

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

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

Stand: 07.2015 (AVB_EV_MRB_2015_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.

Beitrag

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

Bezugsberechtigter

Vom Versicherungsnehmer gegenüber Swiss Life schriftlich festgelegter Empfänger der Versicherungsleistung.

Bewertungsreserven

Aus der Differenz zwischen den nach dem Niederwertprinzip 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 zugeordneten Überschussanteile bilden das Deckungskapital.

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 1,25 %,
- 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 Beitragszahlung ein Jahr. Bei laufender Beitragszahlung entspricht sie dem jeweiligen Beitragszahlungsabschnitt.



Inhaltsverzeichnis

1	Versicherungsschutz	4	5	Ausschlüsse	14
1.1	Wann beginnt der Versicherungsschutz?	4	5.1	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	14
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	6	Beitragszahlung	14
1.4	Wann liegt teilweise Berufsunfähigkeit vor?	5	6.1	Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?	14
1.5	Wann liegt Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?	5	6.2	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	14
1.6	Wann liegt vollständige Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit vor?	5	7	Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten	15
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?	5	7.3	Höhe der einkalkulierten Kosten	15
1.10	Wann endet Ihr Versicherungsschutz?	6	8	Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung oder Kündigung	15
1.11	Wie sind das Versicherungsjahr, die Versicherungsperiode und das Alter für die Tarifikalkulation definiert?	6	8.1	Welchen Hintergrund hat der Abzug?	16
2	Versicherungsleistungen	6	8.2	Angemessenheit des Abzugs	16
2.1	Welche Leistungen erbringen wir?	6	9	Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten, Beitragsfreistellung und Kündigung	16
2.2	Welche Leistungsregelung können Sie vereinbaren?	7	9.1	Welche Möglichkeiten der Überbrückung können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten nutzen?	16
2.3	Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?	8	9.2	Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?	17
2.4	Ab wann und an wen werden Leistungen gewährt?	8	9.3	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?	18
2.5	Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?	8	10	Sonstige Änderungen der Versicherung	18
2.6	Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?	9	10.1	Welche Bestimmungen können geändert werden?	18
2.7	Wer erhält die Versicherungsleistung?	10	10.2	Welche Nachversicherungsgarantie gibt es?	19
3	Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	10	11	Weitere Bestimmungen	19
3.1	Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?	10	11.1	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	19
3.2	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	11	11.2	Welche Kosten/Steuern stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	20
3.3	Welche Folgen hat die Verletzung der Mitwirkungspflicht?	12	11.3	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	20
3.4	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?	13	11.4	Wo ist der Gerichtsstand und wohin können Sie sich bei Beschwerden wenden?	20
3.5	Was gilt bei Tod der Versicherten Person?	13	11.5	Können Sie den Versicherungsvertrag widerrufen?	20
4	Nachprüfung der Berufsunfähigkeit	13			
4.1	Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	13			

12 Welche Regelungen gelten für Ihre Beteiligung an den Überschüssen?	20		
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	21	13.3 Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz	23
12.3 Überschussbeteiligung nach Eintritt des Leistungsfalls durch Berufsunfähigkeit	21	14 Welche Besonderheiten gelten für den Stufentarif?	24
12.4 Beteiligung an den Bewertungsreserven bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung	21	14.1 Wann und in welchem Umfang erhöht sich der Beitrag?	24
12.5 Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt der Berufsunfähigkeit	21	14.2 Vertragsänderungen und Einschränkungen	24
12.6 Information über die Höhe der Überschussbeteiligung	22	14.3 Welche Abweichungen gelten bei der Nachversicherungsgarantie?	25
13 Welche Kriterien gelten bei Pflegebedürftigkeit?	22	14.4 Welcher Beitrag ist bei Berufsunfähigkeit befreit?	25
13.1 Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2010)	22	Anhang: Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, Stand 01.01.2010)	26



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 des ersten Beitrags (Einlösungsbeitrag).

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 Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- 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 sein wird, 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 ausübbar 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 die vorher konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung.

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 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 Beitragszahlung mit dem Versicherungsjahr zusammen. Bei unterjähriger Beitragszahlung umfasst die Versicherungsperiode entsprechend der Beitragszahlungsweise 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 01.01.2016 und der Geburtstag ist der 15.05.1976. Am 15.05.2015 ist das 39. Lebensjahr vollendet und das 40. Lebensjahr hat begonnen. Bis zum 01.01.2016 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 Beitragszahlungspflicht

2.1.2 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.

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 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.

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 1,25 %, 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. Im Falle etwaiger Widersprüche haben die im Versicherungsschein getroffenen Vereinbarungen vor diesen Bedingungen Vorrang.

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.

Soweit wir Leistungen für den Zeitraum der Stundung anerkennen, brauchen Sie gestundete Beiträge nicht nachzuentrichten.

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

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

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.

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

2.3.4 Wir beraten und unterstützen Sie während der Vertragslaufzeit. Gerne stehen wir Ihnen auch telefonisch zur Verfügung, wenn Sie Fragen z. B. zum Versicherungsumfang, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung haben. Ebenso erhalten Sie Auskünfte zu erforderlichen Unterlagen, Nachweisen oder zur Beschreibung der beruflichen Tätigkeit und entsprechende Formulare.

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 und ab wann wir Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung (siehe 4.1) 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 Leistungsanerkenntnis 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 1.3 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 unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit 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. 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

Wir beteiligen Sie gemäß der jeweils gültigen Fassung der Verordnung über die Mindestbeitragsrück-erstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) an den Überschüssen.

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 gemäß den jeweils geltenden gesetzlichen Vorgaben angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeitsrisiko und Sterblichkeit) grundsätzlich zu mindestens 90 % 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 in ihrer jeweils gültigen Fassung 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 sogenannten Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall-, Langlebigekeits- oder Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses



auf die einzelnen Bestandsgruppen 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 § 56b Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56b VAG können wir im Interesse der Versicherungsnehmer die Rückstellung für Beitragsrückerstattung auch heranziehen: zur Abwendung eines drohenden Notstands oder zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

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

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 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.

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 Abgabe Ihrer Vertragserklärung 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 die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn 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 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 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 Annahmehemmensentscheidung 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 vorgenannten 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 Leistungs-

pfl icht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht sp äter erf ullt wird, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats zur vertragsgem a en Leistung verpflichtet.

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

3.4 Was gilt f ur Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverh altnis beziehen?

3.4.1 Mitteilungen, die das Versicherungsverh altnis betreffen, m ussen stets in Textform erfolgen, wenn keine Schriftform vereinbart ist. F ur uns bestimmte Mitteilungen werden erst wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme grunds atzlich nicht bevollm achtigt.

3.4.2 Eine A nderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens m ussen Sie uns unverz uglich mitteilen. Andernfalls k onnen f ur Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserkl arung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden k onnen. In diesem Fall gilt unsere Erkl arung 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 Berufsunf ahigkeitsversicherung endet am Ende des Sterbemonats.

3.5.2 Der Tod der Versicherten Person ist uns in jedem Fall unverz uglich anzuzeigen. Au uer dem Versicherungsschein ist uns eine amtliche Sterbeurkunde im Original einzureichen, die Alter, Geburtsort und Todeszeitpunkt nennt. Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zur uckzuzahlen.

4 Nachpr ufung der Berufsunf ahigkeit

4.1 Was gilt f ur Sie und uns bei der Nachpr ufung der Berufsunf ahigkeit?

4.1.1 Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen f ur einen Leistungsanspruch und den Grad der Berufsunf ahigkeit nachzupr ufen. Dabei k onnen wir erneut pr ufen, ob die Versicherte Person eine andere T atigkeit im Sinne von 1.3.2 aus ubt. Seit Eintritt der Berufsunf ahigkeit neu erworbene berufliche F ahigkeiten werden

dabei ber ucksichtigt, ebenso die Lebensstellung vor dem Versicherungsfall. Insofern k onnen wir auch Angaben verlangen, ob die Versicherte Person eine T atigkeit konkret im Sinne von 1.3.2 wieder aus ubt oder ausge ubt hat.

4.1.2 Zur Nachpr ufung k onnen wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Ausk unfte und einmal j ahlich umfassende Untersuchungen der Versicherten Person durch von uns zu beauftragende A rzte 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 st andigen Aufenthalt im Ausland, so k onnen wir jederzeit verlangen, dass die Versicherte Person oder der Versicherungsnehmer Unterlagen uber die Fortdauer der Berufsunf ahigkeit und ihres Grades vorlegt. Die Kosten hierf ur erstatten wir maximal nach den an unserem Sitz geltenden Ma Bst aben und im Rahmen dieser Bedingungen. Einmal j ahlich k onnen wir umfassende Untersuchungen durch von uns beauftragte A rzte in Deutschland verlangen. Notwendige Reise- und ubernachtungskosten ubernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland k onnen wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grunds atzen erfolgen.

4.1.4 Eine Minderung der Berufsunf ahigkeit oder die Wiederaufnahme bzw. die A nderung der beruflichen T atigkeit m ussen Sie uns unverz uglich anzeigen, sofern Sie Leistungen aus diesem Vertrag erhalten oder beantragt haben. Gleiches gilt bei Minderung der Pflegebed urftigkeit.

4.1.5 Ist die Berufsunf ahigkeit 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 uber die Ver anderung und Einstellung der Leistungen. Diese Information k onnen wir auch in Textform ubermitteln.

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

4.1.6 Liegt Berufsunf ahigkeit infolge Pflegebed urftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls ge andert oder sein Umfang gemindert, mit der Folge, dass keine der in 1.6 genannten Voraussetzungen erf ullt 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, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall 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 berufsuntfähig 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 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 Berufsuntfähigkeit der Versicherten Person herbeigeführt hat.

5.2 Was gilt bei Kontamination mit ABC-Stoffen?

Wird die Berufsuntfähigkeit 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 durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten.

6.1.2 Laufende Beiträge werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

6.1.3 Der erste 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 bei Fälligkeit 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.

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

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 ei-

nem 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 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 gelten die Regelungen zur Beitragsfreistellung.

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 Werbeauf-

wendungen. Zu den **übrigen Kosten** gehören insbesondere die **Verwaltungskosten**. 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 Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen 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 Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung aufgrund 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 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträgen 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 beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind.

7.3 *Höhe der einkalkulierten Kosten*

Die Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten zu Ihrem Vertrag ist in den vorvertraglichen Informationen, die vor Antragstellung ausgehändigt werden, beziffert. Die Entwicklung des Rückkaufswerts sowie der beitragsfreien Rente 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 ein Abzug erfolgt.



Die Höhe des Abzugs haben wir in Euro und Cent für Sie in den Informationen beziffert, die Sie vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung erhalten haben. Auch im Versicherungsschein haben wir den Abzug in Euro und Cent für Sie beziffert. Sie finden die Werte jeweils unter der Überschrift "Übersicht der garantierten Werte bei Beitragsfreistellung und Kündigung".

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 Angemessenheit des Abzugs

8.2.1 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 Ver-

sichertenbestands 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 der für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag (siehe 9.2.3) mindestens die Höhe der zu stundenden Beiträge erreicht. 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 einem Beitrag entrichten,
- durch eine Vertragsänderung verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist.

Befristete Beitragsfreistellung

9.1.2 Sie können für den Zeitraum von höchstens 18 Monaten schriftlich eine teilweise oder vollständige Beitragsfreistellung der fälligen Beiträge verlangen, sofern die jährliche beitragsfreie Rente mindestens 600 Euro bzw. bei teilweiser Beitragsfreistellung mindestens 1.200 Euro erreicht. Spätestens nach 18 Monaten wird Ihr Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung automatisch wieder in Kraft gesetzt.

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

Die für den beitragsfrei gestellten Teil maßgeblichen

Rechnungsgrundlagen gelten auch für den wieder in Kraft gesetzten Vertragsteil.

Besonderheiten bei Elternzeit, Kindererziehungszeit und Arbeitslosigkeit - BUprotect

9.1.3 Bei Arbeitslosigkeit, Weiterbildung in Vollzeit (z. B. Meisterschule) und im Rahmen der Eltern- oder Kindererziehungszeit haben Sie die Möglichkeit, temporär Ihren Beitrag auf 5 Euro pro Monat zu reduzieren. Den Zeitraum der Beitragsreduktion nennen wir BUprotect; er beträgt mindestens 6 Monate. Werden Sie in dieser Zeit berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, erhalten Sie - unter Berücksichtigung der vereinbarten Karenzzeit - während der Dauer der Berufsunfähigkeit 70 % der zuletzt vor BUprotect versicherten BU-Rente; Ihre Beitragszahlungspflicht ruht.

Sofern Ihr Vertrag über ein ausreichend hohes Deckungskapital verfügt, können Sie BUprotect auch länger als 6 Monate - längstens für 36 Monate - beantragen. Der ermittelte maximale Zeitraum kann auch in mehrere Zeiträume aufgeteilt werden, wobei ein Zeitraum mindestens 6 Monate betragen muss. Eine vereinbarte Dynamik oder eine garantierte Leistungssteigerung ruht während dieses Zeitraums.

Voraussetzungen für BUprotect:

- Sie erbringen einen Nachweis über das Vorliegen von Arbeitslosigkeit, Weiterbildung in Vollzeit, Elternzeit oder Kindererziehungszeit.
- Ihr Vertrag besteht beitragspflichtig seit mindestens einem Jahr.
- Die Versicherungs- und Leistungsdauer sind gleich und mindestens bis zum Alter 65 vereinbart.
- Die Restlaufzeit Ihres Vertrags beträgt noch mindestens 15 Jahre.
- Sie befanden sich unmittelbar vor Arbeitslosigkeit in einem längerfristigen Arbeitsverhältnis (mindestens ein Jahr).

Rechtzeitig vor Ablauf dieser temporären Beitrags- und Leistungsreduktion (BUprotect) erhalten Sie 2 Weiterführungsangebote, die auf Basis Ihres ursprünglichen Beitrags (bei geringerer Leistung als vor BUprotect) oder der ursprünglichen versicherten Leistung (bei höherem Beitrag als vor BUprotect) erstellt sind. Die Weiterführungsangebote setzen voraus, dass während BUprotect keine Berufsunfähigkeit eingetreten ist bzw. keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt worden sind. Selbstverständlich können Sie auch früher Weiterführungsangebote anfordern. Auf eine Risikoprüfung verzichten wir. Nehmen Sie das Weiterführungsangebot nicht innerhalb des BUprotect-Zeit-

raums an, erlischt der Vertrag zum Ende von BUprotect.

9.1.4 Auf die Stundung der Beiträge und die befristete Beitragsfreistellung räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch ein; dieser besteht auch hinsichtlich BUprotect, wenn Sie bei Vertragsabschluss nicht älter als 35 Jahre waren. Sollten Sie bei Vertragsabschluss älter gewesen sein, prüfen wir gerne individuell für Sie die Möglichkeit von BUprotect. Einen Rechtsanspruch darauf können wir Ihnen aber nicht einräumen.

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 folgenden zur Verfügung stehenden Betrags ermittelt: Deckungskapital mit gleichmäßiger Verteilung der Abschluss- und Vertriebskosten (siehe 9.2.7) vermindert um den gemäß Abschnitt 8 vereinbarten Abzug und 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 vorvertraglichen Informationen und dem Versicherungsschein entnehmen.

9.2.4 Eine Fortführung der Versicherung bei einer Beitragsfreistellung ist allerdings nur möglich, wenn



die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens 600 Euro pro Jahr beträgt.

Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente den Mindestbetrag von 600 Euro pro Jahr nicht, wird keine Leistung fällig. Damit endet der Vertrag.

Teilweise Beitragsfreistellung

9.2.5 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 1.200 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 600 Euro pro Jahr erreicht.

Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung

9.2.6 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.

Sonstige Regelungen

9.2.7 Das Deckungskapital mit Verteilung der Abschluss- und Vertriebskosten ist das Deckungskapital, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 60 Monate der Versicherungsdauer ergibt. Beträgt die Versicherungsdauer weniger als 60 Monate, erfolgt die Verteilung auf die Versicherungsdauer. Die Abschluss- und Vertriebskosten werden unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmertsätze 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 teil-

weise 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 1.11.1 mit Ablauf dieser Frist.

Rückkaufswert bei Kündigung

9.3.2 Bei Kündigung wird kein Rückkaufswert fällig. Die Kündigung ist mit Nachteilen verbunden.

Teilweise Kündigung

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

Beitragsrückzahlung

9.3.4 Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung nach Eintritt der Berufsunfähigkeit

9.3.5 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. Ein Rückkaufswert wird nicht fällig.

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.

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.

Anlässe für eine Anpassung

10.2.2 Sie haben das Recht, den Versicherungsumfang der bestehenden beitragspflichtigen Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute medizinische Risikoprüfung zu erhöhen: im 5. Versicherungsjahr nach Abschluss zum darauf folgenden Versicherungsjahr oder bei

- Heirat der Versicherten Person bzw. Begründung einer Lebenspartnerschaft,
- Geburt eines Kindes der Versicherten Person,
- Adoption eines Kindes durch die Versicherte Person,
- Scheidung der Versicherten Person bzw. Aufhebung einer Lebenspartnerschaft,
- Durchführung eines Versorgungsausgleichs zu Lasten der Versicherten Person,
- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens der Versicherten Person um mindestens 10 % (z. B. nach Karrieresprung, Wechsel des Arbeitgebers, nach Abschluss der Schulausbildung, des Studiums oder einer Promotion, nach Abschluss einer beruflichen Qualifikation wie Berufsausbildungsabschluss, Meisterbrief),
- Gehaltssteigerung, die zum erstmaligen Überschreiten der maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung führt,
- Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nach Elternzeit,
- Reduzierung oder Wegfall der Invaliditätsversorgung der Versicherten Person aus der gesetzlichen Rentenversicherung, einer arbeitgeberfinanzierten 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.Arbeitskraftabsicherung insgesamt versicherte Berufsunfähigkeitsrente 2.500 Euro bzw. 4.000 Euro im Monat erreicht hat. Der maßgebliche Betrag ist im Versicherungsschein genannt. Alle bestehenden Tarifrenten 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 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 01.07.2015 bei

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

Bei Beitragszahlung 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

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. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zurzeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

11.4.2 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.

11.4.3 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

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

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. 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 Die Überschussbeteiligung besteht aus Risiko- und Kostenüberschussanteilen.

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

12.2.2 Beitragsverrechnung

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

Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird keine Leistung fällig. Eine beitragsfreie Versicherung erhält keine Beteiligung am Überschuss.

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

12.3 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 Höhe der Überschussbeteiligung wird jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgelegt.

Die Besonderheit bei Verträgen im Rahmen eines Konsortiums ist in 12.5.6 beschrieben.

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 Gesamrente 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 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 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. Vertei-



lungsfähig sind Bewertungsreserven nur in dem Umfang, dass ein Versicherungsunternehmen seiner sich aus dem Versicherungsrecht ergebenden Verpflichtung, die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verträge sicherzustellen (§ 53c VAG), noch nachkommen kann. Der gemäß § 56a VAG zu ermittelnde Sicherungsbedarf wird dabei berücksichtigt. Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven ermitteln wir auf Basis der Bewertungsreservensituation 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 am Überschuss und der Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt des Leistungsfalls auch die Beteiligung am Überschuss und an den Bewertungsreserven der beteiligten Konsortialgesellschaften entsprechend den jeweiligen Konsortialanteilen ein. Die Höhe der Beteiligung am Überschuss wird von diesen Gesellschaften jährlich im Rahmen ihrer

Überschussdeklaration neu festgelegt. 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 gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Aufsichtung 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 Auf-

- stehen 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 der Beitrag?

Der Anfangsbeitrag (Beitragsstufe 1) erhöht sich - je nach Vereinbarung - nach Ablauf des 3., 4. oder 5. vollen Versicherungsjahres auf den Tarifbeitrag der Beitragsstufe 2 bei unveränderten versicherten Leistungen. Sofern Sie eine Verlängerung der Beitragsstufe 1 beantragen, gilt abweichend hiervon 14.2.1. Die Höhe der jeweiligen Beitragsstufe ist in den vorvertraglichen Informationen und im Versicherungsschein dokumentiert.

Auch für den ersten Beitrag der Beitragsstufe 2 gelten die Regelungen zum Folgebeitrag (siehe 6.2.4).

14.2 Vertragsänderungen und Einschränkungen

Beitragsstufe 1

14.2.1 Sie können auf Antrag den Beginn der Beitragsstufe 2 einmalig um ein Jahr in die Zukunft verschieben. Ihr schriftlicher Antrag muss spätestens 2 Monate vor Ablauf der Beitragsstufe 1 bei uns eingehen. Durch die Beginnverlegung werden die Beiträge der Beitragsstufen 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 Beitragsstufe 1 nur in seltenen Fällen ein Rückkaufwert vorhanden. Daher ist die Möglichkeit der Beitragsstundung gemäß 9.1.1 sehr eingeschränkt. Gleiches gilt für die befristete Beitragsfreistellung gemäß 9.1.2. Bei einer befristeten Beitragsfreistellung wird der Tag der Wiederinkraftsetzung so bestimmt, dass er mit dem Beginn eines Versicherungsjahres zusammenfällt. Der Beginn der Beitragsstufe 2 wird auf diesen Termin verlegt und die Beiträge der Beitragsstufe 2 werden neu berechnet.

14.2.3 Während der Dauer der Beitragsstufe 1 sind aufgrund der Tarifbesonderheit eine teilweise Beitragsfreistellung gemäß 9.2.5 sowie teilweise Kündigung gemäß 9.3.3 sowie BUprotect gemäß 9.1.3 nicht möglich.

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

Beitragsstufe 2

14.2.5 Aufgrund der Tarifbesonderheit ist auch während der Beitragsstufe 2 - insbesondere in den ersten Jahren - kein ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden. Daher kann die Möglichkeit der Beitragsstundung gemäß 9.1.1 eingeschränkt sein. Gleiches gilt für die befristete Beitragsfreistellung gemäß 9.1.2 und BUprotect gemäß 9.1.3.

Daher können wir einen Rechtsanspruch auf die Stundung der Beiträge, die befristete Beitragsfreistellung und BUprotect nicht uneingeschränkt einräumen, sondern nur soweit ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden ist.

14.3 Welche Abweichungen gelten bei der Nachversicherungsgarantie?

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

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

14.4 Welcher Beitrag ist bei Berufsunfähigkeit befreit?

Ergänzend zu 2.1.2 ist auch der erhöhte Beitrag der Beitragsstufe 2 von der Beitragszahlungspflicht befreit, wenn die Berufsunfähigkeit während der Beitragsstufe 1 eingetreten ist und Leistungen während der Beitragsstufe 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.