss des Vertrags,
- bei Änderung nach Abschluss des Vertrags oder
- auf Nachfrage

unverzüglich zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für die Erhebung von Daten und Meldungen maßgeblich ist.

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

- Ihrer steuerlichen Ansässigkeit,
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere der Wohnsitz, das Geburtsdatum, der Geburtsort sowie deutsche oder ausländische Steueridentifikationsnummern.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn Sie nicht im Ausland steuerlich ansässig sind.

(4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten nach den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir keine Leistung zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

VIII. Allgemeine Vereinbarungen und Informationen

§ 41 Welches Recht und welche Sprache gelten bei Ihrem Vertrag?

(1) Auf Ihren Vertrag wird das Recht der Bundesrepublik Deutschland angewendet.

(2) Die Vertragsgestaltung sowie die Kommunikation während der Dauer des Vertrags erfolgen in deutscher Sprache.

§ 42 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. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(2) Klagen aus dem Vertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(3) Verlegen Sie nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen, gilt dies ebenso.

§ 43 Wie können Sie ein außergerichtliches Verfahren zur Streitschlichtung in Anspruch nehmen oder sich beschweren?

(1) Sollten Sie mit einer unserer Leistungen oder Entscheidungen nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte zunächst direkt an uns.

(2) Wir haben uns als Mitglied des Versicherungsombudsmann e. V. dazu verpflichtet, an einem Verfahren zur Streitbeilegung vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Die zuständige Verbraucherschlichtungsstelle ist:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de

(3) Für Streitigkeiten aus Online-Dienstleistungsverträgen (beispielsweise Online-Versicherungsverträge) hat die Europäische Kommission eine Online-Plattform für Verbraucher eingerichtet. Sie können diese Plattform zur Beilegung von Streitigkeiten aus Online-Dienstleistungsverträgen nutzen. Als Online-Dienstleistungsvertrag gelten Verträge, bei denen der Unternehmer oder der Vermittler des Unternehmers Dienstleistungen über eine Webseite oder auf anderem elektronischen Weg angeboten hat. Außerdem muss der Verbraucher diese Dienstleistungen auf der Webseite oder auf anderem elektronischen Weg bestellt haben. Die Plattform ist erreichbar unter:

<https://webgate.ec.europa.eu/odr/>

(4) Unabhängig davon können Sie sich mit einer Beschwerde auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
- Bereich Versicherungen -
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
www.bafin.de

(5) Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt von den vorstehenden Absätzen unberührt.

§ 44 Wie sind Ihre Ansprüche zusätzlich abgesichert?

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. VAG). Dieser ist errichtet bei:

Protektor Lebensversicherungs-AG
Wilhelmstraße 43 G
10117 Berlin
www.protektor-ag.de

Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Vertrag begünstigter Personen. Wir gehören dem Sicherungsfonds an.

BB-PRO: Besondere Bedingungen für die Option auf eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit (Pflegeoption)

(BB_NPRO19_190401)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen. In den Bedingungen nutzen wir die Abkürzung SGB: Sozialgesetzbuch.

Inhalt

I. Leistungsbeschreibung

- § 1 Welches Recht bietet Ihnen die Pflegeoption?
- § 2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen und wann stufen wir diese als erheblich oder schwer ein?
- § 3 Wie stellen wir Ihre Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit um und welche Folgen hat das?

II. Leistungsauszahlung

- § 4 Welche Pflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?
- § 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 6 Was gilt, wenn die Pflichten verletzt werden?

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Welches Recht bietet Ihnen die Pflegeoption?

(1) Die Pflegeoption gibt Ihnen das Recht, eine Umstellung Ihrer Altersrente auf eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit zu beantragen.

Sie können die Pflegeoption nicht ausüben, wenn die Gesamtrente nach der Umstellung nicht höher ist als vorher.

Näheres zu den Folgen der Umstellung finden Sie in § 3.

Umstellung zu Rentenbeginn

(2) Sie können mit einer Frist von einem Monat zum Rentenbeginn in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) eine Umstellung Ihrer Altersrente auf eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit beantragen. Bei einer Rentenversicherung mit Sofortbeginn können Sie zum Rentenbeginn keine Umstellung beantragen.

Voraussetzungen für die Umstellung zu Rentenbeginn:

- Die versicherte Person muss mindestens **erheblich pflegebedürftig** im Sinne dieser Bedingungen (§ 2) sein.
- Die versicherte Person muss mindestens 62 Jahre alt sein.

Umstellung im Rentenbezug

(3) Sie können mit einer Frist von einem Monat zu jedem Rentenzahlungstermin in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) eine Umstellung Ihrer Altersrente auf eine erhöhte Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit beantragen. Bei einer Rentenversicherung mit Sofortbeginn ist ein Antrag erstmals sechs Monate nach Versicherungsbeginn möglich.

Voraussetzungen für die Umstellung im Rentenbezug:

- Die versicherte Person muss mindestens **schwer pflegebedürftig** im Sinne dieser Bedingungen (§ 2) sein.
- Die versicherte Person muss mindestens 62 Jahre alt sein.
- Die Altersrente ist nicht schon wegen Pflegebedürftigkeit zu Rentenbeginn erhöht (Absatz 2).
- Im flexiblen Rentenbezug ist das verfügbare Guthaben noch nicht aufgebraucht, oder im klassischen Rentenbezug mit vereinbarter Rentengarantiezeit ist die Rentengarantiezeit noch nicht abgelaufen.

§ 2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen und wann stufen wir diese als erheblich oder schwer ein?

- (1) Als Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen gilt:
- Pflegebedürftigkeit nach SGB XI Stand 21.12.2015 (Absätze 2 bis 4)
 - Pflegebedürftigkeit auf Basis von Aktivitäten des täglichen Lebens (Absätze 5 bis 7)
 - Pflegebedürftigkeit aufgrund demenzbedingter Hirnleistungsstörung (Absatz 8)

Pflegebedürftigkeit nach SGB XI Stand 21.12.2015

(2) Pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen ist die versicherte Person, wenn sie gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Dabei ist Voraussetzung, dass die versicherte Person

- 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 mit mindestens der in Absatz 4 festgelegten Schwere bestehen.

(3) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:

Mobilität:

- Positionswechsel im Bett
- Halten einer stabilen Sitzposition
- Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- Treppensteigen

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:

- 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

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

- 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

Selbstversorgung:

- 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
- Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen

Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug auf:

- Medikation
- Injektionen
- Versorgung intravenöser Zugänge
- Absaugen und Sauerstoffgabe
- Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen
- Messung und Deutung von Körperzuständen
- Körpernahe Hilfsmittel
- Verbandswechsel und Wundversorgung
- Versorgung mit Stoma
- Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden
- Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
- Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung
- Arztbesuche
- Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen
- Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen
- Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern
- Das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:

- 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

(4) Die Einstufung der Pflegebedürftigkeit richtet sich nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. Wir unterscheiden dabei erhebliche und schwere Pflegebedürftigkeit, wobei die in § 15 SGB XI Stand 21.12.2015 definierten Pflegegrade maßgeblich sind:

- Eine **erhebliche Pflegebedürftigkeit** im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person dem Pflegegrad 2 nach § 15 SGB XI Stand 21.12.2015 entspricht.
- Eine **schwere Pflegebedürftigkeit** im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person dem Pflegegrad 3 nach § 15 SGB XI Stand 21.12.2015 entspricht.

Änderungen des Gesetzes führen zu keiner Änderung der Leistungsvoraussetzungen dieser Versicherung. Bei einer Änderung der gesetzlichen Definition der Pflegegrade ist gegebenenfalls ein diesen Bedingungen entsprechender Pflegegrad für die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen maßgeblich. Führt eine Änderung des Gesetzes dazu, dass sich aus der Einteilung der Pflegegrade nach dem Gesetz nicht mehr auf die Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen nach diesen Bedingungen schließen lässt, gilt: Wir ermitteln die Schwere der Pflegebedürftigkeit nach den Absätzen 5 bis 7.

Pflegebedürftigkeit auf Basis von Aktivitäten des täglichen Lebens

(5) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 6 genannten Aktivitäten, auch bei

Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel, täglich die Hilfe einer anderen Person benötigt und diese Hilfe auch täglich erfolgt. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 7 festgelegten Schwere bestehen.

(6) Bei der Bewertung der Pflegebedürftigkeit legen wir die folgenden Aktivitäten zugrunde:

- Fortbewegen im Zimmer:

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie sich zur Fortbewegung durch eine andere Person unterstützen lassen muss - auch wenn sie eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl nutzt.

- Aufstehen und Zubettgehen:

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder ins Bett gelangen kann.

- An- und Auskleiden:

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann - auch wenn sie krankengerechte Kleidung nutzt.

- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann - auch wenn sie krankengerechte Essbestecke und Trinkgefäße nutzt.

- Waschen, Kämmen oder Rasieren:

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, weil sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen - auch wenn sie einen Wannenlift oder Wannenlift nutzt.

- Verrichten der Notdurft:

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern, ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten oder weil ihr Darm oder ihre Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

(7) Die Einstufung der Pflegebedürftigkeit richtet sich nach Art und Umfang der erforderlichen Hilfe:

- Eine **erhebliche Pflegebedürftigkeit** im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor, wenn der Hilfebedarf bei drei der sechs Aktivitäten nach Absatz 6 besteht.
- Eine **schwere Pflegebedürftigkeit** im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor, wenn der Hilfebedarf bei vier der sechs Aktivitäten nach Absatz 6 besteht.

Pflegebedürftigkeit aufgrund demenzbedingter Hirnleistungsstörung

(8) Eine **schwere Pflegebedürftigkeit** im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor, wenn die versicherte Person in Folge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung in erheblichem oder höherem Maße einen Verlust der Alltagskompetenz erleidet. Hirnleistungsstörungen und Verlust der Alltagskompetenz liegen vor, wenn ein Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie die Diagnose Demenz auf Basis

- einer klinischen, körperlichen Untersuchung und
- einem eingeführten Testverfahren zur Hirnleistungsprüfung, zum Beispiel Mini-Mental-Status-Test (MMST), oder Nachweis in einem bildgebenden Verfahren, zum Beispiel Magnetresonanztomografie (MRT)

stellt und mindestens vier der folgenden sechs Punkte erfüllt sind:

- Depression, unkontrollierte Aggressivität
- Verkennen von Alltagssituationen mit Selbst- und Fremdgefährdung
- Unkontrolliertes, wiederholtes Verlassen des Wohnbereichs
- Gedächtnisstörung und Denkstörung mit herabgesetztem Urteilsvermögen
- Störung des Tag-Nacht-Rhythmus
- Erreichen von weniger als 50 % der erreichbaren Punkte im Hirnleistungstest

§ 3 Wie stellen wir Ihre Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit um und welche Folgen hat das?

(1) Zum Zeitpunkt der Umstellung passen wir

- den Rentenbezug und die Todesfall-Leistung (Absätze 2 und 3),
- die Höhe der garantierten Altersrente (Absatz 4) sowie
- die Höhe der Gesamrente (Absätze 5 bis 7)

an. Wir stellen Ihnen keine zusätzlichen Kosten für die Umstellung in Rechnung. Die Höhe des Rentenkapitals bleibt insgesamt unverändert.

Nach der Umstellung hat eine Änderung der Einstufung der Pflegebedürftigkeit keine Auswirkungen auf Ihre Altersrente.

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, wenden wir nach der Umstellung die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Rentenversicherung sinngemäß an. Dies betrifft insbesondere die Entwicklung des Rentenkapitals und die jährliche Neuberechnung der Gesamrente.

Rentenbezug und Todesfall-Leistung

(2) Nach der Umstellung führen wir die Altersrente im klassischen Rentenbezug und grundsätzlich ohne Rentengarantiezeit weiter.

Das bedeutet: **Nach der Umstellung entfallen die bisher vereinbarte Todesfall-Leistung im Rentenbezug sowie die Möglichkeit, außerplanmäßige Entnahmen und Zuzahlungen im Rentenbezug vorzunehmen.**

(3) Wenn Sie die Umstellung zu Rentenbeginn beantragen, gilt: Sie können gleichzeitig eine neue Rentengarantiezeit für die umgestellte Altersrente beantragen. Die Rentengarantiezeit muss die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- Der Ablauf der Rentengarantiezeit muss auf das Ende eines Versicherungsjahrs fallen.
- Die Rentengarantiezeit darf höchstens zehn Jahre bei erheblicher Pflegebedürftigkeit beziehungsweise fünf Jahre bei schwerer Pflegebedürftigkeit betragen.
- Bei Ablauf der Rentengarantiezeit darf die versicherte Person nicht älter als 90 Jahre alt sein.

Garantierte Altersrente

(4) Bei Umstellung zu Rentenbeginn berechnen wir die garantierte Altersrente insgesamt wie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Rentenversicherung beschrieben. Wir berücksichtigen dabei den klassischen Rentenbezug und die Rentengarantiezeit nach den Absätzen 2 und 3 für die umgestellte Altersrente.

Bei Umstellung im Rentenbezug bleibt die Höhe der garantierten Altersrente insgesamt unverändert.

Gesamrente

(5) Zunächst berechnen wir eine **Gesamrente unter Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit**. Diese Gesamrente berechnen wir grundsätzlich so, wie unter "Gesamrente" im Paragraphen "Welche Leistungen erbringen wir bei Erleben des Rentenbeginns?" in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Rentenversicherung beschrieben.

Das Rentenkapital und die garantierte Altersrente für die Berechnung dieser Gesamrente ermitteln wir wie folgt:

- Bei Umstellung zu Rentenbeginn verwenden wir das gesamte Rentenkapital.
- Bei Umstellung im flexiblen Rentenbezug verwenden wir das vor der Umstellung vorhandene verfügbare Guthaben.
- Bei Umstellung im klassischen Rentenbezug verwenden wir den Wert der vor der Umstellung bis zum Ende der Rentengarantiezeit zu zahlenden Renten. Bei der Berechnung dieses Werts berücksichtigen wir den zum Zeitpunkt der Umstellung maßgebenden Rechnungszins.

Wir verwenden den Anteil an der gesamten garantierten Altersrente (Absatz 4), der dem Anteil des verwendeten Rentenkapitals am gesamten Rentenkapital (Absatz 1) entspricht, für die Berechnung dieser Gesamrente.

Wenn dieser Teil der garantierten Altersrente höher ist als 36.000 EUR jährlich, gilt: Wir verwenden 36.000 EUR jährlich als garantierte Altersrente und einen entsprechend kleineren Anteil des gesamten Rentenkapitals.

Wir berücksichtigen die Entwicklung der Lebenserwartung von erheblich beziehungsweise schwer Pflegebedürftigen in Deutschland bei der Berechnung dieser Gesamrente.

(6) Wir können zusätzlich eine Bonus-Rente zahlen. Die Bonus-Rente legen wir im Rahmen der Überschussdeklaration jeweils für ein Versicherungsjahr in Prozent der Gesamrente unter Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit fest.

(7) Falls wir bei der Berechnung der Gesamrente unter Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit nicht das gesamte Rentenkapital verwendet haben, gilt: Zusätzlich zu dieser Gesamrente zahlen wir eine **Gesamrente ohne Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit**. Für deren Berechnung verwenden wir das restliche Rentenkapital und den restlichen Teil der garantierten Altersrente.

II. Leistungsauszahlung

§ 4 Welche Pflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

(1) Zum Nachweis erheblicher beziehungsweise schwerer Pflegebedürftigkeit muss der Anspruchsteller uns folgende Unterlagen einreichen:

- Ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person
- Eine ärztliche Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit
- Den Leistungsbescheid eines Trägers der gesetzlichen Pflegeversicherung nach SGB XI Stand 21.12.2015 (soziale Pflegeversicherung)

Wenn

- die versicherte Person nicht dem Schutz der sozialen Pflegeversicherung unterliegt,
- kein Leistungsbescheid erstellt wird oder
- der Leistungsbescheid nicht geeignet ist, das Vorliegen unserer Leistungsvoraussetzungen zu bestätigen, beispielsweise weil eine Änderung des SGB dazu geführt hat, dass sich aus der Einteilung der Pflegegrade nach dem Gesetz nicht mehr auf die Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen nach diesen Bedingungen schließen lässt,

gilt: Der Leistungsbescheid eines Trägers der sozialen Pflegeversicherung ist durch folgende Unterlagen zu ersetzen:

- Ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln beziehungsweise behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige beziehungsweise voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Umfang der Pflegebedürftigkeit
- Eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die die versicherte Person pflegt, über Beginn, Art, Umfang und Dauer der bisherigen beziehungsweise zu erwartenden künftigen Pflege

Die einzureichenden Unterlagen erkennen wir nur an, wenn sie in deutscher Sprache verfasst sind oder in amtlich beglaubigter Übersetzung vorliegen.

Die entstehenden Kosten für die Nachweise muss der Anspruchsteller tragen.

(2) Zusätzlich können wir zur Beurteilung unserer Leistungspflicht weitere Nachweise sowie ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Die Kosten dafür übernehmen wir.

Dafür können wir von der versicherten Person verlangen, dass sie sich in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft untersuchen lässt. Wenn die versicherte Person für die geforderte Untersuchung aus dem Ausland nach Deutschland reisen muss, gilt: Wir übernehmen die Untersuchungskosten jedoch nicht die Kosten für Reise und Unterbringung. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn die vor Ort angewendeten Untersuchungsverfahren und -methoden den Grundlagen und Leitlinien zur Beurteilung der sozialmedizinischen Leistungsfähigkeit der deutschen Rentenversicherung entsprechen.

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

Nachdem wir alle uns vorliegenden Unterlagen geprüft haben, erklären wir innerhalb von zehn Arbeitstagen ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während der Prüfung werden wir Sie mindestens alle vier Wochen über den Sachstand informieren.

§ 6 Was gilt, wenn die Pflichten verletzt werden?

(1) Solange Sie, die versicherte Person oder der Anspruchsteller eine Pflicht nach § 4 vorsätzlich oder arglistig verletzen, müssen wir keine Leistung erbringen.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Pflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass die Pflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde.

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

(2) Der Anspruch auf Umstellung Ihrer Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit bleibt abweichend von Absatz 1 bestehen, soweit die Verletzung die Feststellung oder den Um-

fang unserer Leistungspflicht nicht beeinflusst. Dies gilt nicht, wenn die Pflicht arglistig verletzt wurde.

(3) Wenn die Pflicht später erfüllt wird, gilt: Wir müssen ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen leisten.

BB-UZ: Besondere Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung

(BB_NUZ18_190401)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen. In den Bedingungen nutzen wir die Abkürzung VVG: Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).

Inhalt

I. Leistungsbeschreibung

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Wann ist der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ausgeschlossen?
- § 3 Welche Rolle spielen Krankheiten und Gebrechen der versicherten Person?

II. Leistungsauszahlung

- § 4 Welche Pflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?
- § 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

III. Überschussbeteiligung

- § 6 Wie beteiligen wir Sie am Überschuss?
- § 7 Wie verwenden wir den Überschuss?

IV. Regelungen im Zusammenhang mit der Hauptversicherung

- § 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
- § 9 Wann können Sie Ihre Unfalltod-Zusatzversicherung kündigen und welche Folgen hat das?

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

(1) Stirbt die versicherte Person an den Folgen eines Unfalls (Unfalltod), zahlen wir die garantierte Leistung bei Unfalltod, wenn

- Unfall und Tod während der Versicherungsdauer dieser Unfalltod-Zusatzversicherung eingetreten sind und
- zwischen dem Unfall und dem Tod nicht mehr als ein Jahr vergangen ist.

(2) Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

(3) Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag gilt: Zusätzlich zu der garantierten Leistung bei Unfalltod kann eine Leistung aus der Überschussbeteiligung anfallen (§ 7).

§ 2 Wann ist der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ausgeschlossen?

(1) Unsere Leistungspflicht besteht grundsätzlich unabhängig davon, warum und wo der Versicherungsfall eintritt (weltweiter Versicherungsschutz). Bitte beachten Sie: Bei folgenden Ursachen ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt oder ausgeschlossen. Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag zahlen wir dann den für den Todestag berechneten Rückkaufwert nach Stornoabzug (§ 9 Absatz 2).

Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, Schlag- oder Krampfanfälle

(2) Bei Unfalltod durch

- Geistes- oder Bewusstseinsstörungen der versicherten Person, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Drogenkonsum beruhen, sowie
- Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen,

besteht kein Versicherungsschutz.

Diese Einschränkung gilt nicht, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

Straftaten

(3) Bei Unfalltod, der der versicherten Person dadurch zustößt, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder dies versucht, besteht kein Versicherungsschutz.

Kriegerische Ereignisse

(4) Bei Unfalltod in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen besteht kein Versicherungsschutz.

Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die versicherte Person an einem Unfalltod in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt,

- denen sie während eines Aufenthalts im Ausland ausgesetzt war und
- an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

Terrorismus

(5) Bei Unfalltod in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit einem terroristischen Angriff mit vorsätzlich eingesetzten oder vorsätzlich freigesetzten

- atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
- radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen

besteht kein Versicherungsschutz.

Dies gilt auch, wenn andere als Waffen eingesetzte Mittel oder Stoffe mit vergleichbarem Gefährdungspotenzial bei einem terroristischen Angriff benutzt wurden. Beispiele sind Sprengstoffe oder Flugzeuge.

Voraussetzung für diese Einschränkung: Der Einsatz oder das Freisetzen waren darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Diese Einschränkung gilt nicht, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen

- unmittelbar sterben,
- voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder
- dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden.

Die Voraussetzung einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von sechs Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Leistung bei Unfalltod werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

Luft- und Raumfahrzeuge

(6) Bei Unfalltod der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), wenn dieser nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
- während einer mithilfe eines Luftfahrzeugs ausgeübten beruflichen Tätigkeit und
- während der Benutzung von Raumfahrzeugen

besteht kein Versicherungsschutz.

Fahrtveranstaltungen

(7) Bei Unfalltod, der der versicherten Person dadurch zustößt, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt, besteht kein Versicherungsschutz.

Kernenergie

(8) Bei Unfalltod, der unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht ist, besteht kein Versicherungsschutz.

Strahlen

(9) Bei Tod infolge von Gesundheitsschädigungen durch Strahlen besteht kein Versicherungsschutz.

Diese Einschränkung gilt nicht, wenn es sich um Folgen eines unter diesen Vertrag fallenden Unfallereignisses handelt.

Heilmaßnahmen oder Eingriffe

(10) Bei Tod infolge von Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz.

Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

Infektionen

(11) Bei Tod infolge von Infektionen besteht kein Versicherungsschutz. Er ist auch dann ausgeschlossen, wenn die Infektionen durch Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden,

- die als solche geringfügig sind und
- durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen.

Bei Tod infolge von Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt Absatz 10 Satz 2 entsprechend.

Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind sowie für Tollwut und Wundstarrkrampf.

Vergiftung

(12) Bei Tod infolge von Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund besteht kein Versicherungsschutz.

Diese Einschränkung gilt nicht, wenn es sich um Folgen eines unter diesen Vertrag fallenden Unfallereignisses handelt.

Psychische Reaktionen

(13) Bei Unfalltod wegen psychischer Reaktionen der versicherten Person besteht kein Versicherungsschutz. Dabei kommt es nicht auf die Ursache der psychischen Reaktion an.

Selbsttötung

(14) Bei Selbsttötung besteht kein Versicherungsschutz. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

Diese Einschränkung gilt nicht, wenn dieser Zustand durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde.

§ 3 Welche Rolle spielen Krankheiten und Gebrechen der versicherten Person?

Haben neben dem Unfall auch Krankheiten oder Gebrechen den Tod mit herbeigeführt, gilt: Wir vermindern unsere Leistung entsprechend dem Anteil der Mitwirkung. Beträgt der Anteil weniger als 25 %, leisten wir in voller Höhe.

II. Leistungsauszahlung

§ 4 Welche Pflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

(1) Der Unfalltod der versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden - wenn möglich innerhalb von 48 Stunden. Außerdem müssen uns die notwendigen Nachweise zum Hergang und zu den Folgen des Unfalls vorgelegt werden.

(2) Weitere Nachweise und Auskünfte können wir verlangen, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären.

(3) Wenn wir eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt verlangen, muss uns das Recht dazu verschafft werden. Wird einer Obduktion nicht zugestimmt, müssen wir keine Leistung erbringen. Dies gilt nicht, wenn die fehlende Zustimmung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht hat.

(4) Wenn Sie oder der Anspruchsteller eine Mitteilungs- und Aufklärungspflicht (Absätze 1 und 2) vorsätzlich oder arglistig verletzen, müssen wir keine Leistung erbringen.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitteilungs- und Aufklärungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass die Mitteilungs- und Aufklärungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde.

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

(5) Der Anspruch auf Leistungen wegen Unfalltod bleibt abweichend von Absatz 4 bestehen, soweit uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht nicht beeinflusst. Dies gilt nicht, wenn die Mitteilungs- und Aufklärungspflicht arglistig verletzt wurde.

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

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats zu erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Die Frist beginnt, sobald uns die notwendigen Nachweise und Auskünfte vorliegen.

III. Überschussbeteiligung

§ 6 Wie beteiligen wir Sie am Überschuss?

Für Ihre Unfalltod-Zusatzversicherung gilt:

- Bei Verträgen gegen laufende Beiträge ist die Unfalltod-Zusatzversicherung nicht am Überschuss beteiligt.
- Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag ist die Unfalltod-Zusatzversicherung grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört zur selben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung. In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen.

§ 7 Wie verwenden wir den Überschuss?

Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag gilt: Im Versicherungsfall zahlen wir zusätzlich zur garantierten Leistung bei Unfalltod einen Bonus bei Unfalltod. Den Bonus bei Unfalltod setzen wir im Rahmen der Überschussdeklaration jeweils für ein Versicherungsjahr, erstmals zu Beginn des ersten Versicherungsjahrs, in Prozent der garantierten Leistung bei Unfalltod fest. Der Bonus bei Unfalltod wird zusammen mit der garantierten Leistung bei Unfalltod fällig.

IV. Regelungen im Zusammenhang mit der Hauptversicherung

§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Unfalltod-Zusatzversicherung bildet eine Einheit mit der Versicherung, zu der Sie sie abgeschlossen haben (Hauptversicherung). Sie kann nur zusammen mit der Hauptversicherung bestehen. Dies bedeutet beispielsweise: Wenn die Hauptversicherung wegen Kündigung endet, bevor die Versicherungsdauer der Unfalltod-Zusatzversicherung abgelaufen ist, endet auch die Unfalltod-Zusatzversicherung.

(2) Bei Verträgen mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gilt: Die Unfalltod-Zusatzversicherung wird auch dann fortgeführt, wenn die Hauptversicherung wegen Berufsunfähigkeit der versicherten Person beitragsfrei wird.

(3) Die Unfalltod-Zusatzversicherung kann nicht beitragsfrei gestellt werden. Wenn die Hauptversicherung beitragsfrei gestellt wird, endet die Unfalltod-Zusatzversicherung.

(4) Wenn sich eine Anpassung Ihrer Hauptversicherung auch auf die Unfalltod-Zusatzversicherung auswirkt und der Anpassungstermin nach einem Unfall liegt, gilt: Für Leistungen aufgrund dieses Unfalls ist die zum Zeitpunkt des Unfalls vereinbarte Höhe der Leistung maßgeblich. Dies gilt insbesondere

- nach einer Wiederinkraftsetzung,
- nach einer befristeten Beitragsfreistellung und
- nach einer außerplanmäßigen Beitragserhöhung.

(5) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, wenden wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß an.

§ 9 Wann können Sie Ihre Unfalltod-Zusatzversicherung kündigen und welche Folgen hat das?

(1) Bei Verträgen gegen laufende Beiträge können Sie die Unfalltod-Zusatzversicherung während der Beitragszahlungsdauer separat kündigen. Die Hauptversicherung wird fortgeführt.

Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag können Sie die Unfalltod-Zusatzversicherung nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen.

(2) Bei Verträgen gegen laufende Beiträge erhalten Sie aus einer gekündigten Unfalltod-Zusatzversicherung keine Leistung. Ein Rückkaufswert ist nicht vorhanden.

Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag berechnen wir bei Kündigung den Rückkaufswert nach § 169 Absatz 3 VVG. Den so ermittelten Rückkaufswert vermindern wir um den Stornoabzug. Den Stornoabzug vereinbaren wir mit Ihnen mit der nachfolgend aufgeführten Begründung in der im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation bezifferten Höhe.

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

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

- Eine vorzeitige Auflösung des Vertrags kann je nach Situation am Kapitalmarkt dazu führen, dass sich Kapitalerträge des verbleibenden Versichertenbestands verringern. Das gleichen wir mit dem Stornoabzug aus.
- Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den vorhandenen Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss Ihres Vertrags partizipieren Sie an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit stellt auch Ihr Vertrag Solvenzmittel zur Verfügung. Bei Kündigung Ihres Vertrags gehen diese dem verbleibenden Bestand vorzeitig verloren. Sie werden deshalb im Rahmen des Stornoabzugs ausgeglichen.

Die Beweislast für die Angemessenheit des Stornoabzugs tragen wir. Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht und können Sie uns sodann nachweisen, dass die von uns zugrunde gelegten pauschalen Annahmen in Ihrem Einzelfall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder nur teilweise zutreffen beziehungsweise der Stornoabzug in Ihrem Fall der Höhe nach niedriger zu beziffern ist, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Stornoabzug.

BB-BUZ: Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

(BB_NBUZ19_210101)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen. In den Bedingungen nutzen wir folgende Abkürzungen:

- BGB: Bürgerliches Gesetzbuch
- SGB: Sozialgesetzbuch
- VVG: Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz)

Inhalt

I. Leistungsbeschreibung

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

II. Leistungsauszahlung

- § 4 Welche Pflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?
- § 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 6 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
- § 7 Was gilt, wenn die Pflichten verletzt werden?

III. Überschussbeteiligung

- § 8 Wie beteiligen wir Sie am Überschuss?
- § 9 Wie verwenden wir den Überschuss?
- § 10 Wo finden Sie weitere Informationen und Regelungen zur Überschussbeteiligung?

IV. Regelungen im Zusammenhang mit der Hauptversicherung

- § 11 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
- § 12 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?
- § 13 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kündigen und welche Folgen hat das?
- § 14 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beitragsfrei stellen und welche Folgen hat das?
- § 15 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz nach einer Beitragsfreistellung wiederherstellen (Wiederinkraftsetzung) und welche Folgen hat das?
- § 16 Welche günstigeren Regelungen gelten bei einer Wiederinkraftsetzung nach einer Beitragsfreistellung aufgrund von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, beruflicher Auszeit oder Elternzeit?
- § 17 Wann können Sie Ihre Beiträge außerplanmäßig erhöhen und welche Folgen hat das?
- § 18 Welche zusätzliche Voraussetzung gilt für das Vorziehen des Rentenbeginns der Hauptversicherung?

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung berufsunfähig im Sinne des § 2, gilt: Sie müssen für den gesamten Vertrag keine weiteren Beiträge mehr zahlen (**Beitragsbefreiung**). Dies gilt, soweit eine Verpflichtung zur Beitragszahlung bei Beginn des Leistungsanspruchs noch besteht.

(2) Der Anspruch auf Leistungen entsteht frühestens an dem Tag, an dem die versicherte Person berufsunfähig im Sinne des § 2 geworden ist. Für die Leistungen ist die zu diesem Zeitpunkt vereinbarte Beitragshöhe des gesamten Vertrags maßgeblich.

(3) Wenn Sie eine **Karenzzeit** vereinbart haben, haben Sie erst Anspruch auf die Leistungen, wenn alle folgenden Voraussetzungen zutreffen:

- Die Karenzzeit ist abgelaufen.
- Die versicherte Person war bis zum Ablauf der Karenzzeit ununterbrochen berufsunfähig im Sinne des § 2.
- Die versicherte Person ist bei Ablauf der Karenzzeit weiterhin berufsunfähig im Sinne des § 2.

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

Eine Karenzzeit ist ein vereinbarter Zeitraum von dem Tag an, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, bis zum Beginn der Leistungen. Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache ein, rechnen wir bereits zurückgelegte Karenzzeiten an.

(4) Bis entschieden wurde, ob wir leisten, müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiterzahlen. Wenn wir leisten, erhalten Sie die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Beiträge zurück. Wenn Sie es in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen, werden wir Ihnen die noch zu zahlenden Beiträge bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht stunden. Für diese Stundung erheben wir keine Zinsen.

Bei einer Karenzzeit müssen Sie auch dann bis zum Ende der Karenzzeit Beiträge zahlen, wenn wir die Berufsunfähigkeit anerkannt haben. Somit können wir Ihre Beiträge für diesen Zeitraum weder erstatten noch stunden.

Wenn wir Ihren Leistungsanspruch nicht anerkennen und Sie dagegen gerichtlich vorgehen, gilt: Wir sind bereit, Ihnen die aus einer zinslosen Stundung angewachsenen Beitragsrückstände und die weiter fälligen Beiträge zu stunden. Dies müssen Sie in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen. Für diese Stundung erheben wir keine Zinsen. Die zinslose Stundung gewähren wir bis zur rechtskräftigen Entscheidung über Ihren vermeintlichen Leistungsanspruch.

Die gestundeten Beiträge müssen Sie zum Ablauf der Stundung nachzahlen, soweit Sie während der Stundung keinen Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit hatten. Sie können mit uns vereinbaren, dass Sie den Betrag innerhalb von höchstens zwölf Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen.

Wenn Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen, verrechnen wir sie mit dem Vertrag.

(5) Ihr Anspruch auf eine Beitragsbefreiung endet, wenn die versicherte Person nicht mehr berufsunfähig im Sinne des § 2 ist. Bitte beachten Sie dazu auch die Regelungen in § 6 über die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit.

Wenn wir aufgrund eines Tätigkeitsverbots wegen Infektionsgefahr (§ 2 Absatz 19) leisten, gilt: Es liegt keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 mehr vor, sobald dieses Tätigkeitsverbot aufgehoben wurde. Lag der Anerkennung ein Hygieneplan zugrunde, gilt: Es liegt keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 mehr vor, sobald ein aktueller Hygieneplan die Ausübung der beruflichen Tätigkeit zu mindestens 50 % wieder ermöglicht.

Der Anspruch endet auch mit dem Tod der versicherten Person und spätestens bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

(6) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen gilt:

- Berufsunfähigkeit infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall (Absätze 2 bis 13)
- Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit (Absätze 14 bis 18)
- Berufsunfähigkeit infolge eines Tätigkeitsverbots wegen Infektionsgefahr (Absatz 19)

Der in diesen Bedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit folgenden Begriffen überein: Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne sowie Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeld-Versicherung.

Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers bedeutet daher nicht, dass Sie automatisch einen Leistungsanspruch aus dieser Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung haben.

Berufsunfähigkeit infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall

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

(3) Weisen Sie uns nach, dass ein Zustand der in Absatz 2 beschriebenen Art und Auswirkung mindestens sechs Monate ununterbrochen angedauert hat, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

(4) Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person eine unbefristete Rente der Deutschen Rentenversicherung wegen voller Erwerbsminderung ausschließlich aus medizinischen Gründen erhält.

Dies gilt nur, wenn

- der Vertrag bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens seit zehn Jahren bestand und
- bei Vertragsabschluss kein individueller Leistungsausschluss vereinbart wurde.

Für den Begriff der vollen Erwerbsminderung gilt die Definition nach § 43 Absatz 2 SGB VI Stand 20.04.2007.

Ausgeübter Beruf bei Auszubildenden

(5) Bei Auszubildenden legen wir als ausgeübten Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild zugrunde, um die Berufsunfähigkeit festzustellen.

Ausgeübter Beruf bei Selbstständigen

(6) Zu den Selbstständigen zählen wir insbesondere:

- Mitarbeitende Unternehmer
- Betriebs- und Geschäftsinhaber
- Beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF)
- Freiberuflich Tätige, die bei der Ausübung ihres Berufs nicht fremdbestimmt sind

Bei Selbstständigen ist die berufliche Tätigkeit durch folgende Faktoren geprägt:

- Sie sind in ihren unternehmerischen Gestaltungsrechten in der Regel nicht fremdbestimmt.
- Ihnen kommt das betriebliche Direktionsrecht zu. Das bedeutet, sie können allein darüber bestimmen, welches betriebliche Arbeitsfeld, in welchem Umfang und für welche Zeit sie durch eigene Arbeit ausfüllen. Dieses Recht räumt ihnen gegenüber ihren Mitarbeitern die Weisungsbefugnis ein.

(7) Ist die versicherte Person selbstständig, setzt Berufsunfähigkeit der in Absatz 2 beschriebenen Art und Auswirkung voraus, dass die versicherte Person außerstande ist

- durch zumutbare Umorganisation ihres Arbeitsplatzes oder ihres Tätigkeitsbereichs oder
- durch Zuweisung betrieblich anfallender Arbeitsabläufe an Mitarbeiter

ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das Berufsunfähigkeit nach Absatz 2 ausschließt.

Eine Umorganisation ist nur zumutbar, wenn

- die dafür erforderlichen Maßnahmen möglich und wirtschaftlich zweckmäßig sind und keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordern,
- der versicherten Person ein sinnvolles Tätigkeitsfeld verbleibt und
- ihre Lebensstellung als Betriebsinhaber gewahrt bleibt.

Weitere Informationen finden Sie unter "Welche Bedeutung hat die Umorganisation des Betriebs auf die Feststellung einer Berufsunfähigkeit?" der Erläuterungen zum Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit.

(8) Wenn Sie uns nachweisen, dass einer der folgenden Fälle vorliegt, verzichten wir auf eine Prüfung der Umorganisation:

- Die versicherte Person hat in ihrem Betrieb in den letzten zwei Jahren vor Eintritt der Berufsunfähigkeit durchgehend weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Zu den fünf Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelehrte Angestellte. Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.
- Die versicherte Person hat eine abgeschlossene akademische Ausbildung. Sie hat mindestens zu 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten in ihrer täglichen Arbeitszeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübt.
- Die versicherte Person war zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit in einem der folgenden Kammerberufe tätig: Rechts- oder Patentanwalt, Notar, Wirtschaftsprüfer, vereidigter Buchprüfer, Steuerberater oder Steuerbevollmächtigter. Die versicherte Person hat zu diesem Zeitpunkt weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Zu den fünf Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelehrte Angestellte. Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.
- Die versicherte Person war zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit als niedergelassener Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt in einer Einzelpraxis oder einer Praxisgemeinschaft beziehungsweise Praxisorganisationsgemeinschaft tätig. Sie beschäftigt keine weiteren approbierten Mitarbeiter.
- Die versicherte Person war zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit als niedergelassener Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt in einer Gemeinschaftspraxis beziehungsweise Berufsausübungsgemeinschaft tätig. Kein weiterer Partner oder angestellter approbierter Mitarbeiter der Gemeinschaftspraxis beziehungsweise Berufs-

ausübungsgemeinschaft ist auf dem Fachgebiet der versicherten Person - auch nicht teilweise - tätig.

(9) Bei Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten gilt unabhängig von der Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter: Wir berufen uns nicht auf eine Umorganisation, wenn und solange Sie uns nachweisen, dass eine konkrete Umorganisation nicht erfolgt ist.

Ausgeübter Beruf bei Schülern

(10) Bei Schülern orientieren wir uns bei der Feststellung der Berufsunfähigkeit allein an den Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern, die sie als Schüler bei Eintritt der Berufsunfähigkeit konkret ausgeübt haben.

Ausgeübter Beruf bei hauptberuflich tätigen Studenten

(11) Bei hauptberuflich tätigen Studenten legen wir als ausgeübten Beruf das Mindestanforderungsprofil des Berufs zugrunde, der dem angestrebten Studienabschluss entspricht, um die Berufsunfähigkeit festzustellen. Wenn der Student mit dem Studienabschluss verschiedene Berufe ausüben kann, gilt: Die Berufsunfähigkeit stellen wir auf Basis beruflicher Anforderungen mit hohen geistig-mental Anprüchen und mit überwiegend an einem festen Arbeitsplatz auszuübenden geringen bis leichten körperlichen Tätigkeiten fest.

Ausgeübter Beruf bei Hausfrauen und -männern

(12) Bei Hausfrauen/-männern orientieren wir uns bei der Feststellung der Berufsunfähigkeit allein an den Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern, die sie als Hausfrau/-mann bei Eintritt der Berufsunfähigkeit im eigenen Haushalt konkret ausgeübt haben. Voraussetzungen dafür sind:

- Der Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit wurde als Hausfrau/-mann ohne andere Berufsausübung abgeschlossen.
- Dieser Status lag bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit ununterbrochen vor.

Hat die Hausfrau/der Hausmann nach Abschluss des Vertrags eine andere Berufstätigkeit ausgeübt oder übt sie/er eine solche noch bei Eintritt der Berufsunfähigkeit aus, gilt: Wir prüfen die Berufsunfähigkeit auf Basis dieses Berufs.

Ausgeübter Beruf nach Ausscheiden aus dem Berufsleben

(13) Wenn

- die versicherte Person aus dem Berufsleben ausscheidet und
- Sie später Leistungen wegen einer nach dem Ausscheiden eingetretenen Berufsunfähigkeit beantragen,

gilt: Für die Frage, ob eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Absätze 2 bis 12 vorliegt, ist der beim Ausscheiden ausgeübte Beruf mit der durch diesen geprägten Lebensstellung entscheidend.

Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit

(14) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Art, Schwere und Ausmaß einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate pflegebedürftig im Sinne der Absätze 16 bis 18 sein wird.

(15) Wenn ein Zustand der in Absatz 14 beschriebenen Art und Auswirkung mindestens sechs Monate ununterbrochen angedauert hat, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit.

(16) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, so hilflos ist, dass sie für eine der im Folgenden genannten sechs Aktivitäten, auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel, täglich die Hilfe einer anderen Person benötigt und diese Hilfe auch täglich erfolgt.

Bei der Bewertung der Pflegebedürftigkeit legen wir die folgenden Aktivitäten zugrunde:

- Fortbewegen im Zimmer:

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie sich zur Fortbewegung durch eine andere Person unterstützen lassen muss - auch wenn sie eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl nutzt.

- Aufstehen und Zubettgehen:

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder ins Bett gelangen kann.

- An- und Auskleiden:

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann - auch wenn sie krankengerechte Kleidung nutzt.

- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann - auch wenn sie krankengerechte Essbestecke und Trinkgefäße nutzt.

- Waschen, Kämmen oder Rasieren:

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, weil sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen - auch wenn sie einen Wannengriff oder Wannenaufzug nutzt.

- Verrichten der Notdurft:

Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern, ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten oder weil ihr Darm oder ihre Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

(17) Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person

- wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf oder
- wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nur unter ständiger Beaufsichtigung Tag und Nacht versorgt werden kann (Bewahrung) oder
- dauernd bettlägerig ist und nur mit Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

(18) Wenn die versicherte Person vorübergehend akut erkrankt ist, stufen wir bei der Bewertung die Pflegebedürftigkeit nicht höher ein. Vorübergehende Besserungen berücksichtigen wir ebenso nicht. Eine Erkrankung oder Besserung gilt nur dann als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten vorbei ist.

Berufsunfähigkeit infolge eines Tätigkeitsverbots wegen Infektionsgefahr

(19) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn und solange

- die versicherte Person wegen eines vollständigen oder teilweisen Tätigkeitsverbots nach Absatz 21 zu mindestens 50 % außer Stande ist, ihre berufliche Tätigkeit, so wie sie vor der Infektionsgefahr ausgestaltet war, auszuüben und
- sie auch nicht ausübt.

Das vollständige oder teilweise Tätigkeitsverbot muss sich voraussichtlich ununterbrochen über mindestens sechs Monate erstrecken oder sechs Monate ununterbrochen bestanden haben.

Bei folgenden Berufen reicht es aus, wenn sich das Tätigkeitsverbot vollständig auf die Tätigkeit bezieht, Patienten zu behandeln, zu versorgen oder zu betreuen:

- Human- oder Zahnmediziner
- Student der Human- oder Zahnmedizin
- Medizinisch behandelnder oder pflegerischer Beruf mit Patientenkontakt. Hierzu zählen beispielsweise Krankenschwestern und Krankenpfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Hebammen und Entbindungspfleger und Arzthelferinnen und Arzthelfer.

(20) Der Anspruch auf Leistungen entsteht frühestens mit dem Datum der Einzelanordnung beziehungsweise dem Datum des Hygieneplans nach Absatz 21.

(21) Ein vollständiges oder teilweises Tätigkeitsverbot im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn einer der folgenden Fälle zutrifft:

- Eine auf gesetzlichen Vorschriften beziehungsweise Rechtsverordnung beruhende, an die versicherte Person adressierte, behördliche Einzelanordnung untersagt der versicherten Person ganz oder teilweise die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr.
- Bei Bestehen einer von der versicherten Person aufgrund eigener Infektion ausgehenden Infektionsgefahr für andere wird über den Hygieneplan eines anerkannten Hygienikers belegt, welche beruflichen Tätigkeiten die versicherte Person noch und welche sie nicht mehr ausüben darf.

§ 3 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Unsere Leistungspflicht besteht grundsätzlich unabhängig davon, warum und wo der Versicherungsfall eintritt. Bitte beachten Sie: Bei folgenden Ursachen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen. Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu führen.

Kriegerische Ereignisse

(2) Bei Berufsunfähigkeit in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen besteht kein Versicherungsschutz.

Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird,

- denen sie während eines Aufenthalts im Ausland ausgesetzt war und
- an denen sie nicht aktiv beteiligt war (beispielsweise im Rahmen von humanitären Hilfeleistungen, wie etwa Ärzte ohne Grenzen).

Innere Unruhen

(3) Bei Berufsunfähigkeit in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit inneren Unruhen, an denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, besteht kein Versicherungsschutz.

Straftaten

(4) Bei Berufsunfähigkeit, die der versicherten Person dadurch zustößt, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht, besteht kein Versicherungsschutz.

Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen. Er gilt ebenfalls nicht bei allen Delikten im Straßenverkehr.

Herbeiführung des Versicherungsfalls

(5) Bei Berufsunfähigkeit, die der versicherten Person dadurch zustößt, dass sie

- Krankheit oder Kräfteverfall absichtlich herbeiführt,
- sich absichtlich verletzt oder
- sich zu töten versucht

besteht kein Versicherungsschutz.

Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass

- die Tat in einem Zustand der krankhaften Störung der Geistestätigkeit begangen wurde und
- dieser Zustand bewirkt hat, dass die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

(6) Bei vorsätzlich herbeigeführter Berufsunfähigkeit durch eine widerrechtliche Handlung von Ihnen als Versicherungsnehmer besteht kein Versicherungsschutz.

Strahlen

(7) Bei Berufsunfähigkeit durch Strahlen infolge Kernenergie besteht kein Versicherungsschutz.

Voraussetzung für diesen Ausschluss: Diese Strahlen gefährden das Leben oder schädigen die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.

II. Leistungsauszahlung

§ 4 Welche Pflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

(1) Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht, können wir vom Anspruchsteller Folgendes verlangen:

- Er muss uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftspflicht).
- Er muss uns alle Informationen geben, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienen, um uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht zu ermöglichen (Aufklärungspflicht).
- Er muss uns die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 nachweisen.

Die einzureichenden Unterlagen erkennen wir nur an, wenn sie in deutscher Sprache verfasst sind oder in amtlich beglaubigter Übersetzung vorliegen.

Die entstehenden Kosten für die Nachweise muss der Anspruchsteller tragen.

Bei einer **Berufsunfähigkeit infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall** (§ 2 Absätze 2 bis 13) muss der Anspruchsteller uns folgende Unterlagen einreichen:

- Eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit
- Ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln beziehungsweise behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige beziehungsweise voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Grad der Beeinträchtigung, dem zuletzt bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübten Beruf nachgehen zu können
- Unterlagen über die von der versicherten Person durch Ausbildung und Erfahrung erworbenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse, über ihren Beruf, ihre Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen
- Sofern die versicherte Person selbstständig ist: Nachweise über die Betriebsstruktur vor Eintritt der Berufsunfähigkeit und zum Zeitpunkt des Eintritts sowie über die nach Eintritt der Berufsunfähigkeit eingetretenen Veränderungen der betrieblichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und der Arbeitersituation des Betriebs

Bei einer **Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit** (§ 2 Absätze 14 bis 18) muss der Anspruchsteller uns folgende Unterlagen einreichen:

- Eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit
- Ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln beziehungsweise behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige beziehungsweise voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Umfang der Pflegebedürftigkeit
- Eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die die versicherte Person pflegt, über Beginn, Art, Umfang und Dauer der bisherigen beziehungsweise zu erwartenden künftigen Pflege

Bei einer **Berufsunfähigkeit infolge eines Tätigkeitsverbots wegen Infektionsgefahr** (§ 2 Absatz 19) muss der Anspruchsteller uns folgende Unterlagen einreichen:

- Die Verfügung über das Tätigkeitsverbot oder der Hygieneplan im Original oder amtlich beglaubigt
- (2) Darüber hinaus können wir zur Beurteilung unserer Leistungspflicht auf unsere Kosten weitere Auskünfte, Aufklärungen und Nachweise verlangen. Dies gilt für
- die beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person sowie über die eingetretenen Veränderungen,
 - Beginn, Ursache, Art, Umfang und Verlauf der Gesundheitsstörungen, die zur Berufsunfähigkeit beziehungsweise zur Pflegebedürftigkeit führen sowie
 - zur Überprüfung des wirksamen Zustandekommens des Vertrags: die hierfür erforderlichen Auskünfte zu gesundheitlichen, beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnissen der versicherten Person vor Abgabe der Erklärung über ihre Gesundheitsverhältnisse oder vor Abgabe möglicher Nacherklärungen zum Erhalt des Versicherungsschutzes.

Dazu müssen Sie uns auf unser Verlangen Auskünfte und Unterlagen von

- Ärzten, Zahnärzten, sonstigen Behandlern (beispielsweise Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseur oder Krankengymnasten),
- Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen,
- anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie
- Berufsgenossenschaften und Behörden

zur Verfügung stellen.

(3) Zusätzlich können wir zur Beurteilung unserer Leistungspflicht weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Die Kosten dafür übernehmen wir.

Dafür können wir von der versicherten Person verlangen, dass sie sich in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft untersuchen lässt. Wenn die versicherte Person für die geforderte Untersuchung aus dem Ausland nach Deutschland reisen muss, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Kosten für Reise und Unterbringung. Unter üblichen Kosten verstehen wir Reisekosten mit dem Zug 2. Klasse und - wenn erforderlich - Flug in der economy class sowie Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel. Wenn die vor Ort angewendeten Untersuchungsverfahren und -methoden den Grundlagen und Leitlinien zur Beurteilung der sozialmedizinischen Leistungsfähigkeit der deutschen Rentenversicherung entsprechen, gilt: Wir können auf Untersuchungen in Deutschland verzichten.

(4) Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ausgenommen davon sind:

- Der ärztlich empfohlene Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens, wie beispielsweise die Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen
- Ärztlich empfohlene Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten

Lässt die versicherte Person darüber hinausgehende Behandlungen nicht durchführen oder führt ärztlich angeordnete Maßnahmen zur Heilung oder Minderung der Berufsunfähigkeit nicht durch, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen. Dies betrifft beispielsweise Operationen, Diäten und Suchtengzug.

(5) Sie sind nicht verpflichtet, den Eintritt der Berufsunfähigkeit unverzüglich anzuzeigen.

Sie sind auch nicht verpflichtet, uns von sich aus eine Besserung des Gesundheitszustands oder eine Minderung der Berufsunfähigkeit der versicherten Person mitzuteilen.

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

(1) Nachdem wir alle uns vorliegenden Unterlagen geprüft haben, erklären wir in Textform innerhalb von zehn Arbeitstagen, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während der Prüfung werden wir Sie mindestens alle vier Wochen über den Sachstand informieren.

(2) Wir verzichten auf das Recht nach § 173 Absatz 2 VVG, ein einmalig befristetes Anerkennnis auszusprechen.

§ 6 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt zu prüfen, ob

- die versicherte Person weiterhin berufsunfähig im Sinne des § 2 ist und
- die versicherte Person noch lebt.

(2) Wir können auch prüfen, ob die versicherte Person nach Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit neue berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse (beispielsweise durch Umschulung) erworben hat. In diesem Fall liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 nicht mehr vor, wenn alle folgenden Voraussetzungen zutreffen:

- Die versicherte Person übt auf Basis dieser neu erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse auch tatsächlich eine neue berufliche Tätigkeit aus.
- Die versicherte Person kann aufgrund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse diese Tätigkeit ausüben.
- Die durch diese ausgeübte berufliche Tätigkeit geprägte Lebensstellung der versicherten Person entspricht deren Lebensstellung aus dem Beruf zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht. In wirtschaftlicher Hinsicht ist das der Fall, wenn die Vergütung für die neue berufliche Tätigkeit nicht spürbar unter dem Niveau der Vergütung für die berufliche Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit liegt. Bei diesem Vergleich entsprechen sich beide Lebensstellungen noch, wenn der Beruf zu einer Einkommensminderung von weniger als 20 % des Einkommens aus Erwerbstätigkeit (vor Abzug von Steuern) führt. Sollte die künftige Rechtsprechung geringere Grenzen der Zumutbarkeit festlegen, werden wir diese Grenzen beachten. Im begründeten Einzelfall kann eine geringere Grenze berücksichtigt werden.

Liegen diese Voraussetzungen vor, gilt: Es ist unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem Beruf, zu dem unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt wurde, fort dauern würde.

(3) Ist die versicherte Person infolge eines Tätigkeitsverbots wegen Infektionsgefahr berufsunfähig (§ 2 Absatz 19), gilt abweichend von Absatz 2: Es kommt nicht auf die Voraussetzung des Erwerbs und der Nutzung neuer beruflicher Fähigkeiten und Kenntnisse für beziehungsweise in der neuen beruflichen Tätigkeit an.

(4) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte im Sinne des § 4 und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten dafür übernehmen wir. Die Regelungen des § 4 Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

Wir können auch einen Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

(5) Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 nicht mehr vor, stellen wir unsere Leistungen ein. Dies teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung wird nicht vor Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Ab dem Zeitpunkt der Wirksamkeit müssen Sie die Beiträge - in gleicher Höhe wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit - wieder zahlen.

(6) Bei Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit beschränken wir unsere Nachprüfungen auf einen Nachweis, dass die versicherte Person noch lebt.

(7) Wenn eine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 bei Erhebung des Anspruchs oder bei unserer Erklärung nach § 5 bereits nicht mehr besteht, gilt die in Absatz 5 genannte Frist für die Einstellung der Leistungen nicht. In diesem Fall bestehen Ansprüche längstens für den Zeitraum vom Eintritt bis zum Wegfall der Berufsunfähigkeit.

§ 7 Was gilt, wenn die Pflichten verletzt werden?

(1) Solange Sie, die versicherte Person oder der Anspruchsteller eine Pflicht nach § 4 oder § 6 vorsätzlich oder arglistig verletzen, müssen wir keine Leistung erbringen.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Pflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass die Pflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde.

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

(2) Der Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bleibt abweichend von Absatz 1 bestehen, soweit die Verletzung die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht nicht beeinflusst. Dies gilt nicht, wenn die Pflicht arglistig verletzt wurde.

(3) Wenn die Pflicht später erfüllt wird, gilt: Wir müssen ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen leisten. Dies gilt jedoch frühestens nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit.

III. Überschussbeteiligung

§ 8 Wie beteiligen wir Sie am Überschuss?

Für Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gilt: Während Sie keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beziehen, beteiligen wir Sie am Überschuss.

§ 9 Wie verwenden wir den Überschuss?

Wir rechnen den zur Verfügung stehenden Überschuss auf die zu zahlenden Beiträge an (**Beitragsverrechnung**). Die Beitragsverrechnung setzen wir im Rahmen der Überschussdeklaration jeweils für ein Versicherungsjahr, erstmals zu Beginn des ersten Versicherungsjahrs, in Prozent des Beitrags für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung fest.

§ 10 Wo finden Sie weitere Informationen und Regelungen zur Überschussbeteiligung?

Soweit in diesem Abschnitt nichts anderes bestimmt ist, gilt: Wir wenden die Regelungen des Abschnitts "Überschussbeteiligung" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß an.

IV. Regelungen im Zusammenhang mit der Hauptversicherung

§ 11 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bildet eine Einheit mit der Versicherung, zu der Sie sie abgeschlossen haben (Hauptversicherung). Vorbehaltlich der Regelung in Absatz 2 kann sie nur zusammen mit der Hauptversicherung bestehen. Dies bedeutet beispielsweise: Wenn die Hauptversicherung wegen Kündigung endet, bevor die Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung abgelaufen ist, endet grundsätzlich auch die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

(2) Kündigung, Beitragsfreistellung oder Ablauf der Hauptversicherung beeinflussen unsere Leistungspflicht nicht, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt, zu dem Kündigung, Beitragsfreistellung oder Ablauf wirksam werden, bereits berufsunfähig ist.

(3) Die Abtretung, Verpfändung oder Beleihung von Ansprüchen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist ausgeschlossen.

(4) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, gilt: Wir wenden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß an.

§ 12 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Wir bieten Ihnen bei Zahlungsschwierigkeiten verschiedene Lösungsmöglichkeiten an. Weitere Informationen finden Sie im gleichnamigen Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung.

§ 13 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kündigen und welche Folgen hat das?

(1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie zusammen mit der Hauptversicherung oder separat kündigen. Die separate Kündigung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist nur vollständig und nur unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- Es handelt sich um eine Versicherung, zu der noch eine Verpflichtung zur Beitragszahlung besteht.
- Sie kündigen spätestens fünf Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.
- Zum Zeitpunkt, zu dem die Kündigung wirksam wird, erbringen wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

Kündigung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung

(2) Wenn

- Sie die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung kündigen und
- wir **zum Zeitpunkt, zu dem die Kündigung wirksam wird, keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit** erbringen,

gilt: Wir berücksichtigen den Rückkaufwert der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach Abzug des Stornoabzugs (Absatz 5) bei der Berechnung des gesamten Auszahlungsbetrags Ihres Vertrags. Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung endet dann zusammen mit der Hauptversicherung.

Wenn

- Sie die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung kündigen und
- wir **zum Zeitpunkt, zu dem die Kündigung wirksam wird, Leistungen wegen Berufsunfähigkeit** erbringen,

gilt: Die Kündigung hat keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Den Auszahlungsbetrag bei Kündigung aus der Hauptversicherung berechnen wir so, als ob die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht Bestandteil Ihres Vertrags wäre, Sie aber den Beitrag für die Hauptversicherung wie vereinbart gezahlt hätten. Sollten jedoch zu einem späteren Zeitpunkt die Voraussetzungen für unsere Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung entfallen, endet diese ohne Anspruch auf die Zahlung eines Rückkaufwerts.

Separate Kündigung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

(3) Kündigen Sie nur die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, wird nur diese beendet. Die Hauptversicherung wird fortgeführt. Wir berechnen dann den Rückkaufwert der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach Absatz 4. Diesen Rückkaufwert vermindern wir um den Stornoabzug nach Absatz 5. Wenn sich ein positiver Betrag ergibt, rechnen wir diesen Betrag auf die Hauptversicherung an.

Rückkaufwert vor Stornoabzug

(4) Der Rückkaufwert ist in § 169 Absatz 3 VVG wie folgt geregelt: Der Rückkaufwert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete Deckungskapital der Versicherung.

Mindestens ist der Rückkaufwert jedoch der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Dabei sind die Abschluss- und Vertriebskosten, wie unter "Welche Kosten sind in Ihren Vertrag eingerechnet?" im Abschnitt "Beitrag und Kosten" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung angegeben, beschränkt. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf diese Zeit.

Stornoabzug vom Rückkaufwert

(5) Bei Kündigung vermindern wir den nach Absatz 4 ermittelten Rückkaufwert um den Stornoabzug. Den Stornoabzug vereinbaren wir mit Ihnen mit der nachfolgend aufgeführten Begründung in der im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation bezifferten Höhe.

Bei beitragsfrei gestellten Verträgen verzichten wir auf den Stornoabzug.

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

- Bei einer vorzeitigen Kündigung entstehen erhöhte Verwaltungskosten, welche wir in der Beitragskalkulation nicht berücksichtigt haben. Diese werden mit dem Stornoabzug ausgeglichen.
- Die Kündigung verändert die Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands. Der Stornoabzug soll sicherstellen, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Kündigung kein Nachteil entsteht.
- Wir beteiligen Sie im Voraus an Überschüssen, die zum Zeitpunkt Ihrer Kündigung noch nicht vollständig entstanden sind. Diese gegebenenfalls noch nicht entstandenen Überschüsse gleichen wir mit dem Stornoabzug aus.
- Eine vorzeitige Auflösung des Vertrags kann je nach Situation am Kapitalmarkt dazu führen, dass sich Kapitalerträge des verbleibenden Versichertenbestands verringern. Das gleichen wir mit dem Stornoabzug aus.
- Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den vorhandenen Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss Ihres Vertrags partizipieren Sie an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit stellt auch Ihr Vertrag Solvenzmittel zur Verfügung. Bei Kündigung Ihres Vertrags gehen diese dem verbleibenden Bestand vorzeitig verloren. Sie werden deshalb im Rahmen des Stornoabzugs ausgeglichen.

Die Beweislast für die Angemessenheit des Stornoabzugs tragen wir. Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht und können Sie uns sodann nachweisen, dass die von uns zugrunde gelegten pauschalen Annahmen in Ihrem Einzelfall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder nur teilweise zutreffen beziehungsweise der Stornoabzug in Ihrem Fall der Höhe nach niedriger zu beziffern ist, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Stornoabzug.

Mögliche Nachteile der Kündigung

(6) Wenn Sie Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe unter "Welche Kosten sind in Ihren Vertrag eingerechnet?" im Abschnitt "Beitrag und Kosten" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung) nur ein geringer Rückkaufwert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge - gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufwerte vorhanden. Die Höhe des garantierten Rückkaufwerts vor und nach Stornoabzug finden Sie in der Tabelle im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation.

(7) Im Übrigen gelten die Regelungen zur Kündigung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung entsprechend.

§ 14 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beitragsfrei stellen und welche Folgen hat das?

- (1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung beitragsfrei stellen. Dies hat die in Absatz 2 beschriebenen Folgen.
- (2) Die Beitragsbefreiung entfällt. Den Rückkaufwert der Beitragsbefreiung vor Stornoabzug (§ 13 Absatz 4) vermindern wir um den Stornoabzug. Für den Stornoabzug gilt § 13 Absatz 5 einschließlich der dort angegebenen Begründung entsprechend. Den sich ergebenden Betrag verwenden wir bei der Berechnung der beitragsfreien Leistung der Hauptversicherung.

Befristete Beitragsfreistellung

- (3) Wenn die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung eine befristete Beitragsfreistellung vorsehen und Sie diese beantragen, gilt zusätzlich:
 - Zu Beginn der befristeten Beitragsfreistellung wird die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beendet. Einen positiven Rückkaufwert nach Stornoabzug rechnen wir auf die Hauptversicherung an.
 - **Nach dem Ende der befristeten Beitragsfreistellung lebt die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht wieder auf.** Wir führen den Vertrag ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung weiter. Sie müssen nur einen entsprechend verminderten Beitrag zahlen.

§ 15 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz nach einer Beitragsfreistellung wiederherstellen (Wiederinkraftsetzung) und welche Folgen hat das?

(1) Wenn die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung eine Wiederinkraftsetzung vorsehen und Sie diese beantragen, gelten die folgenden Absätze zusätzlich.

(2) Voraussetzungen für die Wiederinkraftsetzung:

- Die versicherte Person darf zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung nicht berufs unfähig sein.
- Wir machen die Wiederinkraftsetzung grundsätzlich von einer Gesundheitsprüfung der versicherten Person abhängig.

Wir verzichten auf eine Gesundheitsprüfung, wenn die Wiederinkraftsetzung innerhalb von zwölf Monaten nach der Beitragsfreistellung erfolgt.

(3) Nach einer Wiederinkraftsetzung ohne Nachzahlung der Beiträge gilt:

- Die Aufteilung des Beitrags auf Haupt- und Zusatzversicherungen kann nach der Wiederinkraftsetzung anders sein als vor der Beitragsfreistellung.

(4) Bitte beachten Sie: Die Höhe der Leistungen richtet sich nach den bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vereinbarten Leistungen (§ 1 Absatz 2).

Stellt sich nach einer Wiederinkraftsetzung heraus, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung bereits berufs unfähig war, gilt: Die Wiederinkraftsetzung entfällt rückwirkend. Es gelten die vor der Wiederinkraftsetzung vereinbarten Leistungen Ihres Vertrags. Die seit der Wiederinkraftsetzung gezahlten Beiträge zahlen wir zurück.

§ 16 Welche günstigeren Regelungen gelten bei einer Wiederinkraftsetzung nach einer Beitragsfreistellung aufgrund von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, beruflicher Auszeit oder Elternzeit?

(1) Abweichend von § 15 Absatz 2 verzichten wir nach einer Beitragsfreistellung aufgrund von

- Arbeitslosigkeit,
- behördlich bewilligtem Kurzarbeitergeld,
- beruflicher Auszeit nach Absatz 2 oder
- Elternzeit

der versicherten Person bei Wiederinkraftsetzung innerhalb von

- 24 Monaten bei Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder beruflicher Auszeit oder
- 36 Monaten bei Elternzeit

auf eine Gesundheitsprüfung.

Voraussetzungen für die Abweichung von § 15 Absatz 2:

- Sie haben uns bei Beitragsfreistellung den Beginn der Arbeitslosigkeit, der Kurzarbeit, der beruflichen Auszeit oder der Elternzeit nachgewiesen.
- Ihr Vertrag bestand bei Beginn der Arbeitslosigkeit, der Kurzarbeit, der beruflichen Auszeit oder der Elternzeit seit mindestens einem Jahr beitragspflichtig.
- Sie weisen uns nach, dass die versicherte Person in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis steht.

(2) Eine berufliche Auszeit im Sinne von Absatz 1 muss mindestens sechs Monate dauern. Während der Auszeit muss der Arbeitsvertrag weiter bestehen. Beispiele sind ein Sabbatical oder Urlaub zur Pflege von Angehörigen.

§ 17 Wann können Sie Ihre Beiträge außerplanmäßig erhöhen und welche Folgen hat das?

(1) Wenn die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung eine außerplanmäßige Beitragserhöhung vorsehen und Sie diese beantragen, gelten die folgenden Absätze zusätzlich.

(2) Voraussetzungen für die Erhöhung des Beitrags:

- Die versicherte Person darf zum Zeitpunkt der Erhöhung nicht berufs unfähig sein.
- Wir machen die Erhöhung grundsätzlich von einer Gesundheitsprüfung der versicherten Person abhängig.

Unter den folgenden Voraussetzungen verzichten wir auf eine Gesundheitsprüfung:

- Die hinzukommenden Beiträge für Haupt- und Zusatzversicherungen betragen für alle außerplanmäßigen Erhöhungen des laufenden Kalenderjahrs zusammengekommen höchstens 300 EUR pro Jahr.

- Die gesamten Beiträge der nächsten zwölf Monate für Haupt- und Zusatzversicherungen betragen höchstens 3.000 EUR.
- Für die versicherte Person wurden keine Leistungen aus diesem Vertrag bezogen oder beantragt.
- Für die versicherte Person wurden keine Leistungen aus einer anderen privaten oder gesetzlichen Versicherung wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit bezogen oder beantragt.

(3) Wir erhöhen die Leistung der Beitragsbefreiung so, dass im Leistungsfall auch die Zahlung der hinzukommenden Beiträge abgesichert ist. Dafür verwenden wir einen Teil der hinzukommenden Beiträge.

(4) Bitte beachten Sie: Die Höhe der Leistungen richtet sich nach den bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vereinbarten Leistungen (§ 1 Absatz 2).

Stellt sich nach einer Erhöhung heraus, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt der Erhöhung bereits berufsunfähig war, gilt: Die Erhöhung entfällt rückwirkend. Es gelten die vor der Erhöhung vereinbarten Leistungen Ihres Vertrags. Die für die Erhöhung gezahlten Beiträge zahlen wir zurück.

§ 18 Welche zusätzliche Voraussetzung gilt für das Vorziehen des Rentenbeginns der Hauptversicherung?

Wenn die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung ein Vorziehen des Rentenbeginns vorsehen, gilt folgende Voraussetzung zusätzlich: Sie dürfen zum vorgezogenen Rentenbeginn keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beziehen oder beantragt haben.

ERL-BU: Erläuterungen zum Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit

(ERL_NBU_190401)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Mit den folgenden Erläuterungen geben wir Ihnen zu unseren Bedingungen für Versicherungen gegen Berufsunfähigkeit weitere ergänzende Informationen. Wir stellen Ihnen die wichtigsten Voraussetzungen für unsere Leistungen noch transparenter dar. Die Informationen sind auf verschiedene berufliche Verhältnisse und Situationen ausgerichtet. Einzelne Informationen werden daher entweder gar nicht oder erst später für Sie oder eine Berufsunfähigkeit der versicherten Person wichtig. Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit oder infolge eines vollständigen Tätigkeitsverbots wegen Infektionsgefahr behandeln wir in diesen Erläuterungen nicht. Die Erläuterungen sind Bestandteil Ihres Vertrags und bieten Ihnen zusätzliche Rechtssicherheit für den Leistungsfall.

Inhalt

- § 1 Welche Ursachen müssen zur Berufsunfähigkeit geführt haben?
- § 2 Beinhaltet eine gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit auch den Nachweis einer Berufsunfähigkeit?
- § 3 Welche Kriterien gelten für den Grad der Berufsunfähigkeit und wer stellt ihn fest?
- § 4 Wie lange muss der Zustand der Berufsunfähigkeit anhalten?
- § 5 Kann Demenz zu einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit führen?
- § 6 Welche Anforderungen stellen wir an den versicherten Beruf?
- § 7 Welche Kriterien sind bei der Feststellung einer Berufsunfähigkeit Selbstständiger zusätzlich zu berücksichtigen?
- § 8 Welche Bedeutung hat die Umorganisation des Betriebs auf die Feststellung einer Berufsunfähigkeit?
- § 9 Wann spielt die Umorganisation bei der Feststellung einer Berufsunfähigkeit keine Rolle?
- § 10 Spielt die Umorganisation des Arbeitsplatzes auch bei der Feststellung einer Berufsunfähigkeit eines Arbeitnehmers eine Rolle?
- § 11 Welcher Beruf ist für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit entscheidend?
- § 12 Können wir die versicherte Person bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit auf einen anderen Beruf verweisen?
- § 13 Welcher Beruf ist bei einer Unterbrechung des Berufs oder nach Ausscheiden aus dem Berufsleben entscheidend?
- § 14 Welche Bedeutung hat ein vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit vorgenommener Berufswechsel?
- § 15 Welche medizinischen Nachweise brauchen wir für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit?
- § 16 Was ist nach Beginn unserer Leistungspflicht zu beachten?
- § 17 Wie wirkt sich die Fortsetzung der bisherigen Berufsausübung nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit aus?
- § 18 Wie wirkt sich eine nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit aufgenommene neue berufliche Tätigkeit aus?
- § 19 Wie wirkt sich eine Einstellung der Leistungen bei Wegfall einer Berufsunfähigkeit aus?
- § 20 Wie unterstützen wir Sie im Leistungsfall?

§ 1 Welche Ursachen müssen zur Berufsunfähigkeit geführt haben?

Entscheidendes Merkmal der Berufsunfähigkeit ist: Die Ausübung des Berufs wird durch Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall beeinträchtigt. Der Krankheitszustand und die Funktionsbeeinträchtigungen müssen von den behandelnden Ärzten durch ausführliche Behandlungs- sowie Befundberichte nachgewiesen werden. Für unsere Leistungsentscheidung können wir weitere Nachweise anfordern.

§ 2 Beinhaltet eine gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit auch den Nachweis einer Berufsunfähigkeit?

Nein. Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit sind unterschiedliche Arten einer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigung. Sie schließen sich typischerweise gegenseitlich aus.

Arbeitsunfähigkeit ist ein Begriff aus dem Arbeits- und Krankenversicherungsrecht. Sie ist in der Regel nur ein vorübergehender Zustand, weil die Arbeitsfähigkeit voraussichtlich in absehbarer Zeit wiederhergestellt ist.

Eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit muss hingegen voraussichtlich wenigstens sechs Monate ununterbrochen andauern.

Eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit beinhaltet daher nicht automatisch den Nachweis für eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit. Dies schließt aber nicht aus, dass die zur Arbeitsunfähigkeit führenden Gesundheitsstörungen und Funktionseinbu-

ßen auch Ursache einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit sein können. Wenn über einen Zeitraum von voraussichtlich sechs Monaten ununterbrochen eine Arbeitsunfähigkeit erwartet wird, sollten Sie vorsorglich Ansprüche wegen Berufsunfähigkeit anmelden. Dafür sollten Sie uns die notwendigen Nachweise vorlegen.

§ 3 Welche Kriterien gelten für den Grad der Berufsunfähigkeit und wer stellt ihn fest?

Der Grad der Berufsunfähigkeit muss mindestens 50 % betragen. Um diesen feststellen zu können, müssen wir klären,

- wie sich die ärztlich nachgewiesenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Fähigkeit zur Ausübung des konkreten Berufs auswirken,
- in welchem Umfang diese Auswirkungen die den Beruf prägenden Haupttätigkeiten und -aufgaben betreffen und
- welche Nebentätigkeiten des Berufs davon ebenfalls betroffen sind.

Wir ordnen die gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen jeder einzelnen beruflichen Tätigkeit, Aufgabe und Anforderung zu. Dazu müssen wir das konkrete berufliche Belastungsprofil mit all seinen Einzeltätigkeiten und -anforderungen im Detail kennen. Die nach dieser Methode festgestellte Beeinträchtigung führt zu einem Gesamtbild der beruflichen Einschränkungen und damit zu dem Grad der Berufsunfähigkeit. Den Grad der Berufsunfähigkeit legen wir fest. Dabei berücksichtigen wir die uns bekannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die uns im Einzelnen nachgewiesenen beruflichen Anforderungsprofile. In Einzelfällen holen wir berufskundlichen und weiteren medizinischen Rat ein.

§ 4 Wie lange muss der Zustand der Berufsunfähigkeit anhalten?

Die Berufsunfähigkeit muss nach Art der Gesundheitsstörungen und nach Ausmaß der Funktionseinbußen voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu erwarten sein. Um sie zu beurteilen, brauchen wir ausführliche Behandlungs- sowie Befundberichte der behandelnden Ärzte. Wenn die behandelnden Ärzte diese Prognose nicht stellen wollen oder können, gilt: Es reicht aus, wenn die Berufsunfähigkeit tatsächlich mindestens sechs Monate ununterbrochen bestanden hat. Dies müssen Sie uns nachweisen. Wir stellen dann eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit fest.

Für unsere Leistungsentscheidung können wir weitere Nachweise anfordern. Wenn wir die Berufsunfähigkeit aufgrund einer Prognose für sechs Monate anerkannt haben, gilt: Sie müssen uns die erbrachten Leistungen selbst dann nicht erstatten, wenn sich durch unsere Nachprüfung herausstellt, dass die Berufsunfähigkeit tatsächlich nicht mindestens sechs Monate ununterbrochen vorgelegen hat.

§ 5 Kann Demenz zu einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit führen?

Demenz ist der Oberbegriff für Erkrankungsbilder, die durch folgende Eigenschaften gekennzeichnet sind:

- Sie gehen mit einem Verlust der geistigen Funktionen einher. Dies sind beispielsweise Denken, Erinnern, Orientierung und Verknüpfen von Denkinhalten.
- Sie führen dazu, dass alltägliche Aktivitäten nicht mehr eigenständig durchgeführt werden können.

Demenz ist eine Krankheit im Sinne der Regelung unter "Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?" im Abschnitt "Leistungsbeschreibung" der Bedingungen. Sie kann daher zu einem Anspruch auf Leistungen führen.

Dies ist beispielsweise der Fall bei einer Demenz mit mittelschweren Leistungseinbußen

- ab einem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg oder
- ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala.

§ 6 Welche Anforderungen stellen wir an den versicherten Beruf?

Bei dem versicherten Beruf muss es sich um eine im Rahmen der geltenden Rechtsordnung ausgeübte Erwerbstätigkeit handeln, die

- auf die für sie geltende Ausübungsdauer angelegt und
- auf den Erwerb der Lebenshaltungskosten ausgerichtet ist.

Diese Erwerbstätigkeit sowie die hieraus bezogene Vergütung prägen in aller Regel die wirtschaftlich-soziale Lebensstellung und den Status in der Gesellschaft.

§ 7 Welche Kriterien sind bei der Feststellung einer Berufsunfähigkeit Selbstständiger zusätzlich zu berücksichtigen?

Die Berufsunfähigkeit des Selbstständigen beurteilt die Rechtsprechung nach

- der konkreten Gestaltung seines Betriebs,
- seinen bisher im Betrieb wahrgenommenen Tätigkeits- und Aufgabenfeldern und
- der im Betrieb bestehenden Möglichkeiten einer Umorganisation der Arbeit oder Umverteilung der Aufgaben.

Die herausragende berufliche Stellung des Selbstständigen in seinem Betrieb und seine besonderen Rechte sind Bestandteile seines Berufs und prägen diesen. Daher berücksichtigen wir zusätzliche Prüfkriterien, um seine Berufsunfähigkeit festzustellen.

§ 8 Welche Bedeutung hat die Umorganisation des Betriebs auf die Feststellung einer Berufsunfähigkeit?

Die Voraussetzungen für eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit liegen nicht vor, wenn ein Selbstständiger im Rahmen seines unternehmerischen Freiheits- und seines Direktionsrechts durch eine mögliche und zumutbare betriebliche Umorganisation für sich neue oder andere Tätigkeitsfelder in seinem Betrieb schaffen kann, die alle folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- Sie sind gegenüber seinen bisherigen Tätigkeiten gleichwertig und seiner beruflichen Stellung im Betrieb angemessen.
- Er besitzt die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse zu ihrer Ausübung.
- Er kann sie mit seinen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausüben.

Die neuen Tätigkeitsfelder resultieren allein aus dem zum Bestandteil des Berufs des Selbstständigen gehörenden Direktionsrecht. Sie sind nicht Folge einer Verweisung durch unsere Gesellschaft. Weitere Informationen dazu finden Sie in § 12.

Die Zumutbarkeit einer Umorganisation ist nicht davon abhängig, ob sie völlig kostenneutral ist. Kostenbedingte Minderungen des Einkommens muss ein Selbstständiger hinnehmen, wenn sein erzielt Einkommen aus Erwerbstätigkeit nach Umorganisation nicht spürbar unter das Niveau des zuletzt erzielten Einkommens aus Erwerbstätigkeit bei Eintritt der Berufsunfähigkeit sinkt. Über die Zumutbarkeit solcher Kosten bei einer Umorganisation kann nur im Einzelfall entschieden werden. Dabei sind die bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vorliegenden betrieblichen Verhältnisse und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Zumutbar sind:

- Laufende Minderungen des Einkommens von weniger als 20 % des Einkommens aus Erwerbstätigkeit vor Abzug von Steuern
- Zusätzlich einmalige Kosten von 25 % aller versicherten jährlichen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit (Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeits-Renten bei uns und anderen Versicherern)

Wenn sich aus der Rechtsprechung der Oberlandesgerichte und des Bundesgerichtshofs geringere Grenzen der Zumutbarkeit ergeben, werden wir diese berücksichtigen.

§ 9 Wann spielt die Umorganisation bei der Feststellung einer Berufsunfähigkeit keine Rolle?

Eine Umorganisation spielt für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit keine Rolle, wenn sie aus einem der folgenden Gründe nicht möglich oder nicht zumutbar ist:

- Die Betriebsstruktur oder die Betriebsgröße lassen keine Umorganisation zu.
- Die Zahl der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterstruktur erlauben keine Umorganisation.
- Die Umorganisation ist betriebswirtschaftlich unsinnig oder rechtlich unzulässig.
- Die Umorganisation erfordert einen erheblichen Kapitaleinsatz.
- Die Umorganisation ist mit unzumutbar hohen Kosten verbunden, die das Einkommen spürbar und nachhaltig mindern.
- Durch eine Umorganisation bleiben nur Tätigkeitsfelder übrig oder werden geschaffen, für deren Ausübung die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse oder die gesundheitlichen Voraussetzungen fehlen.
- Durch eine Umorganisation bleiben keine der Position angemessenen Tätigkeitsfelder, sondern nur noch Verlegenheitsarbeiten übrig.

Weitere Informationen dazu finden Sie in § 8.

Sie müssen uns nachweisen, dass die Umorganisation im Einzelfall nicht möglich oder nicht zumutbar ist. Auf Wunsch unterstützen wir Sie dabei, die Nachweise zu beschaffen und inhaltlich auszugestalten.

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

Nein. Arbeitnehmer unterliegen in der Regel der Fremdbestimmung durch ihren Arbeitgeber. Zu den Bestandteilen der Berufsausübung als Arbeitnehmer zählen weder ein unternehmerisches Gestaltungsrecht noch das Direktionsrecht. Daher haben Arbeit-

nehmer auch nicht das Recht zur Umorganisation ihres Arbeitsplatzes. An diesem rechtlichen Status ändert auch eine Zustimmung des Arbeitgebers zur Umorganisation des Arbeitsplatzes nichts. Wir gehen daher der Frage einer möglichen Umorganisation des Arbeitsplatzes nicht nach.

Wir verlangen auch keinen Nachweis, dass

- eine Umorganisation nicht möglich ist oder
- der Arbeitgeber einer möglichen Umorganisation nicht zustimmt.

§ 11 Welcher Beruf ist für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit entscheidend?

Um eine Berufsunfähigkeit festzustellen, legen wir den zuletzt bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübten Beruf zugrunde. Wir berücksichtigen ihn dabei so, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung konkret ausgestaltet war. Dadurch stellen wir sicher, dass sich die Bewertung der Auswirkungen gesundheitsbedingter Funktionsbeeinträchtigungen nicht nur auf die Tätigkeitsverhältnisse bei Eintritt der Berufsunfähigkeit beschränkt. Auch zuvor aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben oder eingeschränkte Aufgaben und Tätigkeiten beziehen wir mit ein.

§ 12 Können wir die versicherte Person bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit auf einen anderen Beruf verweisen?

Nein. Bei der Erstprüfung einer Berufsunfähigkeit spielt es keine Rolle, ob die versicherte Person

- aufgrund vorhandener Fähigkeiten und Kenntnisse oder aufgrund von Ausbildung und Erfahrung einen anderen Beruf ausüben kann (abstrakte Verweisung) oder
- einen derartigen anderen Beruf bereits ausübt (konkrete Verweisung).

Es bestehen also keine Verweisungsrechte, die eine Anerkennung einer Berufsunfähigkeit verhindern können.

Dieser Verzicht auf Verweisung gilt auch für Selbstständige. Jedoch ist für diese eine mögliche weitere Ausübung des Berufs im eigenen Betrieb mit einem anderen Tätigkeits- oder Aufgabenfeld nicht Gegenstand einer Verweisung. Weitere Informationen dazu finden Sie in § 7 bis § 9 sowie unter "Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?" im Abschnitt "Leistungsbeschreibung" der Bedingungen.

§ 13 Welcher Beruf ist bei einer Unterbrechung des Berufs oder nach Ausscheiden aus dem Berufsleben entscheidend?

Eine Unterbrechung des Berufs kann beispielsweise wegen

- Mutterschutz,
- Elternzeit oder
- Arbeitslosigkeit

eintreten. Während einer Unterbrechung oder nach Ausscheiden aus dem Berufsleben ist für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit der zuletzt ausgeübte Beruf entscheidend. Dabei berücksichtigen wir die konkreten Anforderungs- und Tätigkeitsprofile unmittelbar vor der Unterbrechung oder dem Ausscheiden. Wie in § 11 beschrieben, gilt auch hier: Wir berücksichtigen vor der Unterbrechung oder dem Ausscheiden aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben oder geänderte Tätigkeiten und Aufgaben.

§ 14 Welche Bedeutung hat ein vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit vorgenommener Berufswechsel?

Sie sind nicht verpflichtet, uns einen Berufswechsel mitzuteilen. Ein Berufswechsel liegt vor, wenn alle folgenden Voraussetzungen zutreffen:

- Der Beruf oder die beruflichen Aufgaben- und Tätigkeitsfelder haben gewechselt oder sich wesentlich geändert.
- Diese berufliche Neuorientierung ist auf Dauer angelegt.
- Sie ist auf den Erwerb der Lebenshaltungskosten ausgerichtet.

Der neue Beruf ist dann entscheidend für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit im Sinne von § 11. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person den neuen Beruf nur kurze Zeit ausgeübt hat, bevor sie berufsunfähig wird.

§ 15 Welche medizinischen Nachweise brauchen wir für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit?

Um eine Berufsunfähigkeit medizinisch zu prüfen, genügen uns in der Regel die vorzulegenden ausführlichen Behandlungs- und Befundberichte der behandelnden Ärzte. Dabei besteht freie Arztwahl. Bei der medizinischen Auswertung der ärztlichen Unterlagen beraten wir uns mit unseren Gesellschaftsärzten. Es kann vorkommen, dass uns die ärztlichen Unterlagen nicht ausreichen oder wir dazu Fragen haben. Dies kann der Fall sein, weil

- wir aus den Unterlagen das Ausmaß der gesundheitlichen Funktionseinbußen und damit die beruflichen Leistungseinschränkungen nicht exakt bewerten können oder
- die von den Ärzten erhobenen Diagnosen nicht ausreichend begründet sind.

In solchen Fällen können wir unter Einbeziehung der versicherten Person folgende weitere Schritte vornehmen und dabei zeitnah über deren Grund informieren:

- Rückfragen bei den behandelnden Ärzten
- Ergänzende Untersuchungen auf unsere Kosten, mit denen wir nach Abstimmung mit der versicherten Person in der Regel nur die behandelnden Ärzte beauftragen
- In Einzelfällen eine Begutachtung auf unsere Kosten durch Fachärzte

§ 16 Was ist nach Beginn unserer Leistungspflicht zu beachten?

Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus die Aufnahme einer Berufstätigkeit nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit mitzuteilen. Dies gilt unabhängig davon, ob die Berufstätigkeit im bisherigen oder in einem anderen, neuen Beruf aufgenommen wird. Erst wenn wir Sie bei einer bedingungsgemäß vorgesehenen Nachprüfung der Berufsunfähigkeit fragen,

- ob nach Eintritt der Berufsunfähigkeit eine berufliche Tätigkeit ausgeübt wird,
- in welchem Beruf dies geschieht und
- wie die Tätigkeit ausgestaltet ist,

sind Sie und die versicherte Person zur Auskunft verpflichtet.

Die Nachprüfung umfasst auch die medizinische Seite der Berufsunfähigkeit. Einzelheiten zur Nachprüfung finden Sie unter "Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?" im Abschnitt "Leistungsauszahlung" der Bedingungen.

Den Zeitpunkt der Nachprüfung legen wir individuell nach Sachverhalt fest. Wir berücksichtigen dabei beispielsweise Beruf, Alter und Krankheitsbild der versicherten Person. Wir kommen dann auf Sie zu.

Wir stellen die Leistungen wegen einer Nachprüfung frühestens sechs Monate nach Beginn unserer Leistungspflicht ein.

§ 17 Wie wirkt sich die Fortsetzung der bisherigen Berufsausübung nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit aus?

Eine völlige Aufgabe der Berufstätigkeit ist nicht Voraussetzung für den Eintritt bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit. Sie verlieren Ihren Anspruch auf die anerkannten Leistungen in der Regel auch dann nicht, wenn die versicherte Person die Berufstätigkeit

- unter Einsatz übermäßiger Anstrengungen oder unter Aufzehrung verbliebener gesundheitlicher Substanz mit dem bisherigen vollständigen beruflichen Belastungsprofil oder
- nur mit den durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht betroffenen Tätigkeitsfeldern

fortsetzt. Voraussetzung ist: Der ärztlich festgestellte Grad der Berufsunfähigkeit beträgt mindestens 50 %.

Beachten Sie bitte: Wenn der bisherige Beruf über einen längeren Zeitraum in vollem Umfang weiter uneingeschränkt ausgeübt wird, kann das als Wiederherstellung der Berufsunfähigkeit angesehen werden. Die volle Ausübung des Berufs kann als Nachweis wieder erlangter Berufsunfähigkeit höher bewertet werden als eine entgegenstehende ärztliche Aussage über die Berufsunfähigkeit. Wenn wir bei einer Nachprüfung auf einen solchen Sachverhalt treffen, werden wir eine eingehende medizinische Überprüfung der Berufsunfähigkeit veranlassen.

§ 18 Wie wirkt sich eine nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit aufgenommene neue berufliche Tätigkeit aus?

Wenn sich die versicherte Person nach Eintritt der Berufsunfähigkeit aus eigener Entscheidung beruflich neu orientiert hat, gilt: Wir können auch bei Fortdauer der Berufsunfähigkeit im früheren Beruf die Leistungen mit künftiger Wirkung beenden. Voraussetzung dafür ist, dass alle folgenden Kriterien erfüllt werden:

- Die versicherte Person muss nach Eintritt der Berufsunfähigkeit neue berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse erworben haben. Diese kann sie sich beispielsweise durch ein Studium, eine neue Berufsausbildung oder aufgrund praktischer Ausübung eines Berufs angeeignet haben.
- Sie muss auf der Basis dieser neu erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse tatsächlich eine neue berufliche Tätigkeit ausüben.
- Die neuen beruflichen Aufgaben- und Tätigkeitsfelder muss sie unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse auch ausüben können.

- Die Lebensstellung aufgrund der neuen beruflichen Tätigkeit muss der Lebensstellung aufgrund des früheren Berufs entsprechen. Weitere Informationen zur Lebensstellung und zur vergleichenden Betrachtung zweier Lebensstellungen finden Sie in § 6 und unter "Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?" im Abschnitt "Leistungsauszahlung" der Bedingungen.

§ 19 Wie wirkt sich eine Einstellung der Leistungen bei Wegfall einer Berufsunfähigkeit aus?

Liegt eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit nicht mehr vor, werden wir unsere Leistungen einstellen. Dies teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit.

Die Einstellung wird frühestens zu dem Rentenzahlungstermin wirksam, der auf den Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung folgt. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen.

Ist nach Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung keine Berufsunfähigkeits-Rente mitversichert, gilt: Ab dem auf den Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung folgenden Beitragszahlungsabschnitts müssen Sie die Beiträge wieder zahlen.

§ 20 Wie unterstützen wir Sie im Leistungsfall?

Wenn Sie Leistungen aus dieser Versicherung beantragen, haben Sie Anspruch auf Unterstützung: Wir helfen beispielsweise gerne bei Fragen

- zum Verfahren der Leistungsprüfung,
- zum genauen Versicherungsumfang und zu den Leistungsvoraussetzungen,
- zur Beschreibung der bisherigen Berufstätigkeit,
- zur Umorganisation bei Selbstständigen,
- zum Nachweis der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und
- zu Ansprechpartnern für medizinische und berufliche Rehabilitation.

Wir unterstützen Sie auch gerne telefonisch. Im Einzelfall nehmen wir auf Wunsch die für die Prüfung notwendigen Informationen auch in einem Gespräch bei Ihnen vor Ort auf (Vor-Ort-Kunden-Service).

BB-NVG: Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie auf Erhöhung des Versicherungsschutzes

(BB_NNVG_210101)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhalt

- § 1 Welches Recht bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie?
- § 2 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie ausüben?
- § 3 Wann besteht die Nachversicherungsgarantie nicht oder wann können Sie diese nicht ausüben?
- § 4 Wie erfolgt die Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie?
- § 5 Was gilt speziell für Risiko-Lebensversicherungen?

§ 1 Welches Recht bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie?

- (1) Mit der Nachversicherungsgarantie haben Sie das Recht, Ihren bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Dafür gelten die Regelungen dieser Besonderen Bedingungen.
- (2) Für welche Bestandteile Ihres Vertrags die Nachversicherungsgarantie gilt, finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation und in Ihrem Versicherungsschein.
- (3) Wenn Sie die Nachversicherungsgarantie ausüben möchten, gilt: Sie müssen dies in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen.

§ 2 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie ausüben?

(1) Sie können die Nachversicherungsgarantie nur gebunden an bestimmte Anlässe ausüben. Voraussetzung für die Ausübung: Sie weisen uns einen der folgenden Anlässe innerhalb von zwölf Monaten nach dessen Eintritt nach. Dazu können Sie uns beispielsweise eine Urkunde oder ein amtliches Zeugnis vorlegen. Die Anlässe beziehen sich alle auf die versicherte Person:

- Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes
- Heirat
- Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, wenn die Ehe oder eingetragene Lebenspartnerschaft mindestens zwölf Monate bestand
- Tod des Ehepartners, des eingetragenen Lebenspartners oder eines in demselben Haushalt lebenden Partners
- Pflegefall des Ehepartners, des eingetragenen Lebenspartners oder eines in demselben Haushalt lebenden Partners
- Erreichen der Volljährigkeit
- Erstmalige Aufnahme eines staatlich anerkannten Studiums oder einer Berufsausbildung
- Erfolgreicher Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums oder einer Berufsausbildung
- Erfolgreiche Absolvierung einer Meisterprüfung
- Übergang aus einem mindestens ein Jahr laufenden Teilzeit-Arbeitsverhältnis oder befristeten Arbeitsverhältnis in eine unbefristete Vollzeitstelle
- Erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums oder einer Berufsausbildung, die nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird
- Erstmaliger Wechsel von einer nicht selbstständigen Tätigkeit in eine selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit, die nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird
- Erstmaliger Wechsel in einen Beruf, der eine Mitgliedschaft in einer öffentlich rechtlichen Körperschaft erfordert und nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird
- Steigerung des monatlichen Bruttoeinkommens aus nicht selbstständiger beruflicher Tätigkeit um mehr als 10 % gegenüber dem durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommen der letzten 12 Monate (jeweils einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld, aber ohne Bonuszahlungen, variable Gehaltsteile, Tantiemen oder Sonderzahlungen)
- Steigerung der Summe der Bruttoeinkommen aus selbstständiger beruflicher Tätigkeit der beiden letzten Kalenderjahre (im Vergleich zu den beiden davor liegenden Kalenderjahren) um mehr als 20 %

- Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung
 - Wegfall oder Kürzung (um mindestens 15 %) einer berufsständischen Altersversorgung
 - Wegfall oder Kürzung (um mindestens 25 %) einer betrieblichen Altersversorgung
 - Erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung
 - Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Neugründung oder Übernahme einer (bestehenden) Praxis oder Kanzlei oder Einstieg als Partner in eine bestehende Praxis oder Kanzlei
 - Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Finanzierung im gewerblichen Bereich oder zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie
- Weisen Sie den Anlass nicht fristgerecht nach, können Sie die Nachversicherungsgarantie für diesen Anlass nicht ausüben.

(2) Die Kosten für die Nachweise tragen Sie.

§ 3 Wann besteht die Nachversicherungsgarantie nicht oder wann können Sie diese nicht ausüben?

- (1) Die Nachversicherungsgarantie besteht nicht, wenn
 - der Vertrag mit einer vereinfachten Risikoprüfung in Form einer Dienstfähigkeitserklärung zustande gekommen ist oder
 - für den Vertrag ein Risikozuschlag vereinbart ist.
- (2) Die Ausübung der Nachversicherungsgarantie ist nicht möglich, wenn
 - der Vertrag zum Zeitpunkt der Ausübung beitragsfrei ist,
 - die versicherte Person zum Erhöhungstermin (§ 4 Absatz 3) das 50. Lebensjahr vollendet hat,
 - der Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie bereits eingetreten ist,
 - für die versicherte Person Leistungen aus diesem Vertrag bezogen oder beantragt wurden oder
 - für die versicherte Person Leistungen aus einer anderen privaten oder gesetzlichen Versicherung wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit bezogen oder beantragt wurden.

§ 4 Wie erfolgt die Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie?

(1) Wenn sich die Rechnungsgrundlagen für die Beitragskalkulation im Neugeschäft seit Abschluss des bestehenden Vertrags nicht verändert haben, gilt: Die Erhöhung erfolgt innerhalb des bestehenden Vertrags. Rechnungsgrundlagen sind unsere Annahmen bezüglich Kapitalerträgen (Rechnungszins), Risikoverlauf und Kosten.

Ansonsten behalten wir uns vor, die Erhöhung durch den Abschluss eines eigenständigen Vertrags durchzuführen. Diesen Vertrag nennen wir **Erhöhungsvertrag**. Für diesen gelten die dann gültigen Tarife mit den dann gültigen Rechnungsgrundlagen.

(2) Den Beitrag für die Erhöhung berechnen wir unter Berücksichtigung des Alters der versicherten Person zum Zeitpunkt der Erhöhung. Wir berücksichtigen dabei auch die verbleibende Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer. Im bestehenden Vertrag vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Erhöhung.

Erfolgt die Erhöhung über den Abschluss eines Erhöhungsvertrags (Absatz 1), gelten für die Erhöhung zusätzlich die dann gültigen

- Tarife,
- Versicherungsbedingungen,
- Steuerregelungen und
- der zum Zeitpunkt der Erhöhung ausgeübte Beruf. Ist der ausgeübte Beruf zum Zeitpunkt der Erhöhung in den dann für das Neugeschäft gültigen Tarifen nicht mehr versicherbar, gilt: Für den Erhöhungsvertrag berechnen wir den Beitrag auf Basis der Risikogruppe für Berufe mit dem höchsten Risiko.

Sie können mit uns für den Erhöhungsvertrag - soweit tariflich vorgesehen - alle Tarifgemeinschaften vereinbaren, die bereits für den bestehenden Vertrag gelten. Das betrifft beispielsweise die Vereinbarung zur Verwendung des Überschusses.

(3) Wir führen die Erhöhung des Versicherungsschutzes frühestens zur nächsten Beitragsfälligkeit nach Erhalt Ihrer Mitteilung durch. Die Erhöhung erfolgt spätestens zu Beginn des folgenden Versicherungsjahrs. Wenn Sie uns keinen Termin nennen, erfolgt die Erhöhung zu Beginn des folgenden Versicherungsjahrs. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt zum Zeitpunkt der Erhöhung. Wird ein Erhöhungsvertrag abgeschlossen, gilt: Die zum Zeitpunkt der Erhöhung auf volle Jahre

aufgerundete verbleibende Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer des bereits bestehenden Vertrags darf nicht überschritten werden.

§ 5 Was gilt speziell für Risiko-Lebensversicherungen?

(1) Eine Risiko-Lebensversicherung können Sie bis ein Jahr vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer erhöhen.

(2) Pro Erhöhung dürfen Sie die Todesfall-Leistung um höchstens 50 % der zu Versicherungsbeginn vereinbarten Todesfall-Leistung erhöhen. Die jeweilige Erhöhung darf dabei einschließlich Überschuss 50.000 EUR nicht überschreiten.

Insgesamt dürfen Sie die Todesfall-Leistung einschließlich Überschuss um höchstens 150.000 EUR erhöhen.

(3) Für jede Erhöhung gilt: Die unter "Wann ist der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ausgeschlossen?" in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Frist bei Selbsttötung beginnt für den erhöhten Teil neu.

BB-DYN: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistungen

(BB_NDYN_210101)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhalt

I. Regelungen, die Ihren Vertrag allgemein betreffen

- § 1 Wann erhöhen wir Beitrag und Leistungen?
- § 2 Wie erhöhen wir den Beitrag?
- § 3 Wie erhöhen wir die Leistungen?
- § 4 Welche sonstigen Regelungen gelten für die Erhöhungen?
- § 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

II. Regelungen, die spezielle Bestandteile Ihres Vertrags betreffen

- § 6 Was gilt speziell für Rentenversicherungen mit endfälliger Garantie?
- § 7 Was gilt speziell für Rentenversicherungen mit Indexbeteiligung?
- § 8 Was gilt speziell für Fondsgebundene Rentenversicherungen?
- § 9 Was gilt speziell für Hybrid-Rentenversicherungen?
- § 10 Was gilt speziell für Unfalltod-Zusatzversicherungen?
- § 11 Was gilt speziell für Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen?

I. Regelungen, die Ihren Vertrag allgemein betreffen

§ 1 Wann erhöhen wir Beitrag und Leistungen?

(1) Jeweils einmal im Jahr, zum Erhöhungstermin, erhöhen wir Beitrag und Leistungen. Dies gilt solange eine Pflicht zur Beitragszahlung besteht. Die Termine der ersten sowie letzten Erhöhung finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

Sie haben die Möglichkeit, einer Erhöhung zu widersprechen. Einzelheiten dazu finden Sie in § 5.

(2) Sie erhalten rechtzeitig vor jedem Erhöhungstermin eine Mitteilung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 2 Wie erhöhen wir den Beitrag?

(1) Wir erhöhen jeweils den aktuell zu zahlenden Beitrag für die Versicherung einschließlich eingeschlossener Zusatzversicherungen nach der mit Ihnen vereinbarten Regelung (Beitragsdynamik).

Die mit Ihnen vereinbarte Regelung zur Erhöhung finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

(2) Im Rahmen einer Erhöhung kann sich das Verhältnis zwischen der Höhe des Beitrags für die Hauptversicherung und den Beitragsanteilen eingeschlossener Zusatzversicherungen ändern.

(3) Vereinbarte Risikozuschläge werden bei jeder Erhöhung berücksichtigt. Geleistete Zuzahlungen werden nicht berücksichtigt.

(4) Erhöhungen des Beitrags gelten jeweils für die restliche Beitragszahlungsdauer.

§ 3 Wie erhöhen wir die Leistungen?

(1) Durch jede Erhöhung des Beitrags erhöhen sich die vereinbarten Leistungen.

Die Erhöhungen der Leistungen berechnen wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

Einzelheiten zur Erhöhung der versicherten Leistungen Ihres Vertrags können Sie dem entsprechenden Paragraphen im Abschnitt II entnehmen.

(2) Durch jede Erhöhung des Beitrags erhöht sich die Leistung einer eingeschlossenen Beitragsbefreiung im Fall von Berufsunfähigkeit.

Die Leistungen von eingeschlossenen Unfalltod-Zusatzversicherungen und Berufsunfähigkeits-Renten erhöhen sich grundsätzlich im jeweils gleichen Verhältnis, wie sich die Beitragssumme erhöht.

Die Beitragssumme ist die Summe der gezahlten und der bis zum Ablauf der Beitragszahlung noch zu zahlenden Beiträge für Ihre Hauptversicherung. Geleistete Zuzahlungen werden dabei nicht berücksichtigt.

(3) Die vereinbarte Regelung zur Erhöhung bezieht sich ausschließlich auf die Erhöhung des Beitrags. Die Leistungen erhöhen sich in der Regel um einen anderen Prozentsatz als der Beitrag.

(4) Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für jede Erhöhung.

§ 4 Welche sonstigen Regelungen gelten für die Erhöhungen?

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, wenden wir alle Regelungen Ihres Vertrags auch für die Erhöhungen sinngemäß an. Dies gilt insbesondere für die Versicherungsbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfugung.

Entsprechendes gilt auch für die Verteilung der in Ihren Vertrag eingerechneten Abschluss- und Vertriebskosten. Weitere Informationen finden Sie unter "Welche Kosten sind in Ihren Vertrag eingerechnet?" im Abschnitt "Beitrag und Kosten" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

(1) Eine Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn

- Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder

- den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem jeweiligen Erhöhungstermin zahlen.

(2) Sie können den Erhöhungen beliebig oft widersprechen, ohne Ihr Recht auf Erhöhungen zu verlieren.

(3) Haben Sie eine Stundung der Beiträge vereinbart, so erfolgen in dieser Zeit keine Erhöhungen.

(4) Sind zum Zeitpunkt der Erhöhung Leistungen für den Fall von Berufsunfähigkeit mitversichert, gelten für die Erhöhungen der Leistungen weitere Regelungen (§ 11).

II. Regelungen, die spezielle Bestandteile Ihres Vertrags betreffen

§ 6 Was gilt speziell für Rentenversicherungen mit endfälliger Garantie?

Den Sparbeitrag aus der Erhöhung führen wir dem Vertragsguthaben zu.

Die Erhöhung des Beitrags erhöht Ihr Mindestkapital und die Mindestrente.

Die Erhöhung der Mindestrente berechnen wir mit unveränderten Rechnungsgrundlagen. Dabei berücksichtigen wir jedoch zusätzlich einen Sicherheitsabschlag von 20 %.

Die Rechnungsgrundlagen zur Berechnung der Mindestrente finden Sie in Paragraph "Was sind die Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Altersrente?" der AVB.

§ 7 Was gilt speziell für Rentenversicherungen mit Indexbeteiligung?

Den Sparbeitrag aus der Erhöhung führen wir dem Vertragsguthaben zu.

Die Erhöhung des Beitrags erhöht Ihr Mindestkapital und die Mindestrente.

Die Erhöhung der Mindestrente berechnen wir mit unveränderten Rechnungsgrundlagen. Dabei berücksichtigen wir jedoch zusätzlich einen Sicherheitsabschlag von 20 %.

Die Mindestrente je 10.000 EUR Guthaben ändert sich durch die Erhöhung des Beitrags nicht.

Die Rechnungsgrundlagen zur Berechnung der Mindestrente und der Mindestrente je 10.000 EUR Guthaben finden Sie in Paragraph "Was sind die Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Altersrente?" der AVB.

§ 8 Was gilt speziell für Fondsgebundene Rentenversicherungen?

Den Sparbeitrag aus der Erhöhung führen wir entsprechend der zum Erhöhungstermin vereinbarten Fondsaufteilung dem Fondsguthaben zu.

Die erhöhten Beiträge berücksichtigen wir bei der Mindestleistung im Todesfall. Die Mindestrente je 10.000 EUR Fondsguthaben ändert sich durch die Erhöhung des Beitrags nicht.

§ 9 Was gilt speziell für Hybrid-Rentenversicherungen?

Den Sparbeitrag aus der Erhöhung führen wir entsprechend der zum Erhöhungstermin vereinbarten Beitragsaufteilung dem Vertragsguthaben zu.

Wenn die Beitragsaufteilung einen konventionellen Sparbeitrag vorsieht, gilt: Die Erhöhung des Beitrags erhöht Ihr Mindestkapital und die Mindestrente.

Die Erhöhung der Mindestrente berechnen wir mit unveränderten Rechnungsgrundlagen. Dabei berücksichtigen wir jedoch zusätzlich einen Sicherheitsabschlag von 20 %.

Die Mindestrente je 10.000 EUR Fondsguthaben ändert sich durch die Erhöhung des Beitrags nicht.

Die Rechnungsgrundlagen zur Berechnung der Mindestrente und der Mindestrente je 10.000 EUR Fondsguthaben finden Sie in Paragraph "Was sind die Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Altersrente?" der AVB.

§ 10 Was gilt speziell für Unfalltod-Zusatzversicherungen?

Liegt der Erhöhungstermin nach einem Unfall, gilt: Für Leistungen aufgrund dieses Unfalls ist die zum Zeitpunkt des Unfalls vereinbarte Höhe der Leistung maßgeblich.

§ 11 Was gilt speziell für Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen?

- (1) Die Erhöhungen erfolgen ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- (2) Die Erhöhungen haben keinen Einfluss auf den Ablauf der unter "Gesonderte Mittelung für die vorvertragliche Anzeigepflicht" genannten Fristen.

Bedarfsabhängigkeit der Erhöhung bei Berufsunfähigkeits-Renten

(3) Voraussetzung für die Erhöhung der Berufsunfähigkeits-Rente ist, dass ein Bedarf der versicherten Person besteht.

Ein Bedarf besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Erhöhung die Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen stehen. Unter Leistungen verstehen wir die im Falle der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung für die versicherte Person insgesamt zu erwartenden Leistungen. Unter Einkommen verstehen wir das letzte jährliche Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person vor der Erhöhung. Als Bruttoeinkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeit einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld, Tantiemen, Bonus- oder Sonderzahlungen werden grundsätzlich nicht berücksichtigt. Bei Selbstständigen im Sinne dieser Bedingungen gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb, aus selbstständiger Arbeit oder aus Land- und Forstwirtschaft als Bruttoeinkommen im Sinne dieser Bedingungen.

(4) Um den Bedarf nach Absatz 3 zu ermitteln, verwenden wir als Rechengröße die gewichtete Gesamtleistung. Die gewichtete Gesamtleistung ist die Summe

- aller zum Zeitpunkt der Erhöhung für die versicherte Person versicherten Leistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung bei privaten Versicherern sowie
- der Erhöhungsrente.

Dabei berücksichtigen wir

- Versicherungen der privaten Altersversorgung zu 100 %,
- Versicherungen der Basisversorgung zu 80 % und
- Direktversicherungen, Pensionskassen- sowie Rückdeckungsversicherungen zu 67 %.

Privat fortgeführte Direkt- oder Pensionskassenversicherungen gelten dabei als private Altersversorgung.

Die gewichtete Gesamtleistung darf den in Absatz 5 beschriebenen Höchstsatz nicht überschreiten. Wird der Höchstsatz überschritten, entfällt das Erhöhungsrecht. Die Erhöhung der Berufsunfähigkeits-Rente kann somit zu diesem Zeitpunkt nicht erfolgen.

(5) Der Höchstsatz für die gewichtete Gesamtleistung nach Absatz 4 beträgt

- 65 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit bis zu einem Bruttoeinkommen von 84.000 EUR zuzüglich
- 32,5 % des Teils des letzten jährlichen Bruttoeinkommens, der 84.000 EUR übersteigt.

(6) Sofern wir nach unseren Unterlagen feststellen, dass eine kommende Erhöhung gemäß Absatz 3 entfällt, weil durch die Erhöhung der Höchstsatz nach Absatz 5 überschritten würde, werden wir Ihnen dies mitteilen. Weitere Erhöhungen sind in diesem Fall nur möglich, wenn Sie uns nachweisen, dass dennoch ein Bedarf besteht. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn sich das jährliche Bruttoeinkommen der versicherten Person erhöht hat.

Zusätzlich haben wir das Recht, den Bedarf vor jeder Erhöhung zu prüfen. Wir können von Ihnen verlangen, dass Sie uns

- jede Auskunft erteilen, die zur Prüfung des Bedarfs erforderlich ist und
- alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Prüfung des Bedarfs zu ermöglichen.

Hierzu werden wir Ihnen mitteilen, welche Auskünfte und Informationen wir von Ihnen dafür brauchen.

Das Bestehen des Bedarfs ist von Ihnen nachzuweisen. Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie. Erbringen Sie den Nachweis im Rahmen der Prüfung nicht

oder nicht fristgerecht gilt: Weitere Erhöhungen der Berufsunfähigkeits-Rente sind ab dem Zeitpunkt der Prüfung durch unsere Gesellschaft ausgeschlossen.

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

Sind Sie nicht die versicherte Person, gelten die vorstehenden Bestimmungen für die versicherte Person entsprechend.

(7) Sofern die Erhöhung durchgeführt wurde, ohne dass

- wir Ihnen mitgeteilt haben, dass der Höchstsatz überschritten ist, oder
 - wir von unserem Recht auf Überprüfung nach Absatz 6 Gebrauch gemacht haben
- gilt der Nachweis des Bedarfs für diese Erhöhung als erbracht.

(8) Das Recht auf Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente lebt auf Ihren Antrag wieder auf, sofern Sie nachweisen, dass

- die in Absatz 3 genannte Voraussetzung zur Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente wieder erfüllt ist und
- die Berufsunfähigkeit noch nicht eingetreten ist.

(9) War nach unserer Prüfung die Erhöhung der Berufsunfähigkeits-Rente aus den vorstehenden Gründen ausgeschlossen gilt: Bei der Ermittlung des Erhöhungsbeitrags werden wir abweichend von § 2 Absatz 1 die Beitragsanteile für die Berufsunfähigkeits-Rente nicht berücksichtigen.

(10) Alle übrigen versicherten Leistungen, für die Erhöhungen vereinbart sind, können unabhängig vom Bedarf erhöht werden.

Besonderheiten für Erhöhungen nach Eintritt von Berufsunfähigkeit

(11) Nach Eintritt von Berufsunfähigkeit im Sinne unserer Bedingungen für Versicherungen gegen Berufsunfähigkeit gilt:

- Innerhalb einer vereinbarten Karenzzeit erfolgen keine Erhöhungen.
- Solange Sie aufgrund einer eingetretenen Berufsunfähigkeit von der Verpflichtung zur Beitragszahlung befreit sind, erfolgen keine Erhöhungen. Vereinbarte Erhöhungen nach Abschnitt "Weiterführung der Beitragsdynamik bei Berufsunfähigkeit" bleiben davon unberührt.

Erhöhungen, die nach Eintritt der Berufsunfähigkeit durchgeführt werden, entfallen rückwirkend. Nachdem Sie uns einen Leistungsfall gemeldet haben, stehen Erhöhungen ab Eintritt der Berufsunfähigkeit unter Vorbehalt. Sobald verbindlich und abschließend festgestellt ist, dass die Berufsunfähigkeit nicht eingetreten ist, entfällt der Vorbehalt. Die Erhöhungen sind dann endgültig vereinbart.

Weiterführung der Beitragsdynamik bei Berufsunfähigkeit

(12) Unter "Beitragszahlung" im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation finden Sie einen Hinweis, wenn Sie mit uns eine Weiterführung der Beitragsdynamik bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben. Ist dies der Fall, erfolgen Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen nach Eintritt von Berufsunfähigkeit nach den Absätzen 13 bis 16.

(13) Wir erhöhen die vereinbarten Leistungen mit Ausnahme einer eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Rente. Solange Sie aufgrund von Berufsunfähigkeit von der Verpflichtung zur Beitragszahlung befreit sind, sind Sie auch von den Zahlungen des Beitrags für diese Erhöhungen befreit.

(14) Die Erhöhung der Beiträge und Leistungen erfolgt

- jährlich jeweils zu Beginn eines neuen Versicherungsjahrs,
- frühestens zu dem in § 1 Absatz 1 genannten Erhöhungstermin,
- nicht vor Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit und
- längstens bis ein Jahr vor Ablauf der für die Beitragsbefreiung vereinbarten Leistungsdauer.

Die Erhöhung der Leistungen erfolgt nicht, wenn die Beitragszahlung nach Paragraph "Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Folgen hat das?" im Abschnitt "Kündigung und Beitragsfreistellung" der AVB eingestellt wurde.

(15) Die Erhöhungen erfolgen abweichend von der Beitragsdynamik (§ 2 Absatz 1) auf Basis der vereinbarten prozentualen Steigerung der Bezugsgröße. Die Bezugsgröße ist der Gesamtbeitrag ohne die Beitragsanteile der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Diese Beiträge und den mit Ihnen vereinbarten Prozentsatz für die Erhöhung im Fall von Berufsunfähigkeit nennen wir Ihnen im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

(16) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin. Die Bestimmungen des § 3 Absatz 1 sowie des § 4 gelten entsprechend.

Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand

(KOSTEN_N_180401)

Wird aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht, können wir Ihnen die dabei durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Betrag gesondert in Rechnung stellen. Die Höhe der Kosten können wir nach billigem Ermessen (§ 315 BGB) künftig anpassen. Weitere Informationen finden Sie im Paragraphen „Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die aktuelle Kostenübersicht erhalten Sie jederzeit bei uns oder auf unserer Homepage unter www.neueleben.de.

Anlass	Betrag (je Vorgang)
Abschriften	
- Abschriften der Erklärungen, die Sie mit Bezug auf Ihren Vertrag abgegeben haben (z. B. Schriftwechsel mit einem Rechtsanwalt)	40 EUR
- Ausstellen einer Abschrift des Versicherungsscheins	10 EUR
- Ausstellen eines Ersatzversicherungsscheines (Ersatzpolice)	20 EUR
Drittrechte	
- Abtretung/Verpfändung an gewerbliche Händler von Gebrauchtpolicen	50 EUR
- Abtretung und Verpfändung	25 EUR
In-/Exkasso	
- Beitragsübermittlung durch Sie aus einem Ort außerhalb des SEPA-Zahlungsraums	10 EUR
- Leistungsübermittlung durch uns an einen Ort außerhalb des SEPA-Zahlungsraums	10 EUR
- Mahngebühr	7,50 EUR
- Vom Zahlungspflichtigen zu vertretende fehlgeschlagene Lastschriftabbuchung	5 EUR
Leistung	
- Einholung einer individuellen Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht	15 EUR
Vertragsänderungen	
- Wechsel des Versicherungsnehmers (außer bei Verträgen der betrieblichen Altersversorgung)	20 EUR
- Wiederinkraftsetzung des Vertrags	25 EUR
- Wiederinkraftsetzung eines beitragsfreigestellten Vertrags ohne Nachzahlung der Beiträge	25 EUR
- Durchführung einer vom Versicherungsnehmer gewünschten Vertragsänderung, der der Versicherer zustimmen muss (z. B. Änderung der Laufzeit, des Beitrages (ausgenommen Beitragsfreistellung), der versicherten Summe oder der Rente)	25 EUR
Zahlungshilfen	
- Einrichtung eines Stundungskontos	20 EUR
- Bearbeitung von Zahlungsrückständen (z. B. Verrechnung von Rückständen)	20 EUR
Sonstiges	
- Entnahme eines Vertragswerts aufgrund eines Versorgungsausgleichs	180 EUR
- Erstellung eines versicherungsmathematischen Gutachtens	200 EUR
- Gebühr für die laufende Rentenzahlung im Rahmen einer Unterstützungskassen-Versorgung	5 EUR
- Kapitalübertragungen (inkl. Deckungskapital)	98 EUR
- Umwandlung zur Erlangung eines Pfändungsschutzes	10 EUR
- Adressen-Recherche aufgrund nicht angezeigter Änderung der Anschrift	5 EUR
Bescheinigungen	
- Erstellung von zusätzlichen Kontoauszügen	5 EUR
- Anfragen zum Policenzweitmarkt	5 EUR
- Zusätzliche Bescheinigung des Rückkaufwerts	5 EUR
- Ämterbescheinigung	5 EUR
- Bescheinigung für das Finanzamt	5 EUR
- Bescheinigung über eingezahlte Beiträge	5 EUR
- Zusätzliche Mitteilung über den Stand Ihrer Versicherung	5 EUR
- Bestätigung des Bezugsrechts	5 EUR
- Bescheinigung über eine Schuldenbereinigung	5 EUR

VVS: Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

(VVS_N_190401)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Sie erhalten von uns vorläufigen Versicherungsschutz zu dem von Ihnen gewünschten Vertrag. Der "gewünschte Vertrag" ist der von Ihnen beantragte Vertrag oder der Vertrag, zu dem Sie unverbindlich oder im Rahmen einer Direktpoliceierung einen Vorschlag angefragt haben. Für den vorläufigen Versicherungsschutz gelten die folgenden Bedingungen. In den Bedingungen nutzen wir die Abkürzung VVG: Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).

Inhalt

- § 1 Was ist vorläufig versichert?
- § 2 Was sind die Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz?
- § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 4 Wann endet die Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz und wann ist sie ausgeschlossen?
- § 5 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 6 Wie ist das Verhältnis zum gewünschten Vertrag?
- § 7 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Wenn Sie

- einen Antrag auf Abschluss eines Vertrags (Antrag) gestellt oder
- unverbindlich oder im Rahmen einer Direktpoliceierung eine Anfrage für einen Vertragsvorschlag (Anfrage) an uns gerichtet haben,

leisten wir aus dem vorläufigen Versicherungsschutz, wenn

- der Versicherungsfall während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes (§ 3) eintritt und
- die in § 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Dies gilt auch, wenn erst nach Ende des vorläufigen Versicherungsschutzes feststeht, dass der Versicherungsfall während seiner Dauer eingetreten ist.

(2) Art und Umfang des vorläufigen Versicherungsschutzes richten sich nach den Angaben in Ihrem Antrag oder Ihrer Anfrage. Auch wenn Ihr gewünschter Vertrag höhere Leistungen vorsieht, begrenzen wir diese wie folgt:

- Kapitalleistungen für den Todesfall sind auf 125.000 EUR beschränkt. Mögliche Leistung aus einer Unfalltod-Zusatzversicherung sind in diesem Betrag enthalten.
- Überlebens- und Waisenrenten sind auf insgesamt jährlich 5.000 EUR beschränkt.
- Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Erwerbsminderungs-Renten sind auf insgesamt jährlich 12.000 EUR beschränkt. Leistungen wegen Krankschreibung erbringen wir nicht.
- Beitragsbefreiungen bei Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Erwerbsminderung sind auf die Befreiung von insgesamt jährlich 6.000 EUR Beitrag beschränkt. Leistungen aus einer Beitragsbefreiung zahlen wir nur, wenn der gewünschte Vertrag zustande gekommen ist und solange er noch besteht.
- Stirbt die versicherte Person vor Vollendung des 7. Lebensjahrs, leisten wir höchstens die gewöhnlichen Beerdigungskosten. Diese betragen zurzeit 8.000 EUR.

(3) Wenn mehrere Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz für die versicherte Person bei uns bestehen, gelten die Höchstbeträge nach Absatz 2 für alle Verträge zusammen. Wenn die Summe der Leistungen aus den gewünschten Verträgen einen der Höchstbeträge übersteigt, gilt: Diesen Höchstbetrag teilen wir in dem Verhältnis auf die einzelnen Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz auf, in dem die Leistungen der einzelnen gewünschten Verträge zur Summe ihrer Leistungen stehen.

Dies gilt auch, wenn mehrere Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz für die versicherte Person bei verschiedenen Versicherungsunternehmen bestehen.

(4) Der vorläufige Versicherungsschutz umfasst keine Leistungen im Erlebensfall. Dies gilt sowohl für Kapitalleistungen als auch für Altersrenten. Dies gilt auch, wenn der gewünschte Vertrag solche Leistungen vorsieht.

§ 2 Was sind die Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz?

Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz sind:

- Der für den gewünschten Vertrag vorgesehene Versicherungsbeginn liegt spätestens zwei Monate nach Unterzeichnung des Antrags, der unverbindlichen Anfrage oder des Vertrags im Rahmen einer Direktpoliceierung.
- Sie haben im Antrag oder der Anfrage die persönlichen Daten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person vollständig genannt. Ihre Angaben zum Umfang der Versicherung und zum Gesundheitszustand der versicherten Person sind ebenfalls vollständig.
- Sie haben es nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht, dass der gewünschte Vertrag zustande kommt.
- Ihr Antrag oder Ihre Anfrage weicht nicht von den von uns angebotenen Versicherungsleistungen und Bedingungen ab.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem

- Ihr Antrag oder Ihre Anfrage bei uns eingeht und
- die in § 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn eine der folgenden Voraussetzungen zutrifft:

- Ein gleichartiger Versicherungsschutz hat aus einer Versicherung begonnen. Wenn die Versicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen zustande gekommen ist, müssen Sie uns unverzüglich informieren.
- Sie haben Ihren Antrag oder Ihre Anfrage zurückgenommen oder angefochten.
- Sie oder wir haben den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz nach den Absätzen 3 und 4 gekündigt.
- Der gewünschte Vertrag kommt nicht zustande, weil Sie Ihre Vertragserklärung nach § 8 VVG widerrufen oder einer Abweichung des gewünschten Vertrags von Ihrem Antrag nach § 5 Absätze 1 und 2 VVG widersprochen haben.

Sie haben nach Zustandekommen des gewünschten Vertrags den ersten Beitrag für den gewünschten Vertrag nicht rechtzeitig gezahlt. Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn wir den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen konnten und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen haben.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Wir leisten jedoch, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die ausgiebige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Sie können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz jederzeit kündigen.

(4) Auch wir können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz jederzeit kündigen. Wir kündigen vor allem in den folgenden Fällen:

- Wir können Ihren Antrag nicht annehmen oder können Ihnen auf Ihre Anfrage keinen Vertragsvorschlag unterbreiten.
- Sie haben unseren Vertragsvorschlag nicht innerhalb der dort gesetzten Frist angenommen.

Unsere Kündigung wird jedoch erst zwei Wochen, nachdem Ihnen diese zugegangen ist, wirksam.

(5) Wenn unsere Leistungspflicht während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist, gilt: Diese endet in den Fällen des Absatzes 2 Spiegelstriche 2 und 4 und des Absatzes 3 mit dem vorläufigen Versicherungsschutz. In den übrigen Fällen bestimmt sich das Ende unserer Leistungspflicht nach § 4.

§ 4 Wann endet die Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz und wann ist sie ausgeschlossen?

(1) Wenn unsere Leistungspflicht nicht mit der Beendigung des vorläufigen Versicherungsschutzes endet (§ 3 Absatz 5), gilt: Sie besteht fort bis zum Eintritt der Leistungsfreiheit oder bis zum Wegfall der Leistungsvoraussetzungen, längstens jedoch bis die für den gewünschten Vertrag vorgesehene Leistungsdauer endet. Dabei sind jeweils die Voraussetzungen des gewünschten Vertrags entscheidend.

Darüber hinaus leisten wir nicht, wenn wir infolge einer Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht berechtigt sind, eine Anfechtung, Kündigung oder den Rücktritt von dem gewünschten Vertrag oder dem Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz zu erklären.

Weitere Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht finden Sie im Abschnitt "Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht" der Individuellen Kundeninformation.

(2) Wir leisten auch nicht bei Versicherungsfällen aufgrund von Umständen,

- nach denen wir in den Antragsunterlagen oder den Unterlagen zu einer Anfrage oder den zugehörigen Dokumenten gefragt haben und
- von denen Sie oder die versicherte Person vor der Unterzeichnung des Antrags oder der Anfrage Kenntnis hatten,

auch wenn Sie diese Umstände im Antrag oder in der Anfrage angegeben haben. Dies gilt nicht, wenn die betreffenden Umstände nach unseren Grundsätzen der Risikobewertung einer Annahme des gestellten Antrags oder einem Vertragsabschluss aufgrund Ihrer Anfrage nicht entgegenstanden hätten.

(3) Darüber hinaus gelten die Einschränkungen und Ausschlüsse unter "Wann ist der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ausgeschlossen?" im Abschnitt "Leistungsbeschreibung" der Bedingungen des gewünschten Vertrags.

§ 5 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir grundsätzlich keinen Beitrag. Leisten wir aber aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, behalten wir

- bei Verträgen gegen laufende Beiträge den Beitrag für das erste Versicherungsjahr und
- bei Verträgen gegen Einmalbeitrag den Einmalbeitrag

des gewünschten Vertrags ein.

Wenn die Höhe unserer Leistungen nach § 1 Absätze 2 und 3 begrenzt ist, gilt: Wir berechnen den Beitrag auf Basis des Versicherungsschutzes in Höhe des dort festgelegten Höchstbetrags.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zum gewünschten Vertrag?

Wenn in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, wenden wir

- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und
- die Besonderen Bedingungen sowie
- die weiteren Vertragsbestimmungen

des gewünschten Vertrags an. Dies gilt insbesondere für Einschränkungen und Ausschlüsse.

§ 7 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

Wenn Sie in Ihrem Antrag oder Ihrer Anfrage eine dritte Person als Bezugsberechtigten angegeben haben, gilt: Diese ist auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz anspruchsberechtigt.

Steuerhinweise für Ihren Vertrag

Aufgeschobene Rentenversicherung privat

(STH_NAR_BUZ_PRO_200101)

Diese Steuerhinweise geben einen allgemeinen Überblick über die zurzeit geltenden Steuerregelungen. Sie beruhen auf den bis zum 01.06.2019 veröffentlichten Gesetzen und Vorschriften der Finanzverwaltung. Durch eine künftige Gesetzesänderung kann sich die Rechtslage ändern. Wir gewähren keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im Einzelfall kann es zu steuerlichen Besonderheiten kommen. Die Hinweise ersetzen daher keine Steuerberatung. Sie gelten nur für Versicherungsnehmer mit Sitz oder Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

I. Einkommensteuer

(1) Sonderausgaben

Die Beiträge zu Ihrem Vertrag sind vom Sonderausgabenabzug nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) ausgeschlossen.

(2) Besteuerung der Leistung

Kapitalzahlungen aus Ihrem Vertrag

Wir zahlen Ihnen Kapital? Steuerpflichtig ist dann in der Regel nur der Unterschied zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der gezahlten Beiträge.

Bei fondsgebundenen Lebensversicherungen sind bei der Ermittlung der steuerpflichtigen Kapitalerträge 15 % des Unterschiedsbetrags steuerfrei, soweit dieser aus Investmenterträgen stammt. Analog werden 15 % eines negativen Unterschiedsbetrags bei der Ermittlung der steuerpflichtigen Kapitalerträge nicht berücksichtigt.

Bei Entnahme von Teilbeträgen ziehen wir dabei nur die auf diese Versicherungsleistung entfallenden anteiligen Beiträge ab.

Diese Erträge sind nur zur Hälfte steuerpflichtig, wenn Sie als steuerpflichtige Person die folgenden zwei Kriterien erfüllen. Sie haben das 62. Lebensjahr vollendet. Zusätzlich hat Ihr Vertrag seit mindestens 12 Jahren ohne wesentliche Vertragsänderung bestanden.

Erhöhen Sie nachträglich wesentliche Vertragsmerkmale Ihres Vertrags, so entsteht in bestimmten Fällen steuerlich ein neuer Vertragsteil. Hierzu gehört zum Beispiel eine Erhöhung Ihrer Beiträge außerhalb der vereinbarten Dynamik. Nur für diesen neuen Vertragsteil beginnt die Vertragsdauer von mindestens 12 Jahren neu zu laufen. Dies ist für die Frage der hälftigen Ertragsbesteuerung bei Auszahlung Ihres Kapitals wichtig. Den ursprünglichen Vertragsteil vor der Änderung führen wir steuerlich unverändert fort.

Im Todesfall zahlen wir Ihr Kapital steuerfrei aus.

Sie haben eine Kapitalleistung bei unfallbedingter Invalidität vereinbart? Im Leistungsfall zahlen wir Ihr Kapital steuerfrei aus.

Die Ansprüche aus Ihrem Vertrag wurden von einem Dritten entgeltlich erworben? Dann ist die Auszahlung im Todesfall nicht steuerfrei. Ist dieser Dritte hingegen die versicherte Person bleibt es trotz des Erwerbes bei der Steuerfreiheit im Todesfall. Gleiches gilt, wenn die Ansprüche aus arbeits-, erb-, oder familienrechtlichen Gründen übertragen wurden.

Verfahren bei steuerpflichtigen Erträgen (§ 20 Absatz 1 Nummer 6 EStG)

Wir zahlen Ihnen Kapital und dabei fallen steuerpflichtige Erträge an? Dann behalten wir die Kapitalertragsteuer und den Solidaritätszuschlag ein. Diese führen wir an das zuständige Finanzamt ab.

Dies gilt auch für die Kirchensteuer ihrer Religionsgemeinschaft (beispielsweise die Evangelische Kirche). Hierfür fragen wir Ihre Kirchensteuerpflicht beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) an.

Sie gehören keiner Religionsgemeinschaft an? Es wird keine Kirchensteuer erhoben. Das BZSt informiert uns entsprechend.

Sie möchten nicht, dass wir Ihre Religionszugehörigkeit erfahren? Dann können Sie beim BZSt einen Sperrvermerk hinterlegen. Dieser Vermerk berührt die Kirchensteuerpflicht bei steuerpflichtigen Kapitalerträgen nicht. Bitte beachten Sie folgendes zum Sperrvermerk:

- Er muss mindestens zwei Monate vor unserer Auszahlung dem BZSt vorliegen. Dann kann dieser berücksichtigt werden.

- Formulare für den Widerspruch finden Sie auf der Internetseite des BZSt www.formulare-bfinv.de - und zwar unter dem Stichwort "Erklärung zum Sperrvermerk".

- Wenn es diesen Sperrvermerk gibt, erhalten wir oder andere Stellen keine Religionsdaten von Ihnen. Wir werden dann keine Kirchensteuer für Sie abführen.

- Das BZSt informiert Ihr zuständiges Finanzamt, sobald das Merkmal der Kirchensteuer angefragt wurde. Das Finanzamt wird Sie auffordern, eine Steuererklärung abzugeben. Darin müssen Sie Angaben zu Ihren steuerpflichtigen Kapitalerträgen machen.

Sie erhalten von uns eine amtliche Bescheinigung über die abgeführten Steuern.

Die Steuerschuld auf diese Kapitalerträge gilt mit dem Steuerabzug als abgegolten (Abgeltungsteuer).

Beim Steuerabzug werden die Besonderheiten nach einem entgeltlichen Erwerb sowie die hälftige Ertragsbesteuerung nicht berücksichtigt. Dann ist es für Sie vorteilhaft, die Erträge unter Vorlage der Originalsteuerbescheinigung in Ihrer Steuererklärung anzugeben. Gleiches gilt, wenn Ihr persönlicher Steuersatz unter 25 % liegt.

Sie müssen ebenfalls die Erträge in Ihrer Steuererklärung angeben, wenn bei vorliegendem Sperrvermerk Kirchensteuerpflicht besteht.

Wir verzichten auf den Steuerabzug, wenn Sie uns einen ausreichenden Freistellungsauftrag oder eine Nichtveranlagungsbescheinigung vorlegen.

(3) Rentenzahlungen aus Ihrem Vertrag (§ 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb EStG)

Sie erhalten eine lebenslange Rente? Diese ist als sonstige Einkünfte nur mit dem Ertragsanteil steuerpflichtig. Dabei bestimmt sich der Ertragsanteil nach Ihrem Alter bei Beginn der Rente. Zahlen wir Ihnen die Rente z. B. ab Vollendung Ihres 67. Lebensjahres, dann sind immer nur 17 % der Rente steuerpflichtig.

Sie erhalten eine erhöhte Altersrente aufgrund von Pflegebedürftigkeit? Auch in diesem Fall gilt der bei Beginn der Rente festgelegte Ertragsanteil einheitlich für den jährlichen Gesamtbetrag der Rente.

Sie haben eine Rentengarantiezeit in Ihrem Vertrag vereinbart? Dann wird bei Tod während der Rentengarantiezeit die Rente an den Hinterbliebenen für den Rest der Rentengarantiezeit weitergezahlt. Dabei wird die Besteuerung mit dem bisherigen Ertragsanteil unverändert fortgeführt. Dies gilt nur, wenn bei Beginn Ihrer Rente die vereinbarte Rentengarantiezeit kürzer ist als Ihre verbleibende durchschnittliche Lebenserwartung.

(4) Zusatzversicherungen

Sie erhalten eine Berufsunfähigkeits-Rente? Diese ist als sonstige Einkünfte mit dem Ertragsanteil nach § 22 Nummer 1 Satz 5 EStG in Verbindung mit Tabelle zu § 55 Absatz 2 Einkommensteuer-Durchführungsverordnung (EStDV) zu versteuern. Der Ertragsanteil hängt von der voraussichtlichen Laufzeit der Rentenzahlung ab.

Sie erhalten im Anschluss an die Berufsunfähigkeits-Rente eine lebenslange Altersrente aus Ihrem Hauptvertrag? So handelt es sich dabei um eine neue Rente mit neu zu berechnendem Ertragsanteil. Dies gilt auch, wenn sich die Rentenhöhe nicht ändert.

II. Erbschaftsteuer

Sie übertragen Ansprüche oder Leistungen aus Ihrem Vertrag auf eine andere Person? Dann zeigen wir dem zuständigen Erbschaftsteuerfinanzamt dies an, da eventuell eine Schenkung vorliegt. Bei Tod des Versicherungsnehmers melden wir dies ebenfalls an das zuständige Finanzamt, da womöglich ein Erwerb von Todes wegen vorliegt. Ob Erbschaftsteuer entsteht, ist von den jeweiligen individuellen Verhältnissen abhängig.

III. Versicherungsteuer

Beiträge zu Ihrem Vertrag sind nach § 4 Nummer 5 Versicherungsteuergesetz steuerfrei.

IV. Umsatzsteuer

Beiträge zu und Leistungen aus Ihrem Vertrag sind umsatzsteuerfrei nach § 4 Nummer 10a Umsatzsteuergesetz.

V. Meldungen und Bescheinigungen

Wir sind verpflichtet, die für den Empfänger als sonstige Einkünfte steuerpflichtige Leistung zu melden. Die Meldung erfolgt an die Zentrale Stelle für Altersvermögen (Deutsche Rentenversicherung Bund).

Wir zahlen Ihnen eine Leistung zum ersten Mal? Dann bescheinigen wir Ihnen die im abgelaufenen Kalenderjahr zugeflossenen Leistungen. Diese haben Sie in Ihrer Steuererklärung anzugeben. Gleiches gilt, wenn sich die auszuzahlende Leistung ändert.