

Allgemeine Bedingungen für die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung (BUV)

Kollektive BUV

Stand: 07.2013 (AVB_KV_BUV_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.

Sind Sie Versicherte Person, aber nicht Versicherungsnehmer (z. B. weil Ihr Arbeitgeber auf Ihr Leben die Versicherung abgeschlossen hat), dann sprechen wir Sie in den Bedingungen nicht unmittelbar an. Die dort festgelegten Rechte und Pflichten betreffen nämlich vorrangig nur den Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner, mit dem wir einen Versicherungsvertrag abgeschlossen haben. Die Versicherungsbedingungen sind daher stets im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag zu sehen, der ergänzende und abweichende Regelungen enthalten kann.

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

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 Beitragsteile sowie die dem Vertrag zugeteilten Überschussanteile bilden das Deckungskapital.

Prämie/Beitrag

Der Preis für die Versicherung, der mit dem Versicherungsnehmer vereinbart ist; im Versicherungsvertragsgesetz wird der Beitrag als Prämie bezeichnet.

Rechnungsgrundlagen

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

- Berufsunfähigkeitsrisiko (Sterbetafel DAV 2008 T, DAV 1997 BU),
- 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, also der Arbeitgeber.

Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode beträgt bei einmaliger Beitragszahlung ein Jahr. Bei laufender Beitragszahlung entspricht sie dem jeweiligen Beitragszahlungsabschnitt.

Versicherungsschein

Für Kollektivtarife ist der abschließende Kollektivversicherungs-Vertrag der Versicherungsschein. Die Versicherte Person erhält einen so genannten Versicherungsausweis. In diesen Bedingungen wird einheitlich von Versicherungsschein gesprochen.

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).

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).

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).

Inhaltsverzeichnis

1	Versicherungsschutz	4	5	Ausschlüsse	12
1.1	Wann beginnt der Versicherungsschutz?.....	4	5.1	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?.....	12
1.2	Wann liegt vollständige Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?.....	4	5.2	Was gilt bei Kontamination mit ABC-Stoffen?.....	13
1.3	Wann liegt teilweise Berufsunfähigkeit vor?.....	4	6	Beitragszahlung	13
1.4	Wann liegt vollständige Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit vor?.....	4	6.1	Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten und was ist vereinbart?.....	13
1.5	Welchen Einfluss hat eine Umorganisation?.....	4	6.2	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?.....	13
1.6	Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben oder bei Unterbrechung der Berufstätigkeit?.....	5	7	Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten	14
1.7	Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden und Studenten?.....	5	7.1	Welche Kosten entstehen?.....	14
1.8	Wann endet Ihr Versicherungsschutz?.....	5	7.2	Für Ihren Versicherungsvertrag wird hiermit Folgendes vereinbart.....	14
1.9	Wie sind das Versicherungsjahr, die Versicherungsperiode und das Alter für die Tarifikalkulation definiert?.....	5	7.3	Höhe der anfallenden Kosten.....	14
2	Versicherungsleistungen	6	8	Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung oder Kündigung	14
2.1	Welche Leistungen erbringen wir?.....	6	8.1	Welchen Hintergrund hat der Abzug?.....	14
2.2	Welche Leistungsregelung können Sie vereinbaren?.....	6	8.2	Wie wird der Abzug ermittelt?.....	15
2.3	Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?.....	7	9	Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten, Beitragsfreistellung und Kündigung	15
2.4	Ab wann und an wen werden Leistungen gewährt?.....	7	9.1	Welche Möglichkeiten der Überbrückung können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten nutzen?.....	15
2.5	Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?.....	7	9.2	Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?.....	15
2.6	Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?.....	8	9.3	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?.....	16
2.7	Wer erhält die Versicherungsleistung?.....	9	10	Sonstige Änderungen der Versicherung	17
3	Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	9	10.1	Welche Bestimmungen können geändert werden?.....	17
3.1	Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?.....	9	11	Weitere Bestimmungen	17
3.2	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?.....	10	11.1	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?.....	17
3.3	Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?.....	11	11.2	Welche Kosten/Steuern stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?.....	17
3.4	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?.....	11	11.3	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?.....	17
3.5	Was gilt bei Tod der Versicherten Person?.....	12	11.4	Wo ist der Gerichtsstand und wohin können Sie sich bei Beschwerden wenden?.....	17
3.6	Welche Meldeobliegenheiten hat der Arbeitgeber?.....	12	11.5	Können Sie den Versicherungsvertrag widerrufen?.....	18
4	Nachprüfung der Berufsunfähigkeit	12	12	Welche Regelungen gelten für Ihre Beteiligung an den Überschüssen?	18
4.1	Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?.....	12	12.1	Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags...	18

12.2	Überschussbeteiligung vor Eintritt des Leistungsfalls	18
12.3	Überschussbeteiligung nach Eintritt des Leistungsfalls durch Berufsunfähigkeit	18
12.4	Beteiligung an den Bewertungsreserven bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung vor Eintritt des Leistungsfalls	19
12.5	Beteiligung an den Bewertungsreserven bei Verträgen mit einmaliger Beitragszahlung vor Eintritt des Leistungsfalls	19
12.6	Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt der Berufsunfähigkeit	20
12.7	Information über die Höhe der Überschussbeteiligung	20

13	Welche Kriterien gelten bei Pflegebedürftigkeit?.....	20
13.1	Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2010)	20
13.2	Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens	21
13.3	Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz	22
	Anhang: Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, Stand 01.01.2010)	23

1 Versicherungsschutz

1.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht ab dem vertraglich vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn, nicht jedoch vor Eingang des Einlösungsbeitrags.

1.2 Wann liegt vollständige Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

1.2.1 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.

1.2.2 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 1.2.1 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 %.

1.2.3 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 1.2.2 ist.

1.2.4 Für Personen, die in der Firma als gewerbliche Arbeitnehmer beschäftigt sind und über keine für die konkrete Tätigkeit abgeschlossene Berufsausbildung verfügen oder eine Anlern- oder Hilfsarbeitertätigkeit ausüben, ist abweichend von 1.2.2 die Verweisung auf eine andere Tätigkeit, die aufgrund Ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und Ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, möglich. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit nach Vollendung

des 55. Lebensjahres gilt der Verzicht auf die Verweisung gemäß 1.2.2.

1.3 Wann liegt teilweise Berufsunfähigkeit vor?

Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in 1.2.1 genannten Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad erfüllt sind.

1.4 Wann liegt vollständige Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit vor?

1.4.1 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).

1.4.2 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.

1.5 Welchen Einfluss hat eine Umorganisation?

Selbstständige und Gesellschafter-Geschäftsführer

1.5.1 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

1.5.2 Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern verlangen wir keine Umorganisation.

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

1.6.1 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.

1.6.2 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.

1.6.3 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 1.2.1) zur Feststellung der Leistungspflicht herangezogen.

1.7 Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden und Studenten?

Berufsunfähigkeit während der Berufsausbildung

1.7.1 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 ent-

spricht, sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Berufsunfähigkeit während eines Vollzeitstudiums

1.7.2 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.

1.8 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.

1.9 Wie sind das Versicherungsjahr, die Versicherungsperiode und das Alter für die Tarifikalkulation definiert?

Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

1.9.1 Ein Versicherungsjahr beginnt mit dem Monat des im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginns und dauert grundsätzlich 12 Monate. Die Versicherungsperiode fällt bei Einmalbeitrags- und jährlicher Beitragszahlung mit dem Versicherungsjahr zusammen. Bei unterjähriger Beitragszahlung umfasst die Versicherungsperiode entsprechend der Beitragszahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Rumpfbeginnjahr

1.9.2 Beträgt der Zeitraum vom Kalendermonat des Versicherungsbeginns bis zum Kalendermonat, der mit der Hauptfälligkeit des Versicherungsvertrags zusammenfällt, weniger als 12 Monate, so liegt ein so genanntes Rumpfbeginnjahr vor. Alle folgenden (vollen) Versicherungsjahre beginnen dann jeweils mit dem Kalendermonat der Hauptfälligkeit.

Rumpfendejahr

1.9.3 Beträgt der Zeitraum vom Kalendermonat der Hauptfälligkeit des Versicherungsvertrags bis zum Kalendermonat, der mit dem Ablauf der Versicherung zusammenfällt, weniger als 12 Monate, so liegt ein so genanntes Rumpfendejahr vor.

Alter für die Tarifikalkulation

Beim Alter für die Tarifikalkulation wird zwischen dem versicherungstechnischen Alter und dem Lebensalter unterschieden.

1.9.4 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.

1.9.5 Das Lebensalter ist das Alter zu Versicherungsbeginn in vollendeten Jahren und Monaten.

1.9.6 Das angewandte Alter für Ihren Vertrag ist im Versicherungsschein geregelt.

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 Leistungen.

Einzelheiten über Art und Umfang der Versicherungsleistungen und Beginn des Versicherungsschutzes finden Sie im Versicherungsschein.

Befreiung von der Beitragszahlungspflicht

2.1.1 Nach Ablauf der Karenzzeit sind Sie von der Zahlung der Beiträge, die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbart sind (siehe 2.4.1), befreit.

Zahlung einer Rente

2.1.2 Wir zahlen die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbarte Rente nach Ablauf der Karenzzeit monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich im Voraus.

Garantierte Rentensteigerung

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 beitragspflichtig 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.

Rechnungsgrundlagen

2.1.4 Die geschlechtsunabhängige Tarifikalkulation basiert auf Tafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV 2008 T, DAV 1997 I, DAV 1997 RI, DAV 1997 TI) und einem Rechnungszins in Höhe von 1,75 %.

Sonstige Regelungen

2.1.5 Unser Versicherungsschutz besteht weltweit.

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

2.1.7 Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe Abschnitt 9).

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 Beiträge während der Leistungsprüfung

2.3.1 Auch nach Anmeldung von Berufsunfähigkeit sind die Beiträge weiter zu zahlen. Auf Verlangen stunden wir die Beiträge 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 Beiträge unverzüglich nachzuzahlen.

2.3.3 Lassen Sie sich die Beiträge nicht stunden und erkennen wir Leistungen aus dieser Versicherung an, zahlen wir Ihnen die befreiten Beiträge 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 1.2.1) und Ablauf einer gegebenenfalls vereinbarten Karenzzeit.

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 1.2 und 1.3) 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.

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 Leistungsanerkennung 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 1.5) 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 2.5.4 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 Beitragszahlung handelt, erfolgt bei Vertragsende keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.** Soweit die Beitragszahlung durch einen Einmalbeitrag erfolgt und die Versicherungsdauer mehr als ein Jahr beträgt, erfolgt eine Beteiligung an den Bewertungsreserven. Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven erfolgt während der Rentenbezugszeit (siehe 12.6). 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- 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 zurückzuführen 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 Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge einer Berufsunfähigkeitsversicherung sind allerdings so kalkuliert, dass sie für die

Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringe Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden diese jährlich neu ermittelt und nach einem verursachungsorientierten Verfahren den einzelnen Verträgen zugeordnet. Ein Anspruch auf Beteiligung an den Bewertungsreserven entsteht jedoch erst bei Vertragsende. Der dann für diesen Zeitpunkt zu ermittelnde Betrag wird zur Hälfte zugeteilt. Auch während des Rentenbezugs werden wir Sie an den Bewertungsreserven beteiligen. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

2.6.5 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 gemäß den Bestimmungen des Versicherungsscheins.

2.7.2 Sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, erfassen Abtretung, Verpfändung und Bezugsrecht auch die Anteile an den Überschüssen.

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 Versicherte 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 Beiträge 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 beitragsfreie 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 der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos

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 Annahmehinwirkung 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.

3.6 Welche Meldeobligationen hat der Arbeitgeber?

3.6.1 Der Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) hat gegenüber seinen Arbeitnehmern (versicherte Personen), Versorgungsanwärter bzw. Versorgungsempfänger) Meldeobligationen aufgrund gesetzlicher Regelungen (u. a. § 10a Versicherungsaufsichtsgesetz; § 166 Abs. 4 VVG) im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung.

3.6.2 Nach dem Gesetz müssen wir Ihre bei uns versicherten Arbeitnehmer über einzelne Daten der Versorgung direkt informieren. Hierfür ist es erforderlich, dass Sie uns Name und Adresse der betroffenen Mitarbeiter mitteilen. Dies gilt auch für Änderungen der Anschrift. Eine Verletzung dieser Fürsorgepflicht kann Schadensersatzansprüche gegen Sie auslösen.

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 1.2.2 ausübt bzw. im Sinne von 1.2.4 ausüben kann. 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 1.2.2 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 Beitragszahlung 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 1.4 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 strafbaren 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 alterssprechendem 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 Beitragszahlung

6.1 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten und was ist vereinbart?

6.1.1 Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) oder durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten.

Bei unterjähriger Beitragszahlung erheben wir Ratenzahlungszuschläge. Diese betragen bis zu 1,8 %

des Jahresbeitrags bei halbjährlicher, bis zu 2,3 % bei vierteljährlicher und bis zu 2,9 % bei monatlicher Zahlung.

6.1.2 Laufende Beiträge werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Art der Beitragszahlung und die jeweilige Fälligkeit sind über eine Vereinbarung im Versicherungsschein festgelegt.

6.1.3 Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) 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 Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in 6.1.3 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

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

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

6.1.7 Bei Tod der Versicherten Person endet bei monatlicher Beitragszahlung die Beitragszahlungspflicht mit Ablauf des Todesmonats, ansonsten mit Ablauf des Beitragszahlungsabschnitts.

6.2 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsbeitrag

6.2.1 Wenn Sie den Einlösungsbeitrag 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 der Einlösungsbeitrag 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 Beitragszahlung verpflichtet.

Folgebeitrag

6.2.4 Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Beitrag, 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 Beitragsfreistellung 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 Beiträge 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.

7.2 Für Ihren Versicherungsvertrag wird hiermit Folgendes vereinbart

7.2.1 Es ist vereinbart, dass die Abschluss- und Vertriebskosten während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen bzw. dem Einmalbeitrag getilgt werden.

7.2.2 Diese Abschlusskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt erhoben.

7.3 Höhe der anfallenden Kosten

Die Höhe der anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten zu Ihrem Vertrag ist in den Informationen gemäß VVG- Informationspflichtenverordnung beziffert. Die Entwicklung des Rückkaufswerts sowie der beitragsfreien Versicherungsleistungen können Sie der Ihnen überlassenen Tabelle entnehmen.

8 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung oder Kündigung

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

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 Beitragsfreistellung zumindest die zukünftig eingeplanten Solvenzmittel. Deshalb müssen diese verlorengegangenen 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 Beitragsfreistellung in dem Umfang, wie sich das Risiko reduziert.

8.2 Wie wird der Abzug ermittelt?

8.2.1 Der Abzug beträgt 2 % der versicherten garantierten Jahresleistung, maximal jedoch das vorhandene Deckungskapital, sofern die Beitragsfreistellung oder Kündigung der einzelnen Versicherung aufgrund der Beitragsfreistellung oder Kündigung des gesamten Bestands oder eines objektiv beschriebenen Teilbestands des zugrunde liegenden Versicherungsvertrags erfolgt. Bei Beitragsfreistellung oder Kündigung der einzelnen Versicherung aus anderen Gründen beträgt der entsprechende Abzug 1 % der versicherten garantierten Jahresleistung, maximal jedoch das vorhandene Deckungskapital.

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 Beitragsfreistellung 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.

9 Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten, Beitragsfreistellung und Kündigung

9.1 Welche Möglichkeiten der Überbrückung können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten nutzen?

Stundung der Beiträge

9.1.1 Sie können für den Zeitraum von höchstens 12 Monaten eine Stundung oder Teilstundung der fälligen Beiträge unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes schriftlich verlangen, sofern die Versicherung bereits den Rückkaufswert

in Höhe der zu stundenden Beiträge aufweist. Hierfür fallen Stundungszinsen an. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zum Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen. Die gestundeten Beiträge einschließlich der darauf entfallenden Stundungszinsen können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums

- in einen Beitrag entrichten,
- durch eine Vertragsänderung verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist.

9.2 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

9.2.1 Sie können jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

9.2.2 Setzen Sie die Beitragszahlung aus, verringert sich Ihr Versicherungsschutz. Bei Beitragsfreistellung setzen wir die versicherte Leistung ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Leistung herab.

9.2.3 Die beitragsfreie Leistung wird zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Rückkaufswerts gemäß 9.3.3 errechnet, vermindert um ausstehende Forderungen (z. B. rückständige Beiträge).

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

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

Nähere Informationen zur beitragsfreien Rente und ihrer Höhe können Sie den Informationen über den Versicherungsschutz entnehmen.

Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente den Mindestbeitrag von 300 Euro pro Jahr nicht, erhalten Sie stattdessen - falls vorhanden - den Rückkaufswert gemäß 9.3.3. Damit endet der Vertrag.

Teilweise Beitragsfreistellung

9.2.4 Auch bei teilweiser Beitragsfreistellung gelten die vorstehenden Regelungen zur vollständigen Beitragsfreistellung entsprechend. Haben Sie nur eine teilweise Befreiung von der Beitragspflicht beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn die verbleibende garantierte beitragspflichtige Berufsunfähigkeitsrente 300 Euro pro Jahr erreicht.

Andernfalls können Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragen. Dieser Antrag führt zur beitragsfreien Fortsetzung der Versicherung, wenn die beitragsfreie Rente den Mindestbetrag von 300 Euro pro Jahr erreicht.

Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung

9.2.5 Soll eine herabgesetzte beitragsfreie oder wegen einer Beitragsfreistellung erloschene Versicherung wieder in Kraft gesetzt werden, haben wir das Recht, eine Risikoprüfung erneut durchzuführen.

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

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 Beitragszahlung 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 1.9.1 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 Beitragskalkulation, 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 Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur ein geringer oder kein Rückkaufswert vorhanden.

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

9.3.4 Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile gemäß Abschnitt 12 aus, soweit sie nicht bereits in dem nach 9.3.3 berechneten Rückkaufswert enthalten sind. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag bei einer Kündigung gegebenenfalls um die Ihrer Versicherung gemäß 12.5 zugeteilten Bewertungsreserven.

9.3.5 Beitragsrückstände werden vom Rückkaufswert abgezogen.

Teilweise Kündigung

9.3.6 Eine Teilkündigung wird nur durchgeführt, wenn die verbleibende beitragspflichtige Berufsunfähigkeitsrente nicht unter 300 Euro pro Jahr sinkt.

Beitragsrückzahlung

9.3.7 Die Rückzahlung der Beiträge 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

Beitragsfreistellung 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 Beiträge gemäß § 163 VVG.

11 Weitere Bestimmungen

11.1 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

Im Versicherungsvertrag ist der Inhalt des Vertragsverhältnisses beschrieben. Bei Änderung des Vertrags erstellen wir einen Nachtrag. Mit den Informationen über den Versicherungsschutz, der an die bezugsberechtigten versicherten Personen auszuhandigen ist, informieren wir über den wesentlichen Inhalt und den Umfang des Versicherungsschutzes.

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

11.2.1 Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassenen 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 Beitragszahlung 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,
- Umstellung der Beitragszahlung auf Überweisung/Rechnung jährlich 12 Euro,
- Mahnungen 5 Euro.

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

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

11.2.3 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

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

11.4.2 Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort

Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

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

Beschwerden

11.4.4 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

11.5 Können Sie den Versicherungsvertrag widerrufen?

Über Ihr Widerrufsrecht werden Sie gesondert belehrt.

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 Beitragszahlung besteht die Überschussbeteiligung aus laufenden Grundüberschussanteilen. Die Grundüberschussanteile werden vorschüssig gewährt. Sie bemessen sich in Prozent des für das Versicherungsjahr fälligen Beitrags. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag besteht die Überschussbeteiligung aus laufenden Zinsüberschussanteilen. Die Zinsüberschussanteile werden nachschüssig gewährt. Sie bemessen sich in Prozent des Deckungskapitals zum Zuteilungszeitpunkt, abgezinst auf den Beginn des Versicherungsjahres.

Sie können sich bei Antragstellung für eines der nachstehenden Überschussverwendungs-Systeme (12.2.2 bis 12.2.4) entscheiden. Ein späterer Wechsel ist nur mit unserer Zustimmung möglich.

12.2.2 Beitragsverrechnung

Die jährlich laufenden Überschussanteile werden während der Beitragszahlungsdauer in Prozent der Beiträge ausgewiesen und mit den fälligen Beiträgen verrechnet.

Die Höhe der Beitragsverrechnung wird jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgelegt und somit kann auch die Höhe des zu zahlenden Beitrags jährlich schwanken.

12.2.3 Verzinliche Ansammlung

Die jährlichen laufenden Überschussanteile werden verzinlich angesammelt und bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt.

12.2.4 Barauszahlung

Die jährlichen Überschussanteile werden zum Fälligkeitstermin ausgezahlt.

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 Die Überschussanteile können auch verzinslich angesammelt oder jährlich ausbezahlt werden.

12.3.4 Die für Sie zutreffende Art der Überschussverwendung ist im Versicherungsschein vereinbart.

12.3.5 Während der Bezugszeit von Berufsunfähigkeits-Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (siehe 12.6).

12.4 Beteiligung an den Bewertungsreserven bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung vor Eintritt des Leistungsfalls

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

12.5 Beteiligung an den Bewertungsreserven bei Verträgen mit einmaliger Beitragszahlung vor Eintritt des Leistungsfalls

12.5.1 Bei Beendigung des Vertrags erhält ein anspruchsberechtigter Vertrag gemäß § 153 Abs. 3 VVG 50 % des ihm zugeordneten Anteils an den Bewertungsreserven. Anspruchsberechtigt sind alle überschussberechtigten kapitalbildenden Versiche-

rungen bis zur Beendigung sowie Risikoversicherungen gegen Einmalbeitrag.

Als Beendigung des Vertrags gelten Tod, Rückkauf oder Ablauf der Berufsunfähigkeitsversicherung.

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 zeitnah zum Zuteilungstermin.

Verteilungsschlüssel

12.5.3 Mit Hilfe eines Verteilungsschlüssels wird derjenige Anteil der verteilungsfähigen Bewertungsreserven ermittelt, der dem jeweiligen (Teil-)Bestand der anspruchsberechtigten Verträge zuzuordnen ist. Der Verteilungsschlüssel wird einmal jährlich im Zuge des Jahresabschlusses ermittelt. Er bestimmt sich aus dem Verhältnis der verteilungsrelevanten Passivposten der Bilanz für anspruchsberechtigte Verträge zu der verteilungsrelevanten Bilanzsumme (höchstens jedoch zur Summe der Kapitalanlagen).

Die verteilungsrelevanten Passivposten bestehen im Wesentlichen aus den versicherungstechnischen Brutorückstellungen zuzüglich der Verbindlichkeiten aus dem selbst abgeschlossenen Geschäft gegenüber Versicherungsnehmer, vermindert um „noch nicht fällige Ansprüche“ der Forderungen aus dem selbst abgeschlossenen Geschäft an Versicherungsnehmer. Alle Positionen sind auf die anspruchsberechtigten Verträge abzugrenzen. Die verteilungsrelevante Bilanzsumme umfasst neben den vorgenannten Positionen der anspruchsberechtigten Verträge auch die entsprechenden Positionen für die nicht anspruchsberechtigten Verträge, das Eigenkapital (ohne nicht eingezahltes Grundkapital), das Genussrechtskapital, die nachrangigen Verbindlichkeiten, die Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen sowie den Saldo der Abrechnungsverbindlichkeiten und -forderungen aus dem in Rückdeckung gegebenen Geschäft.

Kapitalertragsschlüssel

12.5.4 Die einem (Teil-)Bestand zugeordneten Bewertungsreserven werden mittels einer Bemessungsgröße (Kapitalertragsschlüssel) auf die einzelnen Verträge des (Teil-)Bestands aufgeteilt und zugeordnet.

Der Kapitalertragsschlüssel bestimmt sich aus der Summe der Deckungskapitalien und der Ansammlungsguthaben der anspruchsberechtigten Vertragsparteien eines jeden Bilanztermins während der Vertragslaufzeit im Verhältnis zur entsprechenden Summe der Deckungskapitalien und der Ansammlungsguthaben aller anspruchsberechtigten Verträge.

Verwendung

12.5.5 Der nach Anwendung des Kapitalertragsschlüssels ermittelte Betrag der Bewertungsreserve wird (gemäß § 153 Abs. 3 VVG) bei Beendigung des Vertrags zur Hälfte zugeteilt und ausgezahlt.

12.6 Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt der Berufsunfähigkeit

12.6.1 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.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

12.6.2 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).

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

12.6.4 Dieser Betrag gemäß 12.6.3 wird mit dem Verhältnis der garantierten Jahres-Rentenleistung zur Deckungsrückstellung aller bestehenden Verträge in der Rentenbezugszeit multipliziert und den Rentenauszahlungen zugeordnet.

12.6.5 Der gemäß 12.6.4 ermittelte Betrag 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.

12.7 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 gewöhnlichen 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 Bett-schüssel 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 in-folge 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.

Anhang: Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (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 Mobilität 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.