

## Allgemeine Bedingungen für die MetallRente-Berufsunfähigkeitsversicherung (BUV), gegebenenfalls mit temporärer Erwerbsunfähigkeitsversicherung

MetallRente.BU  
MetallRente.BU 4U  
MetallRente.BU care  
MetallRente.BU 4U care

Stand: 07.2013 (AVB\_EV\_MRB\_2013\_07)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die folgenden Bedingungen informieren Sie über Regeln, die für Ihren Versicherungsvertrag gelten.

Zur besseren Lesbarkeit erfolgen Personenbezeichnungen in der Einzahl, auch wenn mehr als eine Person angesprochen sein könnte. Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen und Männer.

Die sich aus den gesetzlichen Vorschriften und den Allgemeinen Bedingungen ergebenden Rechte und Pflichten gelten für den Versicherungsnehmer; einzelne Vorschriften auch für die Versicherte Person.

Bestimmten Berufsgruppen kann aus Risikogründen kein durchgängiger Berufsunfähigkeitsschutz angeboten werden. Der Versicherungsschutz für diese Berufsgruppen beschränkt sich ab einem bestimmten Alter auf die Absicherung der Erwerbsunfähigkeit, z.B. Fluglotsen ab Alter 54, Piloten und Flugbegleiter ab Alter 56.

Um Ihnen das Lesen der Allgemeinen Bedingungen zu erleichtern, erläutern wir Ihnen zunächst die wichtigsten Begriffe.

### Bezugsberechtigter

Vom Versicherungsnehmer gegenüber Swiss Life schriftlich festgelegter Empfänger der Versicherungsleistung.

### Bewertungsreserven

Aus der Differenz zwischen den nach dem Niederstwertprinzip angesetzten Buchwerten und den höheren Marktwerten von Kapitalanlagen ergeben sich die Bewertungsreserven.

### Deckungskapital

Die nicht für die Risikoübernahme und Kosten verbrauchten Prämienteile sowie die dem Vertrag zugeordneten Überschussanteile bilden das Deckungskapital.

### Prämie

Prämie ist hier die rechtlich korrekte Bezeichnung für Beitrag.

### Rechnungsgrundlagen

Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen, die für die Kalkulation Ihrer Versicherung benötigt werden:

- Berufsunfähigkeitsrisiko (Invalidisierungstafeln SL 2013 I und Tafeln der DAV),
- Rechnungszins in Höhe von 1,75 %,

- Kosten (z. B. für Verwaltung des Vertrags).

### Überschussanteile

Überschussanteile resultieren aus den von Swiss Life erzielten Gewinnen. Man unterscheidet z. B. zwischen Zins- und Risikoüberschüssen. Zinsüberschüsse werden durch gewinnbringende Kapitalanlagen von Swiss Life erwirtschaftet, Risikoüberschüsse ergeben sich aus der vorsichtigen Kalkulation der Versicherungen (z. B. wenn weniger Berufsunfähigkeitsfälle als kalkuliert auftreten).

### Versicherte Person

Person, auf deren Leben der Versicherungsschutz besteht.

### Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist der Antragsteller für die Versicherung.

### Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode beträgt bei einmaliger Prämienzahlung ein Jahr. Bei laufender Prämienzahlung entspricht sie dem jeweiligen Prämienzahlungsabschnitt.

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland  
Amtsgericht München HRB 120565

Hauptbevollmächtigter für Deutschland:  
Dr. Tilo Finck  
Berliner Straße 85 · 80805 München  
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts  
mit Hauptsitz in Zürich  
Handelsregister Kanton Zürich · CH-020.5.901.324-6  
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Wolf Becke, Gerold Bühner,  
Ueli Dietiker, Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Henry Peter,  
Peter Quadri, Frank Schneuwlin, Franziska Tschudi Sauber,  
Klaus Tschütscher

Deutsche Bank AG  
Konto 213 02 43 00  
BLZ 700 700 10

IBAN DE93 7007 0010 0213 0243 00  
BIC DEUT DE MM XXX



## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Versicherungsschutz</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Ausschlüsse</b>	<b>13</b>
1.1	Wann beginnt der Versicherungsschutz?	4	5.1	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	13
1.2	Welche Personen können versichert werden?	4	5.2	Was gilt bei Kontamination mit ABC-Stoffen?	14
1.3	Wann liegt vollständige Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?	4	<b>6</b>	<b>Prämienzahlung</b>	<b>14</b>
1.4	Wann liegt teilweise Berufsunfähigkeit vor?	5	6.1	Was ist bei der Prämienzahlung zu beachten?	14
1.5	Wann liegt Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?	5	6.2	Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?	14
1.6	Wann liegt vollständige Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit vor?	5	<b>7</b>	<b>Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten</b>	<b>15</b>
1.7	Welchen Einfluss hat eine Umorganisation?	5	7.1	Welche Kosten entstehen?	15
1.8	Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben oder bei Unterbrechung der Berufstätigkeit?	5	7.2	Für Ihren Versicherungsvertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart	15
1.9	Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bei Schülern, Auszubildenden und Studenten?	6	7.3	Höhe der anfallenden Kosten	15
1.10	Wann endet Ihr Versicherungsschutz?	6	<b>8</b>	<b>Vereinbarung eines Abzugs bei Prämienfreistellung oder Kündigung</b>	<b>15</b>
1.11	Wie sind das Versicherungsjahr, die Versicherungsperiode und das Alter für die Tarifikalkulation definiert?	6	8.1	Welchen Hintergrund hat der Abzug?	15
<b>2</b>	<b>Versicherungsleistungen</b>	<b>7</b>	8.2	Wie wird der Abzug ermittelt?	16
2.1	Welche Leistungen erbringen wir?	7	8.3	Wann wird auf einen Abzug verzichtet?	16
2.2	Welche Leistungsregelung können Sie vereinbaren?	7	<b>9</b>	<b>Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten, Prämienfreistellung und Kündigung</b>	<b>16</b>
2.3	Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?	8	9.1	Welche Möglichkeiten der Überbrückung können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten nutzen?	16
2.4	Ab wann und an wen werden Leistungen gewährt?	8	9.2	Wann können Sie Ihre Versicherung prämienfrei stellen?	16
2.5	Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?	8	9.3	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?	17
2.6	Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?	9	<b>10</b>	<b>Sonstige Änderungen der Versicherung</b>	<b>18</b>
2.7	Wer erhält die Versicherungsleistung?	10	10.1	Welche Bestimmungen können geändert werden?	18
<b>3</b>	<b>Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten</b>	<b>10</b>	10.2	Welche Nachversicherungsgarantie gibt es?	18
3.1	Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?	10	<b>11</b>	<b>Weitere Bestimmungen</b>	<b>19</b>
3.2	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	11	11.1	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	19
3.3	Welche Folgen hat die Verletzung der Mitwirkungspflicht?	12	11.2	Welche Kosten/Steuern stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	19
3.4	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?	12	11.3	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	20
3.5	Was gilt bei Tod der Versicherten Person?	13	11.4	Wo ist der Gerichtsstand und wohin können Sie sich bei Beschwerden wenden?	20
<b>4</b>	<b>Nachprüfung der Berufsunfähigkeit</b>	<b>13</b>	11.5	Können Sie den Versicherungsvertrag widerrufen?	20
4.1	Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	13			

<b>12 Welche Regelungen gelten für Ihre Beteiligung an den Überschüssen?</b>	<b>20</b>		
12.1 Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags	20	13.2	Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens 23
12.2 Überschussbeteiligung vor Eintritt des Leistungsfalls	20	13.3	Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz 23
12.3 Überschussbeteiligung nach Eintritt des Leistungsfalls durch Berufsunfähigkeit	21	<b>14 Welche Besonderheiten gelten für den Stufentarif?</b>	<b>23</b>
12.4 Beteiligung an den Bewertungsreserven bei Verträgen mit laufender Prämienzahlung	21	14.1	Wann und in welchem Umfang erhöht sich die Prämie? 23
12.5 Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt der Berufsunfähigkeit	21	14.2	Welche Vertragsänderungen können Sie während der Dauer der Prämienstufe 1 beantragen? 24
12.6 Information über die Höhe der Überschussbeteiligung	22	14.3	Welche Abweichungen gelten bei der Nachversicherungsgarantie? 24
<b>13 Welche Kriterien gelten bei Pflegebedürftigkeit?</b>	<b>22</b>	14.4	Welche Prämie ist bei Berufsunfähigkeit befreit? 24
13.1 Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2010)	22	<b>Anhang: Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, Stand 01.01.2010)</b>	<b>25</b>



## 1 Versicherungsschutz

### 1.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag geschlossen ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung der Einlösungsprämie.

### 1.2 Welche Personen können versichert werden?

1.2.1 Versicherbar sind folgende Personen:

- Alle Arbeitnehmer, die in einem Unternehmen beschäftigt sind, das einer der Branchen des Versorgungswerks MetallRente angehört (zurzeit Metall-, Elektro-, Stahl-, Papier-, Holz-, Kunststoff- und Textilbranche); unabhängig davon, ob diese tarifvertragsgebunden sind oder nicht,
- Alle Arbeitnehmer, die in einem Unternehmen beschäftigt sind, das die betriebliche Altersversorgung im Rahmen eines Durchführungsvertrags der betrieblichen Altersversorgung über das Versorgungswerk MetallRente organisiert,
- Selbstständige, deren Unternehmen einer der Branchen des Versorgungswerks MetallRente angehört (zurzeit Metall-, Elektro-, Stahl-, Papier-, Holz-, Kunststoff- und Textilbranche); unabhängig davon, ob diese tarifvertragsgebunden sind oder nicht,
- Selbstständige, die für ihr Unternehmen die betriebliche Altersversorgung im Rahmen eines Durchführungsvertrags der betrieblichen Altersversorgung über das Versorgungswerk MetallRente organisiert.

1.2.2 Darüber hinaus können auch der Ehepartner bzw. Lebenspartner im Sinne des LPartG sowie Lebensgefährten und die Kinder von Arbeitnehmern und Selbstständigen, für die über die MetallRente eine Berufsunfähigkeitsvorsorge oder Altersvorsorge besteht, versichert werden. Voraussetzung für Lebensgefährten ist, dass er nicht verheiratet ist und ein gemeinsamer Haushalt innerhalb der gleichen Wohnung nachweislich mindestens 2 Jahre besteht.

1.2.3 Zum Nachweis ist eine entsprechende Bestätigung im Antrag erforderlich. Wir sind berechtigt, von Ihnen Nachweise zu fordern.

### 1.3 Wann liegt vollständige Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

1.3.1 Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben.

1.3.2 Die Verweisung auf eine andere Tätigkeit erfolgt nicht, es sei denn, die Versicherte Person übt eine berufliche Tätigkeit konkret aus, die mit der bisherigen beruflichen Tätigkeit vergleichbar ist. Dies ist der Fall, wenn diese Tätigkeit aufgrund der Gesundheitsverhältnisse zumutbar ist und im Hinblick auf die Ausbildung und Erfahrung sowie Lebensstellung der bisherigen beruflichen Tätigkeit entspricht.

Unter der bisherigen Lebensstellung ist die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Sicht zu verstehen, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung gemäß 1.3.1 bestanden hat. Die dabei für die Versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalls auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größe im Vergleich zum Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt. Sie beträgt jedoch maximal 20 %.

1.3.3 Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die Versicherte Person eine berufliche Tätigkeit konkret ausübt, die mit der bisherigen beruflichen Tätigkeit vergleichbar im Sinne von 1.3.2 ist.

1.3.4 Für bestimmte Berufe mit besonders hohem Risiko werden abweichend von 1.3.2 die Voraussetzungen für die Verweisung auf eine andere zumutbare Tätigkeit gesondert geregelt.

**Wir weisen in den Ihnen zur Verfügung gestellten Informationsunterlagen und im Versicherungsschein ausdrücklich darauf hin.**

1.3.5 Für bestimmte Berufe mit erhöhtem Risiko tritt abweichend von 1.3.1 bis 1.3.3 ab z. B. dem 62. Lebensjahr die Erwerbsunfähigkeit an Stelle der Definition der Berufsunfähigkeit. Dann wird das Wort "Berufsunfähigkeit" durch "Erwerbsunfähigkeit" und das Wort "berufsunfähig" durch "erwerbsunfähig" in diesen Bedingungen ersetzt.

**Wir weisen in den Ihnen zur Verfügung gestellten Informationsunterlagen und im Versicherungsschein ausdrücklich darauf hin.**

#### **1.4 Wann liegt teilweise Berufsunfähigkeit vor?**

Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in 1.3.1 genannten Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad erfüllt sind.

#### **1.5 Wann liegt Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?**

Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge ärztlich nachweisbarer Krankheit, Gebrechen oder Schwäche ihrer körperlichen und geistigen Kräfte voraussichtlich 6 Monate lang außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Der Erwerbsunfähigkeit wird Pflegebedürftigkeit im Sinne des Abschnitts 1.6 gleichgestellt.

#### **1.6 Wann liegt vollständige Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit vor?**

1.6.1 Vollständige Berufsunfähigkeit wird bei Pflegebedürftigkeit der Versicherten Person angenommen. Diese besteht, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI mit Stand vom 01.01.2010 (siehe 13.1) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei 3 von 6 Aktivitäten des täglichen Lebens (siehe 13.2) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz (siehe 13.3).

1.6.2 Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate bestehen oder mindestens 6 Monate bestanden haben. Dies ist ärztlich nach objektiven und medizinischen Maßstäben festzustellen.

#### **1.7 Welchen Einfluss hat eine Umorganisation?**

##### *Selbstständige und Gesellschafter-Geschäftsführer*

1.7.1 Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn ein Selbstständiger oder Gesellschafter-Geschäftsführer über seinen Einfluss auf die betriebliche Situation durch zumutbare Umorganisation eine Tätigkeit ausüben kann. Eine Umorganisation ist nur zumutbar,

wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, die bisherige Stellung als Selbstständiger oder Gesellschafter-Geschäftsführer im Wesentlichen unverändert bleibt und sich die durch die Umorganisation hervorgerufenen Einkommensveränderungen in den von der Rechtsprechung vorgegebenen Grenzen (maximal jedoch 20 %) bewegen.

Die konkret ausgeübte oder im Rahmen der Umorganisation ausübende Tätigkeit muss zumutbar sein, d. h. aufgrund der Gesundheitsverhältnisse ausübbar sein sowie der Ausbildung und Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung entsprechen.

##### *Arbeitnehmer*

1.7.2 Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern verlangen wir keine Umorganisation.

#### **1.8 Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben oder bei Unterbrechung der Berufstätigkeit?**

1.8.1 Auch nach Ausscheiden aus dem Berufsleben (z. B. passive Altersteilzeit) oder bei Unterbrechung der Berufstätigkeit (z. B. Arbeitslosigkeit) können Sie Ihre bestehende Berufsunfähigkeitsversicherung fortführen. Werden in dieser Zeit Leistungen beantragt, so gilt für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit

- für die Dauer bis zu 5 Jahren nach dem Ausscheiden oder dem Beginn der Unterbrechung die vorher konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung,
- nach Ablauf von 5 Jahren gilt eine Berufstätigkeit als zumutbar, die anhand der dann am Arbeitsmarkt verwertbaren Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt wird oder ausgeübt werden könnte. Die Lebensstellung wird durch die dann ausgeübte oder mögliche Berufstätigkeit geprägt.

1.8.2 Bei ununterbrochenen Zeiten des Erziehungsurlaubs und Mutterschutzes wird die vor der Unterbrechung ausgeübte Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung bei der Prüfung des Leistungsanspruchs - ohne Befristung - zugrunde gelegt.

1.8.3 Der freiwillige Wechsel in eine andere Tätigkeit, z. B. als Hausfrau/-mann, gilt als Berufswechsel und nicht als Ausscheiden aus dem Beruf. Bei einem Berufswechsel wird die zuletzt vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit (siehe 1.3.1) zur Feststellung der Leistungspflicht herangezogen.



### **1.9 Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bei Schülern, Auszubildenden und Studenten?**

#### *Berufsunfähigkeit während der Schulausbildung*

1.9.1 Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Pflegebedürftigkeit, die ärztlich nachzuweisen sind, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist, als Schüler an einem regulären Schulunterricht ohne sonderpädagogische Förderung teilzunehmen.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit als Schüler erbringen wir, solange die Voraussetzungen - wie definiert - fortbestehen.

#### *Berufsunfähigkeit während der Berufsausbildung*

1.9.2 Während der Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf liegt vollständige Berufsunfähigkeit vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist, ihre zuletzt betriebene Ausbildung fortzusetzen, und auch keine andere berufliche oder schulische Ausbildung absolviert, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

#### *Berufsunfähigkeit während eines Vollzeitstudiums*

1.9.3 Während eines Vollzeitstudiums liegt vollständige Berufsunfähigkeit vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist, ihr zuletzt betriebenes Studium fortzusetzen, und auch kein anderes Studium betreibt, das ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Als Studium gilt ein Vollzeitstudium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule (Universität, Fachhochschule, Duale Hochschule). Der angestrebte akademische Studienabschluss muss in Deutschland anerkannt sein.

### **1.10 Wann endet Ihr Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz endet mit dem Tod der Versicherten Person, mit Kündigung des Vertrags bzw. mit Ablauf der vereinbarten und im Versicherungsschein festgeschriebenen Versicherungsdauer.

### **1.11 Wie sind das Versicherungsjahr, die Versicherungsperiode und das Alter für die Tarifikalkulation definiert?**

#### *Versicherungsjahr, Versicherungsperiode*

1.11.1 Ein Versicherungsjahr beginnt mit dem Monat des im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginns und dauert grundsätzlich 12 Monate. Die Versicherungsperiode fällt bei jährlicher Prämienzahlung mit dem Versicherungsjahr zusammen. Bei unterjährlicher Prämienzahlung umfasst die Versicherungsperiode entsprechend der Prämienzahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

#### *Rumpfbeginnjahr*

1.11.2 Beträgt der Zeitraum vom Kalendermonat des Versicherungsbeginns bis zum Kalendermonat, der mit dem Ablauf der Versicherung zusammenfällt, weniger als 12 Monate, so liegt ein so genanntes Rumpfbeginnjahr vor. Alle folgenden (vollen) Versicherungsjahre beginnen dann jeweils mit dem Kalendermonat, der auf den Ablaufmonat der Versicherung folgt. Liegt ein Rumpfbeginnjahr vor, beträgt die Versicherungsdauer in Jahren die Anzahl der vollen Versicherungsjahre plus eins (das Rumpfbeginnjahr).

#### *Alter für die Tarifikalkulation*

1.11.3 Das versicherungstechnische Alter entspricht den tatsächlichen Lebensjahren der Versicherten Person, wobei das bereits begonnene Lebensjahr hinzugezählt wird, wenn seit dem Geburtstag bis zum Versicherungsbeginn bzw. Erhöhungstermin mehr als 6 Monate verstrichen sind.

Beispiel: Der Versicherungsbeginn bzw. Erhöhungstermin ist der 01.01.2013 und der Geburtstag ist der 15.05.1973. Am 15.05.2012 ist das 39. Lebensjahr vollendet und das 40. Lebensjahr hat begonnen. Bis zum 01.01.2013 werden mehr als 6 Monate verstrichen sein. Somit gilt 40 als das versicherungstechnische Alter.

## 2 Versicherungsleistungen

### 2.1 Welche Leistungen erbringen wir?

Wird die Versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung, frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes, berufsunfähig, erbringen wir in Abhängigkeit vom Grad der Berufsunfähigkeit und der gewählten Leistungsregelung (2.2) sowie des versicherten Leistungsumfangs folgende Leistungen:

#### *Zahlung einer Rente*

2.1.1 Wir zahlen die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbarte Rente nach Ablauf der Karenzzeit monatlich im Voraus.

#### *Befreiung von der Prämienzahlungspflicht*

2.1.2 Zusätzlich sind Sie nach Ablauf der Karenzzeit von der Zahlung der Prämien, die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbart sind (siehe 2.4.1), befreit.

#### *Garantierte Rentensteigerung, sofern diese mitversichert ist*

2.1.3 Zusätzlich zur Rente (2.1.1) können Sie eine garantierte jährliche Rentensteigerung bei Berufsunfähigkeit mitversichern.

Die erste garantierte Erhöhung der Rente erfolgt zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf den Beginn unserer Leistungspflicht folgt. Die Höhe der garantierten Rentensteigerung ergibt sich aus dem vereinbarten Steigerungssatz und der auf das Versicherungsjahr bezogenen garantierten Vorjahresrente.

Endet die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer, wird der Vertrag wieder prämienpflichtig wie bei Eintritt der Berufsunfähigkeit. Falls eine garantierte Rentensteigerung erbracht wurde, werden die Steigerungen bei erneuter Berufsunfähigkeit nicht angerechnet, sondern die Steigerungen beginnen wieder von neuem.

#### *Weiterzahlung der Berufsunfähigkeitsrente bei Pflegebedürftigkeit (»care«-Option) - sofern mitversichert*

2.1.4 Sie können mit uns vereinbaren, dass unsere Leistungspflicht nicht endet, wenn die Versicherte Person bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer vollständig berufsunfähig wegen Pflegebedürftigkeit gemäß 1.6 ist. Die Berufsunfähigkeitsrente wird dann so lange weitergezahlt, wie Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit gemäß 1.6 vorliegt, längstens bis zum Tod der Versicherten Person. Endet während dieser Weiterzahlung die Pflegebedürftigkeit, endet

auch unsere Leistungspflicht; bei erneutem Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden dann keine Leistungen mehr fällig. Eine Doppelleistung wegen Berufsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit und Berufsunfähigkeit aus anderen Gründen ist ausgeschlossen.

#### *Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe*

2.1.5 Endet die Berufsunfähigkeit aufgrund neu erworbener beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten (siehe 4.1.1), wird eine einmalige Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 Monatsrenten, höchstens jedoch 12.000 Euro geleistet. Der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe besteht pro Vertragsverhältnis einmal.

#### *Rechnungsgrundlagen*

2.1.6 Die geschlechtsunabhängige Tarifikalkulation basiert auf Invalidisierungstafeln SL 2013 I (N), Tabellen der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV 2008 T, DAV 1997 TI, DAV 1997 RI) und einem Rechnungszins in Höhe von 1,75 %, die Kalkulation von MetallRente.BU 4U abweichend auf Invalidisierungstafeln SL 2013 I (A).

#### *Sonstige Regelungen*

2.1.7 Unser Versicherungsschutz besteht weltweit.

2.1.8 Für den Beginn eines Leistungsanspruchs nach Eintritt der Berufsunfähigkeit können Sie unterschiedliche Karenzzeiten oder keine Karenzzeit wählen.

2.1.9 Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe Abschnitt 12).

2.1.10 Weitere Einzelheiten über Art, Umfang und Fälligkeit der Versicherungsleistung finden Sie im Versicherungsschein.

### 2.2 Welche Leistungsregelung können Sie vereinbaren?

Für die Leistungen gemäß 2.1.1 bis 2.1.3 können Sie im Versicherungsantrag zwischen 2 Regelungen wählen:

#### *Pauschalregelung*

2.2.1 Volle Leistungen werden erbracht, wenn Berufsunfähigkeit zu mindestens 50 % besteht. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit werden keine Leistungen erbracht.



### *Staffelregelung*

2.2.2 Volle Leistungen werden erbracht, wenn Berufsunfähigkeit zu mindestens 75 % besteht. Bei einer Berufsunfähigkeit unter 75 % und zu mindestens 25 % werden die Leistungen entsprechend dem Grad der Berufsunfähigkeit erbracht. Unter 25 % werden keine Leistungen fällig.

2.2.3 Die für Sie geltende Leistungsregelung ist im Versicherungsschein dokumentiert.

## **2.3 Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?**

### *Stundung der Prämien während der Leistungsprüfung*

2.3.1 Auch nach Anmeldung von Berufsunfähigkeit sind die Prämien weiter zu zahlen. Auf Verlangen stunden wir die Prämien nach Ablauf der Karenzzeit bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht und darüber hinaus bis zum Abschluss eines gerichtlichen Verfahrens.

Eine Stundung erfolgt längstens jedoch für 5 Jahre nach Ablauf der Karenzzeit. Stundungszinsen berechnen wir dabei nicht.

2.3.2 Nach Ablauf der Stundung sind die gestundeten Prämien unverzüglich nachzuzahlen. Hierzu haben Sie folgende Möglichkeiten:

- Sie können die gestundeten Prämien in einem Betrag nachzahlen.
- Sie können die gestundeten Prämien in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten, gerechnet ab Ablauf der Stundung, in Raten zusammen mit den laufenden Prämien nachzahlen. Stundungszinsen berechnen wir dabei ebenfalls nicht.

2.3.3 Lassen Sie sich die Prämien nicht stunden und erkennen wir Leistungen aus dieser Versicherung an, zahlen wir Ihnen die befreiten Prämien rückwirkend ab Beginn der Leistungspflicht mit einer Verzinsung von 5 % p. a. zurück.

## **2.4 Ab wann und an wen werden Leistungen gewährt?**

### *Karenzzeit*

2.4.1 Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Beginn des Kalendermonats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (= Beginn des sechsmonatigen Zeitraums gemäß 1.3.1) und Ablauf einer gegebenenfalls vereinbarten Karenzzeit.

Die MetallRente-Berufsunfähigkeitsversicherung wird grundsätzlich ohne Karenzzeit angeboten (Karenzzeit = 0 Monate). Andernfalls gilt:

Die Karenzzeit beginnt am Monatsersten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit und endet mit Ablauf der vereinbarten Dauer. Während der Karenzzeit muss die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit ununterbrochen andauern und am Ende der Karenzzeit noch bestehen. Leistungen für die Karenzzeit werden von uns nicht geschuldet.

### *Additive Karenzzeit*

2.4.2 Endet die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit und tritt erneut Berufsunfähigkeit (siehe 1.3 und 1.4) aufgrund derselben Ursache(n) ein, so werden bereits zurückgelegte volle Kalendermonate der Karenzzeit angerechnet.

### *Meldefrist*

2.4.3 Für die Anmeldung von Leistungsansprüchen ist keine Meldefrist vereinbart. Werden jedoch Ansprüche so spät angemeldet, dass der Eintritt der Berufsunfähigkeit für die Vergangenheit nicht mehr nachweisbar ist (z. B. weil Unterlagen nicht mehr beigebracht werden können), kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen frühestens mit dem Monat entstehen, für den entsprechende Nachweise vorgelegt werden.

### *Verfügungen*

2.4.4 Ansprüche aus der Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie weder abtreten noch verpfänden, ausgenommen an die Versicherte Person.

## **2.5 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?**

2.5.1 Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von 4 Wochen nach Eingang von Unterlagen gemäß 3.1 über erforderliche weitere Prüfungsschritte informieren oder Ihnen regelmäßig eine Zwischeninformation zukommen lassen. Zusätzlich erinnern wir in regelmäßigen Abständen - spätestens alle 6 Wochen - an fehlende Unterlagen bzw. Informationen und setzen Sie darüber in Kenntnis.

2.5.2 Liegen uns alle Unterlagen und die von uns eingeholten Informationen (siehe 3.1.2) vor, erklären wir innerhalb von 4 Wochen, ob wir bis zum Ablauf der Berufsunfähigkeitsversicherung (siehe 4.1) Leistungen anerkennen.



### *Befristetes Anerkenntnis*

2.5.3 Grundsätzlich sprechen wir kein befristetes Anerkenntnis aus. In begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis bis zu 12 Monaten in Textform aussprechen.

2.5.4 Gründe für ein befristetes Anerkenntnis liegen z. B. vor, wenn für ein unbefristetes Leistungsanerkennnis noch Erhebungen oder Untersuchungen oder deren Auswertung erforderlich sind oder aus medizinischen oder beruflichen bzw. betrieblichen Gründen (z. B. Dauer einer Umschulung oder Fortbildung, Möglichkeit der Umorganisation bei Selbstständigen oder ihnen gleichgestellten Personen - siehe 1.7) ein Ende der Berufsunfähigkeit zu erwarten ist.

2.5.5 Die Prüfung der Fortdauer der Berufsunfähigkeit bei befristetem Anerkenntnis erfolgt nach Ablauf der Frist nach den Grundsätzen der Erstprüfung gemäß 1.2 dieser Bedingungen; die Regelungen für das Nachprüfungsverfahren gemäß 4.1 gelten insoweit nicht. Die hierfür erforderlichen Kosten werden von uns getragen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Auf eine Beendigung der Leistung infolge Nachprüfung innerhalb des befristeten Leistungszeitraums gemäß 2.5.3 verzichten wir.

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

### **2.6 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?**

2.6.1 Wir beteiligen Sie gemäß § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an den etwaigen Überschüssen (Überschussbeteiligung). **Da es sich bei dieser Versicherung um eine Risikoversicherung gegen laufende Prämienzahlung handelt, erfolgt bei Vertragsende keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.** Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven erfolgt während der Rentenbezugszeit (siehe 12.5). Die Überschüsse werden gemäß den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts veröffentlicht. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen. Sie können den Geschäftsbericht jederzeit bei uns anfordern.

### *Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer*

2.6.2 Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko sowie die Sterblichkeit bzw. Lebenserwartung und die Kosten günstiger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden Sie als Versicherungsnehmer angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeitsrisiko und Sterblichkeit) grundsätzlich zu mindestens 75 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

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

2.6.3 Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall-, Langlebigekeits- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der so genannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56a VAG können wir die Rückstellung, im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstands, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zu-



rückzuführen sind, oder - sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen - zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

2.6.4 Weitere wesentliche Regelungen und Informationen zur Überschussbeteiligung und zu den Überschussverwendungs-Systemen finden Sie im Abschnitt 12.

## **2.7 Wer erhält die Versicherungsleistung?**

2.7.1 Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei deren Fälligkeit erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit schriftlich widerrufen.

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

2.7.3 Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind.

## **3 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten**

Vor und bei Abschluss sowie während der Vertragslaufzeit haben Sie Obliegenheiten zu beachten. Deren Verletzung hat schwerwiegende Folgen.

### **3.1 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?**

*Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen*

3.1.1 Der Nachweis für die Voraussetzungen der Berufsunfähigkeit und ihre Auswirkungen auf den zuletzt ausgeübten Beruf muss von Ihnen bzw. der Versicherten Person erbracht werden. Hierfür sind uns ohne schuldhaftes Verzögern einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die Versi-

cherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie die Auswirkungen des Leidens auf die Fähigkeit den Beruf auszuüben,

- Unterlagen über den Beruf der Versicherten Person sowie die Lebensstellung und die Tätigkeit vor dem Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit und über die dadurch bedingten Veränderungen,
- bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat derjenige zu tragen, der die Leistungen beansprucht.

3.1.2 Wir können zur Feststellung unserer Leistungspflicht außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen sowie notwendige Nachweise, zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen anfordern. Dies gilt auch für die wirtschaftlichen Verhältnisse und deren Veränderungen. Für medizinische Untersuchungen beauftragen wir Ärzte, die nicht in ständigen vertraglichen Bindungen zu uns stehen - also keine so genannten Vertragsärzte.

Wir können von der Versicherten Person weiter verlangen, dass sie Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war und ist, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen.

Hält sich die Versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

*Hinweis zu Arztanordnungen*

3.1.3 Wir machen die Leistung grundsätzlich nicht davon abhängig, dass die Versicherte Person unzumutbaren ärztlichen Anordnungen oder Empfehlungen zur Verbesserung des Gesundheitszustands folgt. Sie entscheidet darüber in freier persönlicher Verantwortung.

3.1.4 Die Versicherte Person ist allerdings aufgrund der allgemeinen Schadenminderungspflicht gemäß § 242 BGB verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind grundsätzlich Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit

besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Grenze der Leistungsregelung gemäß 2.2) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. das Einhalten von Diäten, die Anwendung von Heilmitteln und die Verwendung von orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln (z. B. Verwendung von Seh- und Hörhilfen, Tragen von Stützstrümpfen oder Prothesen).

3.1.5 Lässt die Versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht entgegen.

#### *Während des Leistungsbezugs*

3.1.6 Werden wegen Erhöhung des Grades der Berufsunfähigkeit höhere Leistungen verlangt, so gelten 3.1.1 und 3.1.2 sinngemäß. Eine Leistung aufgrund eines erhöhten Grades der Berufsunfähigkeit erbringen wir während des Leistungsbezugs vom Beginn des Monats der Anzeige an.

### **3.2 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?**

#### *Vorvertragliche Anzeigepflicht*

3.2.1 Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, ärztlichen Behandlungen sowie zur beruflichen Tätigkeit (z. B. Tätigkeitsmerkmale wie Arbeitsanteil im Büro, Auslandsaufenthalte), aber auch Fragen zur wirtschaftlichen Situation (z. B. Einkommen der letzten Jahre), zur Schul-/Berufsausbildung, zur Stellung im Beruf (z. B. selbstständig, Auszubildender), zum Erwerbsstatus (z. B. Schüler, Arbeitssuchender), zu beruflichen Risiken (z. B. Umgang mit Chemikalien) und zu privaten Risiken (Hobbys mit erhöhtem Risiko wie z. B. Tauchen, Kampfsportarten).

3.2.2 Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

#### *Rücktritt*

3.2.3 Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der Versicherten Person (siehe 3.2.2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

3.2.5 Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert gemäß 9.3.3. Die Rückzahlung der Prämien können Sie nicht verlangen.

#### *Kündigung*

3.2.6 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

3.2.7 Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3.2.8 Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine prämienfreie Versicherung um (siehe 9.2).

#### *Rückwirkende Vertragsanpassung*

3.2.9 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen



ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

3.2.10 Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos schriftlich kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

#### *Ausübung unserer Rechte*

3.2.11 Wir können die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

3.2.12 Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

3.2.13 Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von 5 Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist 10 Jahre.

3.2.14 Auf unser Anpassungs- und Kündigungsrecht, geregelt in § 19 VVG, verzichten wir dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos, also nicht von Ihnen zu vertreten war.

#### *Anfechtung*

3.2.15 Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehinweisnahme Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der Versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. 3.2.5 gilt entsprechend.

#### *Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung*

3.2.16 Die Regelungen in 3.2.1 bis 3.2.15 gelten bei

einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß 3.2.13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

#### *Erklärungsempfänger*

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

### **3.3 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?**

3.3.1 Solange eine Mitwirkungspflicht gemäß Abschnitt 3.1 oder 4 von Ihnen, der Versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang sowie die Dauer unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats zur vertragsgemäßen Leistung verpflichtet.

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

### **3.4 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?**

3.4.1 Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen, wenn keine Schriftform vereinbart ist. Für uns bestimmte Mitteilungen werden erst wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme grundsätzlich nicht bevollmächtigt.

3.4.2 Eine Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres

Namens müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung 3 Werktage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

### **3.5 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?**

3.5.1 Bei Tod der Versicherten Person enden die Leistungen. Die Berufsunfähigkeitsversicherung endet am Ende des Sterbemonats.

3.5.2 Der Tod der Versicherten Person ist uns in jedem Fall unverzüglich anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein ist uns eine amtliche Sterbeurkunde im Original einzureichen, die Alter, Geburtsort und Todeszeitpunkt nennt. Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

## **4 Nachprüfung der Berufsunfähigkeit**

### **4.1 Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?**

4.1.1 Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch und den Grad der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die Versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von 1.3.2 ausübt. Seit Eintritt der Berufsunfähigkeit neu erworbene berufliche Fähigkeiten werden dabei berücksichtigt, ebenso die Lebensstellung vor dem Versicherungsfall. Insofern können wir auch Angaben verlangen, ob die Versicherte Person eine Tätigkeit konkret im Sinne von 1.3.2 wieder ausübt oder ausgeübt hat.

4.1.2 Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der Versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen von 3.1.2 und 3.1.6 gelten entsprechend.

4.1.3 Hat die Versicherte Person nach Beginn der Leistungen ihren ständigen Aufenthalt im Ausland, so können wir jederzeit verlangen, dass die Versicherte Person oder der Versicherungsnehmer Unterlagen über die Fortdauer der Berufsunfähigkeit und ihres Grades vorlegt. Die Kosten hierfür erstatten wir maximal nach den an unserem Sitz geltenden Maßstäben und im Rahmen dieser Bedingungen. Einmal jährlich können wir umfassende Untersuchungen

durch von uns beauftragte Ärzte in Deutschland verlangen. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

4.1.4 Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder die Wiederaufnahme bzw. die Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich anzeigen, sofern Sie Leistungen aus diesem Vertrag erhalten oder beantragt haben. Gleiches gilt bei Minderung der Pflegebedürftigkeit.

4.1.5 Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % bei der Pauschalregelung bzw. 25 % bei der Staffelregelung (siehe 2.2) vermindert, stellen wir die Leistung ein. In diesem Fall informieren wir den Anspruchsberechtigten schriftlich über die Veränderung und Einstellung der Leistungen. Diese Information können wir auch in Textform übermitteln.

Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des 3. Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Prämienzahlung wieder aufgenommen werden.

4.1.6 Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, mit der Folge, dass keine der in 1.6 genannten Voraussetzungen erfüllt ist, stellen wir unsere Leistungen ein. 4.1.5 Satz 2 bis 5 gelten entsprechend, wenn wir unsere Leistungen einstellen.

## **5 Ausschlüsse**

### **5.1 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist

- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die Versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die Versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- durch vorsätzliche Ausführung oder den strafba-



ren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die Versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr).

- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, Pflegebedürftigkeit, Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass die Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, werden wir bedingungsgemäß leisten.
- durch eine widerrechtliche Handlung, mit welcher der Versicherungsnehmer oder der Berechtigte vorsätzlich im Sinne des Strafrechts die Berufsunfähigkeit der Versicherten Person herbeigeführt hat.

## **5.2 Was gilt bei Kontamination mit ABC-Stoffen?**

Wird die Berufsunfähigkeit unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht, besteht keine Beschränkung unserer Leistungspflicht, soweit der Einsatz oder die Freisetzung durch Dritte erfolgt.

## **6 Prämienzahlung**

### **6.1 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten und was ist vereinbart?**

6.1.1 Die Prämien zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresprämien (laufende Prämien) entrichten.

6.1.2 Laufende Prämien werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

6.1.3 Die erste Prämie (Einlösungsprämie) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

6.1.4 Für die Rechtzeitigkeit der Prämienzahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit die Prämie bei uns eingeht. Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem in 6.1.3 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden von

uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass die Prämie wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

6.1.5 Die Übermittlung Ihrer Prämien erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

6.1.6 Im Versicherungsfall werden wir etwaige Prämienrückstände mit der Versicherungsleistung verrechnen.

6.1.7 Bei Tod der Versicherten Person endet bei monatlicher Prämienzahlung die Prämienzahlungspflicht mit Ablauf des Todesmonats, ansonsten mit Ablauf des Prämienzahlungsabschnitts.

6.1.8 Die zusätzlichen Regelungen, die für den Stufentarif gelten, finden Sie in Abschnitt 14.

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

#### *Einlösungsprämie*

6.2.1 Wenn Sie die Einlösungsprämie nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen, sofern wir sie getragen haben.

6.2.2 Ist die Einlösungsprämie bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

6.2.3 Treten wir nicht zurück, sind Sie zur Prämienzahlung verpflichtet.

#### *Folgeprämie*

6.2.4 Wenn eine Folgeprämie oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen

wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Des Weiteren haben wir das Recht, den Vertrag zum Ablauf der Zahlungsfrist zu kündigen, sofern Sie mit der Zahlung in Verzug geblieben sind. Die Kündigung kann bereits mit der Mahnung verbunden werden. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

Für die Berechnung des verminderten Versicherungsschutzes und des Rückkaufswerts gelten die Regelungen zur Prämienfreistellung bzw. zur Auszahlung eines Rückkaufswerts bei Kündigung.

## **7 Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten**

### **7.1 Welche Kosten entstehen?**

7.1.1 Mit Versicherungsverträgen sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihre Prämien einkalkuliert und werden Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

7.1.2 Zu den **Abschluss- und Vertriebskosten** gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den **übrigen Kosten** gehören insbesondere die Kosten für die laufende Verwaltung. Diese werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt. Für die Abschluss- und Vertriebskosten gelten die Regelungen des folgenden Abschnitts.

7.1.3 Mit einem Teil dieser Kosten wird gemäß 7.2 verfahren. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Prämienzahlungsdauer aus den laufenden Prämien getilgt.

### **7.2 Für Ihren Versicherungsvertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart**

7.2.1 Maßgebend ist das Verrechnungsverfahren gemäß § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerung). Hierbei werden die ersten Prämien zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Prämien nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung auf-

grund von § 25 Abs. 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind.

Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist gemäß Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Prämien beschränkt. Auch bei späteren Erhöhungen gehen wir nach dem dargestellten Verfahren vor.

7.2.2 Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung kein Rückkaufswert und keine Mittel zur Bildung einer prämienfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind.

### **7.3 Höhe der anfallenden Kosten**

Die Höhe der anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten zu Ihrem Vertrag ist in den vorvertraglichen Informationen, die vor Antragstellung ausgehändigt werden, beziffert. Die Entwicklung des Rückkaufswerts sowie der prämienfreien Versicherungsleistungen können Sie der Ihnen überlassenen Tabelle entnehmen.

## **8 Vereinbarung eines Abzugs bei Prämienfreistellung oder Kündigung**

**Es wird hiermit ausdrücklich vereinbart, dass im Falle einer (teilweisen oder vollständigen) Prämienfreistellung bzw. im Falle einer (teilweisen oder vollständigen) Kündigung ein Abzug erfolgt.**

**Die Höhe des Abzugs ist in den Ihnen zur Verfügung gestellten Informationsunterlagen beziffert.**

### **8.1 Welchen Hintergrund hat der Abzug?**

Mit dem Abzug wird ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Außerdem wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen.

*Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital*

8.1.1 Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrags partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher solche Mittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Mittel dem



verbleibenden Bestand verloren; bei einer Prämienfreistellung zumindest die zukünftig eingeplanten Solvenzmittel. Deshalb müssen diese verlorengangenen Mittel im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

### *Veränderungen der Risikolage*

8.1.2 Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus versicherten Personen mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht. Gleiches gilt bei Prämienfreistellung in dem Umfang, wie sich das Risiko reduziert.

## **8.2 Wie wird der Abzug ermittelt?**

8.2.1 Der Abzug beträgt 4 % der versicherten garantierten Jahresleistung.

Der Abzug beträgt jedoch maximal das vorhandene Deckungskapital.

Die Höhe des Abzugs ist in den Ihnen zur Verfügung gestellten vorvertraglichen Informationen beziffert.

8.2.2 Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung oder Prämienfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

## **8.3 Wann wird auf einen Abzug verzichtet?**

Wir verzichten bei Kündigung einer außerplanmäßig prämienfrei gestellten Versicherung auf den Abzug.

## **9 Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten, Prämienfreistellung und Kündigung**

### **9.1 Welche Möglichkeiten der Überbrückung können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten nutzen?**

#### *Stundung der Prämien*

9.1.1 Sie können für den Zeitraum von höchstens 12 Monaten eine Stundung oder Teilstundung der fälligen Prämien unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes schriftlich verlangen, sofern die Versicherung bereits den Rückkaufswert in Höhe der zu stundenden Prämien aufweist. Hierfür fallen Stundungszinsen an. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zum Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen. Die gestundeten Prämien einschließlich der darauf entfallenden Stundungszinsen können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums

- in einer Prämie entrichten,
- durch eine Vertragsänderung verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist.

#### *Befristete Prämienfreistellung*

9.1.2 Sie können für den Zeitraum von höchstens 18 Monaten schriftlich eine teilweise oder vollständige Prämienfreistellung der fälligen Prämien verlangen, sofern die jährliche prämienfreie Rente mindestens 600 Euro erreicht. Spätestens nach 18 Monaten wird Ihr Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung automatisch wieder in Kraft gesetzt.

9.1.3 Die prämienfrei gestellte Zeit kann bei Wiedereinkraftsetzung durch eine Erhöhung der Prämien oder durch Nachzahlung der Prämien unter Einrechnung entgangener Zinserträge ausgeglichen werden. Wird die prämienfrei gestellte Zeit nicht ausgeglichen, sondern die ursprünglich vereinbarte Prämie weiterhin gezahlt, verringern sich die Leistungen gemäß den versicherungsmathematischen Regeln der Tarifkalkulation Ihres Vertrags.

Die für den prämienfrei gestellten Teil maßgeblichen Rechnungsgrundlagen gelten auch für den wieder in Kraft gesetzten Vertragsteil.

9.1.4 Auf die Stundung der Prämien und die befristete Prämienfreistellung räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch ein.

### **9.2 Wann können Sie Ihre Versicherung prämienfrei stellen?**

9.2.1 Sie können jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode schriftlich verlangen, ganz oder



teilweise von der Prämienzahlungspflicht befreit zu werden.

9.2.2 Setzen Sie die Prämienzahlung aus, verringert sich Ihr Versicherungsschutz. Bei Prämienfreistellung setzen wir die versicherte Leistung ganz oder teilweise auf eine prämienfreie Leistung herab.

9.2.3 Die prämienfreie Leistung wird zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Deckungskapitals mit AK-Verteilung (siehe 9.2.7) errechnet, vermindert um den gemäß Abschnitt 8 vereinbarten Abzug. Ausstehende Forderungen (z. B. rückständige Prämien) ziehen wir ebenfalls ab.

Die Berechnung erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation, die für diesen Vertrag gelten.

**Die Prämienfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.** In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe Abschnitt 7) keine Mittel für die Bildung einer prämienfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Auch in den Folgejahren und in den letzten Jahren vor Ablauf stehen wegen der benötigten Risikoprämien keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer prämienfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung.

Nähere Informationen zur prämienfreien Rente und ihrer Höhe können Sie den vorvertraglichen Informationen und dem Versicherungsschein entnehmen.

9.2.4 Eine Fortführung der Versicherung bei einer Prämienfreistellung ist allerdings nur möglich, wenn die prämienfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens 600 Euro pro Jahr beträgt.

Haben Sie die vollständige Befreiung von der Prämienzahlungspflicht verlangt und erreicht die prämienfreie Berufsunfähigkeitsrente den Mindestbetrag von 600 Euro pro Jahr nicht, erhalten Sie stattdessen - falls vorhanden - den Rückkaufswert gemäß 9.3.3. Damit endet der Vertrag.

#### *Teilweise Prämienfreistellung*

9.2.5 Auch bei teilweiser Prämienfreistellung gelten die vorstehenden Regelungen zur vollständigen Prämienfreistellung entsprechend. Haben Sie nur eine teilweise Befreiung von der Prämienpflicht beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn die verbleibende garantierte prämienpflichtige Berufsunfähigkeitsrente 1.200 Euro pro Jahr erreicht.

Andernfalls können Sie die vollständige Befreiung von

der Prämienzahlungspflicht beantragen. Dieser Antrag führt zur prämienfreien Fortsetzung der Versicherung, wenn die prämienfreie Rente den Mindestbetrag von 600 Euro pro Jahr erreicht.

#### *Wiederinkraftsetzung nach Prämienfreistellung*

9.2.6 Soll eine herabgesetzte prämienfreie oder wegen einer Prämienfreistellung erloschene Versicherung wieder in Kraft gesetzt werden, haben wir das Recht, eine Risikoprüfung erneut durchzuführen.

Erfolgt die Wiederinkraftsetzung innerhalb von 6 Monaten nach Prämienfreistellung oder Löschung bzw. ab dem Zeitpunkt, ab dem die Prämien unbezahlt sind, verzichten wir auf eine Gesundheitsprüfung, sofern der Versicherungsfall zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags auf Wiederinkraftsetzung noch nicht eingetreten ist.

#### *Sonstige Regelungen*

9.2.7 Das Deckungskapital mit AK-Verteilung ist das Deckungskapital, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten (AK) auf die ersten 60 Monate der Versicherungsdauer ergibt. Beträgt die Versicherungsdauer weniger als 60 Monate, erfolgt die Verteilung auf die Versicherungsdauer. Die AK werden unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzt (siehe Abschnitt 7).

### **9.3 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?**

9.3.1 Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen. Falls Sie eine vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Prämienzahlung vereinbart haben, können Sie auch früher als zum Ende einer Versicherungsperiode kündigen, und zwar mit Frist von einem Monat zum Ende des darauf folgenden Monats. In diesem Fall endet die laufende Versicherungsperiode abweichend von 1.11.1 mit Ablauf dieser Frist.

#### *Rückkaufswert bei Kündigung*

9.3.2 Bei Kündigung erstatten wir - soweit vorhanden - den Rückkaufswert. Den Rückkaufswert leisten wir spätestens am 3. Bankarbeitstag nach Wirksamwerden Ihrer Kündigung. Wird die Kündigung bereits zum Ende des Monats wirksam, in dem uns Ihre Kündigungserklärung zugeht, leisten wir den Rückkaufswert spätestens 30 Kalendertage nach Zugang Ihrer Kündigungserklärung.

9.3.3 Der Rückkaufswert ist das zum Schluss der



laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital, vermindert um den gemäß Abschnitt 8 vereinbarten Abzug.

Die Berechnung erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation, die für diesen Vertrag gelten.

Wir sind gemäß § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach 9.3.3 berechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

**Die Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.** Insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe Abschnitt 7) kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren und in den letzten Jahren vor Ablauf sind wegen der benötigten Risikoprämien gemessen an den gezahlten Prämien nur ein geringer oder kein Rückkaufswert vorhanden.

Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie den vorvertraglichen Informationen und dem Versicherungsschein entnehmen.

9.3.4 Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem gemäß 9.3.3 berechneten Rückkaufswert enthalten sind.

9.3.5 Prämienrückstände werden vom Rückkaufswert abgezogen.

#### *Teilweise Kündigung*

9.3.6 Eine Teilkündigung wird nur durchgeführt, wenn die verbleibende prämienpflichtige Berufsunfähigkeitsrente nicht unter 1.200 Euro pro Jahr sinkt.

#### *Prämienrückzahlung*

9.3.7 Die Rückzahlung der Prämien können Sie nicht verlangen.

#### *Kündigung nach Eintritt der Berufsunfähigkeit*

9.3.8 Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus der Berufsunfähigkeitsversicherung werden durch Kündigung nicht berührt; dies gilt auch dann, wenn die Berufsunfähigkeit bereits vor Kündigung oder Prämienfreistellung eintrat, aber erst danach anerkannt

oder festgestellt wird.

## **10 Sonstige Änderungen der Versicherung**

### **10.1 Welche Bestimmungen können geändert werden?**

10.1.1 Wir sind berechtigt, wenn es zur Fortführung dieser Versicherung notwendig ist, Vertragsbestimmungen, die durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandkräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt wurden, unter Beachtung gegenseitiger Interessen durch Regelungen zu ersetzen, die für beide Seiten zumutbar sind und dem Vertragszweck möglichst gerecht werden.

Diese neuen Regelungen werden 2 Wochen, nachdem die neuen Regelungen und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

10.1.2 Wir verzichten auf das Recht zur Anpassung der Prämien gemäß § 163 VVG.

### **10.2 Welche Nachversicherungsgarantie gibt es?**

10.2.1 Sie können Ihre Versicherung auch während der Vertragslaufzeit an veränderte Bedarfssituationen im Rahmen der folgenden Gestaltungsmöglichkeiten anpassen.

#### *Zeitpunkt der Anpassung*

10.2.2 Sie haben das Recht, den Versicherungsumfang der bestehenden prämienpflichtigen Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute medizinische Risikoprüfung zu erhöhen,

- zu Beginn des 6. Versicherungsjahres oder bei
- Heirat der Versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der Versicherten Person,
- Adoption eines Kindes durch die Versicherte Person,
- Scheidung der Versicherten Person,
- Durchführung eines Versorgungsausgleichs zu Lasten der Versicherten Person,
- Karrieresprung der Versicherten Person, wenn dieser zu einer Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens von mindestens 10 % führt (z. B. Gehaltserhöhung durch Wechsel des Arbeitgebers oder nach Abschluss einer beruflichen Qualifikation wie Berufsausbildungsabschluss, Meisterbrief, Studium, Promotion),
- Reduzierung oder Wegfall der Invaliditätsversorgung der Versicherten Person aus der gesetzlichen Rentenversicherung, einer arbeitgeberfinan-

zierten betrieblichen Altersvorsorge oder einem berufsständischen Versorgungswerk, in dem die Versicherte Person aufgrund einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist,

- Aufnahme eines Darlehens im gewerblichen Bereich oder zum Erwerb von selbst genutztem Immobilieneigentum durch die Versicherte Person in Höhe von mindestens 50.000 Euro,

sofern dieses Recht innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt mindestens eines der genannten Ereignisse schriftlich und unter Beifügung entsprechender Nachweise bei uns geltend gemacht wird und im Zeitpunkt des maßgeblichen Ereignisses die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 20 Jahre beträgt und die Versicherte Person weder berufsunfähig im Sinne unserer Bedingungen ist noch einen Antrag auf BU-Leistungen bei uns gestellt hat bzw. weder Leistungen aus einer Erwerbsminderungsversicherung erhält noch beantragt hat.

Eine Erhöhung der versicherten Leistungen ist von einer wirtschaftlichen Risikoprüfung abhängig. Die hierfür erforderlichen Unterlagen sind von der Versicherten Person bereitzustellen. Die wirtschaftliche Risikoprüfung orientiert sich an dem zum Anpassungszeitpunkt ausgeübten Beruf und den dann bei uns geltenden und mit MetallRente vereinbarten Richtlinien. Diese stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

#### *Umfang der Anpassung*

10.2.3 Die Erhöhung der versicherten Leistungen ist - im Rahmen unserer Tarifgrenzen - insgesamt begrenzt auf maximal 100 % der zu Vertragsbeginn versicherten Leistungen. Die bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Dynamik-Erhöhungen werden angerechnet. Eine Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente wird nur soweit durchgeführt, bis die beim Konsortium MetallRente-Berufsunfähigkeitsversicherung insgesamt versicherte Berufsunfähigkeitsrente 2.500 Euro bzw. 4.000 Euro im Monat erreicht hat. Der maßgebliche Betrag ist im Versicherungsschein genannt. Alle bestehenden Tarifraten und Bonusrenten werden dabei addiert.

Die Erhöhung der monatlichen Berufsunfähigkeitsrente muss mindestens 100 Euro betragen.

10.2.4 Für die Anpassung gelten der zum Anpassungszeitpunkt ausgeübte Beruf und maßgebliche Tarif, im Übrigen die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Für den anzupassenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder besondere Vereinbarungen gelten auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile.

## **11 Weitere Bestimmungen**

### **11.1 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?**

11.1.1 Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

11.1.2 Ist ein Bezugsrecht eingeräumt, brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

### **11.2 Welche Kosten/Steuern stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?**

11.2.1 Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht, können wir Ihnen - soweit nichts anderes vereinbart ist - die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbeitrag gesondert in Rechnung stellen.

Dies gilt beispielsweise bei

- Durchführung von Vertragsänderungen,
- Rückläufern im Lastschriftverfahren,
- Mahnverfahren wegen Rückständen,
- Umstellung der Prämienzahlung auf Überweisung/Rechnung,
- versicherungsmathematischen Gutachten.

Dies gilt nur, wenn wir Sie vorher rechtzeitig über die Höhe der Kosten informiert haben.

11.2.2 Die Kosten betragen ab dem 01.01.2012 bei

- Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung und bei erloschenem Konto 10 Euro,
- Mahnungen 5 Euro.

Bei Prämienzahlung per Rechnung verlangen wir die Portokosten zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale von 3 Euro.

Von dritter Seite uns in Rechnung gestellte Kosten (z. B. für Lastschriftrückläufe) werden wir ebenfalls von Ihnen einfordern.

11.2.3 Sofern Steuern und Abgaben aus dem Versicherungsverhältnis anfallen, die Sie als Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schulden, werden wir Ihnen diese belasten.



11.2.4 Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

### **11.3 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?**

11.3.1 Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

11.3.2 Ergänzend zu diesen Bedingungen gelten die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften.

### **11.4 Wo ist der Gerichtsstand und wohin können Sie sich bei Beschwerden wenden?**

#### *Gerichtsstand*

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung in Deutschland. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zurzeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

11.4.1 Klagen aus dem Versicherungsvertrag müssen gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

11.4.2 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte der Bundesrepublik Deutschland zuständig.

#### *Beschwerden*

11.4.3 Falls Sie eine Beschwerde haben sollten, stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. Wir werden alles tun, um Sie zufrieden zu stellen. Sollte uns dies nicht gelingen, können Sie sich an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Damit ist für Sie als besonderer Service die Möglichkeit eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.

Versicherungsombudsmann e. V.  
Postfach 080632, 10006 Berlin  
E-Mail: [beschwerde@versicherungsombudsmann.de](mailto:beschwerde@versicherungsombudsmann.de)

### **11.5 Können Sie den Versicherungsvertrag widerrufen?**

Die Belehrung über Ihr Widerrufsrecht erfolgt im Versicherungsschein.

## **12 Welche Regelungen gelten für Ihre Beteiligung an den Überschüssen?**

### **12.1 Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags**

12.1.1 Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe 125 der Kollektivversicherung (Rentenversicherungen, selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherungen). Entsprechend erhält Ihre Versicherung jährlich Anteile an den etwaigen Überschüssen dieser Bestandsgruppe.

12.1.2 Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Hauptbevollmächtigten für Deutschland auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars nach billigem Ermessen unter Berücksichtigung beidseitiger Interessen festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Abhängig von objektiven Risikomerkmale, z. B. ausgeübter Beruf, können unterschiedliche Überschussanteilsätze zur Anwendung kommen.

### **12.2 Überschussbeteiligung vor Eintritt des Leistungsfalls**

12.2.1 Bei Versicherungen gegen laufende Prämienzahlung besteht die Überschussbeteiligung aus laufenden Überschussanteilen (Risiko- und Kostenüberschussanteile).

Die laufenden Überschussanteile werden von Versicherungsbeginn an erbracht und wie folgt verwendet.

#### **12.2.2 Prämienverrechnung**

Die jährlich laufenden Überschussanteile werden während der Prämienzahlungsdauer in Prozent der Prämien ausgewiesen und mit den fälligen Prämien

verrechnet. Endet die Prämienzahlungspflicht aufgrund von Prämienfreistellung, werden die danach zugeteilten Überschussanteile nach dem Bonussystem verwendet.

Die Höhe der Prämienverrechnung wird jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgelegt und somit kann auch die Höhe der zu zahlenden Prämie jährlich schwanken.

### **12.3 Überschussbeteiligung nach Eintritt des Leistungsfalls durch Berufsunfähigkeit**

12.3.1 Ab Eintritt der Berufsunfähigkeit besteht die Überschussbeteiligung aus laufenden Zins-, Risiko- und Kostenüberschussanteilen. Sofern Risiko- und Kostenüberschussanteile nicht separat ausgewiesen werden, sind sie in den Zinsüberschussanteilen enthalten.

Die Zuteilung der laufenden Zinsüberschussanteile inkl. Risiko- und Kostenüberschussanteile erfolgt jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres, sofern eine Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit zu diesem Zeitpunkt besteht.

Die laufenden Zinsüberschussanteile werden wie folgt verwendet:

12.3.2 Erhöhung der Rentenleistung aus laufenden Zinsüberschussanteilen

Die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung erhöhen sich zu Beginn eines Versicherungsjahres um einen jährlich neu festgelegten Prozentsatz der bisher erreichten Gesamtleistung. Die erste Erhöhung erfolgt zu Beginn des auf den Leistungsbeginn folgenden Versicherungsjahres.

Die so erreichte Gesamtrente ist nur bis zum Falle einer möglichen Reaktivierung garantiert.

12.3.3 Während der Bezugszeit von Berufsunfähigkeits-Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (siehe 12.5).

### **12.4 Beteiligung an den Bewertungsreserven bei Verträgen mit laufender Prämienzahlung vor Eintritt des Leistungsfalls**

Risikoversicherungen bzw. Berufsunfähigkeitsversicherungen mit laufender Prämienzahlung sind hinsichtlich der Beteiligung an den Bewertungsreserven (gemäß § 153 VVG) vor Eintritt der Berufsunfähigkeit **nicht überschussberechtig**.

### **12.5 Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt der Berufsunfähigkeit**

12.5.1 Während der Bezugszeit von Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven gemäß § 153 Abs. 1 und 3 VVG. Diese Beteiligung führt zu einer Erhöhung der laufenden Überschussbeteiligung aller Verträge in der Rentenbezugszeit. Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze wird die jeweilige Bewertungssituation berücksichtigt. Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind.

#### *Verteilungsfähige Bewertungsreserven*

12.5.2 Zunächst ermitteln wir die verteilungsfähigen Bewertungsreserven unseres Unternehmens. Verteilungsfähig sind Bewertungsreserven nur in dem Umfang, dass ein Versicherungsunternehmen seiner sich aus dem Versicherungsrecht ergebenden Verpflichtung, die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verträge sicherzustellen (§ 53c Versicherungsaufsichtsgesetz), noch nachkommen kann. Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven ermitteln wir auf Basis der Bewertungssituation der zurückliegenden Monate.

Daraufhin wird bestimmt, zu welchem Anteil die verteilungsfähige Bewertungsreserve dem (Teil-)Bestand der Verträge in der Rentenbezugszeit zuzuordnen ist. Dieser Anteilsatz, der einmal jährlich im Zuge des Jahresabschlusses ermittelt wird, bestimmt sich aus dem Verhältnis der verteilungsrelevanten Passivposten für Verträge in der Rentenbezugszeit zu der verteilungsrelevanten Bilanzsumme (höchstens jedoch zur Summe der Kapitalanlagen).

12.5.3 Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven des Unternehmens werden mit diesem Anteilsatz multipliziert und ergeben die verteilungsfähigen Bewertungsreserven für den Teilbestand der Verträge in der Rentenbezugszeit.

12.5.4 Dieser Betrag gemäß 12.5.3 wird mit dem Verhältnis der garantierten Jahres-Rentenleistung zur Deckungsrückstellung aller bestehenden Verträge in der Rentenbezugszeit multipliziert und den Rentenauszahlungen zugeordnet.

#### *Verwendung*

12.5.5 Der gemäß 12.5.4 ermittelte Betrag der Bewertungsreserve wird im Sinne von § 153 VVG zur Hälfte als laufender Überschuss zur Erhöhung der Überschussrente des Bestands verwendet und führt so zur Erhöhung Ihrer laufenden Rente. Die hierfür ermittelten Erhöhungssätze werden auf volle 0,05 %



kaufmännisch gerundet. Die sich insgesamt ergebenden Überschussanteilsätze werden im Geschäftsbericht veröffentlicht.

#### *Besonderheit bei Verträgen im Rahmen eines Konsortiums*

12.5.6 Bei Ihrer Versicherung werden die Risiken von mehreren Versicherungsunternehmen im Rahmen eines Konsortiums gemeinsam getragen. Daher gehen in die Ermittlung der Beteiligung an Bewertungsreserven auch die Bewertungsreserven der beteiligten Konsortialgesellschaften entsprechend den jeweiligen Konsortialanteilen ein. Die Bewertungsreserven für den Anteil der Konsortialgesellschaften werden von diesen Gesellschaften mindestens einmal jährlich ermittelt.

### **12.6 Information über die Höhe der Überschussbeteiligung**

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

## **13 Welche Kriterien gelten bei Pflegebedürftigkeit?**

### **13.1 Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2010)**

13.1.1 Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf.

Krankheiten oder Behinderungen sind Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der gewöhnli-

chen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

13.1.2 Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) liegt vor, wenn die Versicherte Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens 2 Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Den Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen. Dabei müssen auf die Grundpflege mindestens 45 Minuten entfallen.

13.1.3 Bei der Feststellung des in 13.1.2 genannten Zeitaufwands ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung gemäß 13.1.1 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen oder sachlichen Zusammenhang steht.

**Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Leistungsänderung des Vertrags führen. Den für diesen Vertrag maßgebenden Gesetzestext mit Stand vom 01.01.2010 finden Sie im Anhang.**

### **13.2 Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens**

13.2.1 Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens 3 der in 13.2.2 genannten Aktivitäten des täglichen Lebens - auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel - täglich der Hilfe einer anderen Person in erheblichem Umfang bedarf.

13.2.2 Für jede der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens, bei denen die Versicherte Person auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, täglich die beschriebene Hilfe einer anderen Person benötigt, erhält sie einen Pflegepunkt. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

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

Aufstehen und Zu-Bett-Gehen 1 Punkt  
 Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

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

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

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

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

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

entleert werden können.

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

### **13.3 Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz**

13.3.1 Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Demenz im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Versicherte Person in Folge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung in erheblichem Maße einen Verlust der Alltagskompetenz erleidet. Hirnleistungsstörungen und Verlust der Alltagskompetenz liegen vor, wenn ein Facharzt der Neurologie oder Psychiatrie die Diagnose Demenz nach folgenden Kriterien stellt:

1. "Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen" ab dem Schweregrad 5 bei der Ermittlung des Schweregrades der Demenz über die Global Deterioration Scale nach Reisberg oder

2. Durch eine körperliche und psychopathologische Untersuchung inkl. Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test). Dabei müssen mindestens 4 der folgenden 6 Punkte erfüllt sein:

- Depression, unkontrollierte Aggressivität,
- Verknennung von Alltagssituationen mit Selbst- oder Fremdgefährdung,
- Unkontrolliertes, wiederholtes Verlassen des Wohnbereichs,
- Gedächtnisstörung und Denkstörung mit herabgesetztem Urteilsvermögen,
- Störung des Tag-Nacht-Rhythmus,
- Im Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test MMST) werden weniger als 50 % der erreichbaren Punkte erreicht.

Sind weniger als 4 der aufgeführten Kriterien erfüllt, besteht kein Leistungsanspruch.

## **14 Welche Besonderheiten gelten für den Stufentarif?**

### **14.1 Wann und in welchem Umfang erhöht sich die Prämie?**

Die Anfangsprämie (Prämienstufe 1) erhöht sich - je nach Vereinbarung - nach Ablauf des 3., 4. oder 5. vollen Versicherungsjahres auf die Tarifprämie der Prämienstufe 2 bei unveränderten versicherten Leistungen. Sofern Sie eine Verlängerung der Prämien-



stufe 1 beantragen, gilt abweichend hiervon 14.2.1. Die Höhe der jeweiligen Prämienstufe ist in den vorvertraglichen Informationen und im Versicherungsschein dokumentiert.

Auch für die erste Prämie der Prämienstufe 2 gelten die Regelungen zur Folgeprämie (siehe 6.2.4).

#### **14.2 Welche Vertragsänderungen können Sie während der Dauer der Prämienstufe 1 beantragen bzw. welche sind eingeschränkt?**

14.2.1 Sie können auf Antrag den Beginn der Prämienstufe 2 einmalig um ein Jahr in die Zukunft verschieben. Ihr schriftlicher Antrag muss spätestens 2 Monate vor Ablauf der Prämienstufe 1 bei uns eingehen. Durch die Beginnverlegung werden die Prämien der Prämienstufen 1 und 2 neu berechnet. Hierüber erhalten Sie von uns einen Vorschlag bzw. einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

14.2.2 Aufgrund der Tarifbesonderheit ist während der Prämienstufe 1 nur in seltenen Fällen ein Rückkaufswert vorhanden. Daher ist die Möglichkeit der Prämienstundung gemäß 9.1.1 sehr eingeschränkt. Gleiches gilt für die befristete Prämienfreistellung gemäß 9.1.2. Bei einer befristeten Prämienfreistellung wird der Tag der Wiederinkraftsetzung so bestimmt, dass er mit dem Beginn eines Versicherungsjahres zusammenfällt. Der Beginn der Prämienstufe 2 wird auf diesen Termin verlegt und die Prämien der Prämienstufe 2 werden neu berechnet.

14.2.3 Während der Dauer der Prämienstufe 1 sind aufgrund der Tarifbesonderheit eine teilweise Prä-

mienfreistellung gemäß 9.2.5 sowie teilweise Kündigung gemäß 9.3.6 nicht möglich.

14.2.4 Wird eine Erhöhung der Prämien - auch im Rahmen der Nachversicherungsgarantie - gewünscht, erfolgt die Vertragsanpassung ausschließlich zum Beginn eines Versicherungsjahres. Der Beginn der Prämienstufe 2 wird auf diesen Termin verlegt (die Prämienstufe 1 endet damit) und die Prämien der Prämienstufe 2 werden neu berechnet.

#### **14.3 Welche Abweichungen gelten bei der Nachversicherungsgarantie?**

14.3.1 Die Nachversicherungsgarantie können Sie auch während der Prämienstufe 1 nutzen. In diesem Fall erfolgt die Vertragsanpassung zum Beginn des folgenden Versicherungsjahres und der Beginn der Prämienstufe 2 wird auf diesen Erhöhungstermin verlegt.

14.3.2 Die ereignisunabhängige Erhöhung können Sie zu Beginn des 3. Versicherungsjahres der Prämienstufe 2 beantragen (statt 6. Versicherungsjahr).

#### **14.4 Welche Prämie ist bei Berufsunfähigkeit befreit?**

Ergänzend zu 2.1.2 ist auch die erhöhte Prämie der Prämienstufe 2 von der Prämienzahlungspflicht befreit, wenn die Berufsunfähigkeit während der Prämienstufe 1 eingetreten ist und Leistungen während der Prämienstufe 2 zu erbringen sind.



## Anhang: Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch Versicherung (SGB XI, Stand 01.01.2010)

### § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Abs. 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Abs. 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Abs. 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

### § 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden 3 Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobili-

tät für wenigstens 2 Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens 3 Stunden betragen; hierbei müssen für die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens 5 Stunden betragen; hierbei müssen für die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwands ist ein Zeitaufwand für die erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen oder sachlichen Zusammenhang steht.

