

Bedingungen

für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Swiss Life BUZ
Swiss Life BUZ 4U

Stand: 07.2015 (AVB_ED_BUR_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.

Inhalt

1	Versicherungsschutz.....	3		
1.1	Wann liegt vollständige Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?.....	3	6.2	Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?.....
1.2	Wann liegt teilweise Berufsunfähigkeit vor? ..	3	6.3	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?
1.3	Wann liegt vollständige Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit vor?	3		
1.4	Welchen Einfluss hat eine Umorganisation?.....	3	7	Sonstige Änderungen der Versicherung.....
1.5	Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben oder bei Unterbrechung der Berufstätigkeit?	4	7.1	Welche Bestimmungen können geändert werden?
1.6	Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden und Studenten?.....	4	7.2	Welche Nachversicherungsgarantie gibt es?
			7.3	Welche Option gibt es beim Überschussverwendungs-System Bonusrente?.....
2	Versicherungsleistungen	4	8	Weitere Bestimmungen
2.1	Welche Leistungen erbringen wir?	4	8.1	Abzug bei Beitragsfreistellung
2.2	Welche Leistungsregelung können Sie vereinbaren?	5	8.2	Rechnungsgrundlagen.....
2.3	Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?	6	8.3	Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?.....
2.4	Ab wann und an wen werden Leistungen gewährt?	6	9	Welche Regelungen gelten für Ihre Beteiligung an den Überschüssen?.....
2.5	Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?	7	9.1	Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?.....
3	Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	7	9.2	Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags.....
3.1	Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?	7	9.3	Überschussbeteiligung vor Eintritt des Leistungsfalls
3.2	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?.....	8	9.4	Überschussbeteiligung nach Eintritt des Leistungsfalls durch Berufsunfähigkeit
3.3	Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?	9	9.5	Beteiligung an den Bewertungsreserven bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung vor Eintritt des Leistungsfalls
4	Nachprüfung der Berufsunfähigkeit	9	9.6	Beteiligung an den Bewertungsreserven bei Verträgen mit einmaliger Beitragszahlung vor Eintritt des Leistungsfalls
4.1	Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?.....	10	9.7	Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.....
4.2	Was gilt bei Tod der Versicherten Person? .	10	9.8	Information über die Höhe der Überschussbeteiligung
5	Ausschlüsse.....	10	10	Welche Kriterien gelten bei Pflegebedürftigkeit?
5.1	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?.....	10	10.1	Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2010).....
5.2	Was gilt bei Kontamination mit ABC-Stoffen?.....	11	10.2	Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens
6	Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten, Beitragsfreistellung und Kündigung	11	10.3	Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz.....
6.1	Welche Möglichkeiten der Überbrückung können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten nutzen?	11		
				Anhang: Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, Stand 01.01.2010).....
				21

1 Versicherungsschutz

1.1 Wann liegt vollständige Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

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

1.1.2 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 1.1.1 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 %.

1.1.3 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 1.1.2 ist.

1.1.4 Für bestimmte Berufe mit besonders hohem Risiko werden abweichend von 1.1.2 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.

1.2 Wann liegt teilweise Berufsunfähigkeit vor?

Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in

1.1.1 genannten Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad erfüllt sind.

1.3 Wann liegt vollständige Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit vor?

1.3.1 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 10.1) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei 3 von 6 Aktivitäten des täglichen Lebens (siehe 10.2) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz (siehe 10.3).

1.3.2 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.

1.3.3 Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit werden nur erbracht, wenn gleichzeitig Berufsunfähigkeit gemäß § 172 VVG vorliegt.

1.4 Welchen Einfluss hat eine Umorganisation?

Selbstständige und Gesellschafter-Geschäftsführer

1.4.1 Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn ein Selbstständiger oder Gesellschafter-Geschäftsführer über seinen Einfluss auf die betriebliche Situation durch zumutbare Umorganisation eine Tätigkeit ausüben kann. Eine Umorganisation ist nur zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, die bisherige Stellung als Selbstständiger oder Gesellschafter-Geschäftsführer im Wesentlichen unverändert bleibt und sich die durch die Umorganisation hervorgerufenen Einkommensveränderungen in den von der Rechtsprechung vorgegebenen Grenzen (maximal jedoch 20 %) bewegen.

Die konkret ausgeübte oder im Rahmen der Umorganisation ausübende Tätigkeit muss zumutbar sein, d. h. aufgrund der Gesundheitsverhältnisse ausübbar

sein sowie der Ausbildung und Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung entsprechen.

Arbeitnehmer

1.4.2 Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern verlangen wir keine Umorganisation.

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

1.5.1 Auch nach Ausscheiden aus dem Berufsleben (z. B. passive Altersteilzeit) oder bei Unterbrechung der Berufstätigkeit (z. B. Arbeitslosigkeit) können Sie Ihre bestehende Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung 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.

1.5.2 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.

1.5.3 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 1.1.1) zur Feststellung der Leistungspflicht herangezogen.

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

Leistungen werden grundsätzlich nur erbracht, wenn gleichzeitig Berufsunfähigkeit gemäß § 172 VVG vorliegt.

Berufsunfähigkeit während der Berufsausbildung

1.6.1 Während der Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf liegt vollständige Berufsunfähigkeit vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, 6 Monate unun-

terbrochen 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. Auszubildende sind nach Vollendung des 15. Lebensjahres versicherbar.

Berufsunfähigkeit während eines Vollzeitstudiums

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

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

2 Versicherungsleistungen

2.1 Welche Leistungen erbringen wir?

Wird die Versicherte Person während der Dauer dieser Zusatzversicherung, 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:

Befreiung von der Beitragszahlungspflicht

2.1.1 Nach Ablauf der Karenzzeit sind Sie vollständig oder teilweise von der Zahlung der Beiträge, die für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbart sind, befreit.

Zahlung einer Rente, sofern diese mitversichert ist

2.1.2 Zusätzlich zur Beitragsbefreiung (2.1.1) können Sie eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichern. Die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbarte Rente zahlen wir nach Ablauf der Karenzzeit monatlich im Voraus.

Garantiert steigende Beitragsbefreiung (Beitragsbefreiung Plus), sofern diese mitversichert ist

2.1.3 Ergänzend zur Beitragsbefreiung (2.1.1) erhöhen sich nach Eintritt der teilweisen oder vollständigen Berufsunfähigkeit planmäßig die Beiträge um den von Ihnen bei Vertragsabschluss festgelegten Prozentsatz und die sich daraus ergebenden Versicherungsleistungen (Dynamik). Die Befreiung von der Beitragszahlung für diese Dynamik ist nur mitversichert, sofern Sie das gegen Mehrbeitrag vereinbaren.

Die erste Erhöhung im Rahmen dieser Dynamik erfolgt zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf den Beginn unserer Leistungspflicht folgt. Über den Beginn der Dynamik und die jährlichen Leistungserhöhungen sowie die befreiten Beitragserhöhungen erhalten Sie vor der Erhöhung eine Mitteilung. Ein Widerspruchsrecht für die dynamischen Erhöhungen, die aus der garantiert steigenden Beitragsbefreiung resultieren, besteht nicht.

Es erfolgen keine beitragsbefreiten dynamischen Erhöhungen mehr, wenn

- die Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung endet,
- keine Berufsunfähigkeit mehr vorliegt,
- die Beitragszahlungsdauer abläuft oder
- das letzte Versicherungsjahr der Hauptversicherung beginnt.

Soweit Sie eine Dynamik für die Zeit vor einer möglichen Berufsunfähigkeit vereinbart haben, gelten die Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik).

Garantierte Rentensteigerung, sofern diese mitversichert ist

2.1.4 Zusätzlich zur Rente (2.1.2) 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.

Sonstige Regelungen

2.1.5 Unser Versicherungsschutz besteht weltweit.

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

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

2.1.8 Die vertragliche Leistungsdauer darf nicht vor Erreichen des frühesten Altersrentenbeginns aus der Hauptversicherung enden.

2.2 Welche Leistungsregelung können Sie vereinbaren?

Für die Leistungen gemäß 2.1.1 bis 2.1.4 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. Bitte beachten Sie hierzu auch die Auswirkungen auf die Überschussbeteiligung (siehe 8.3.3).

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

2.3.2 Soweit wir keine Leistungen anerkennen, sind nach Ablauf der Stundung die gestundeten Beiträge unverzüglich nachzuzahlen. Hierzu haben Sie folgenden 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 Zusatzversicherung 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 1.1.1) und Ablauf einer gegebenenfalls vereinbarten Karenzzeit.

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

Additive Karenzzeit

2.4.2 Endet die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit und tritt erneut Berufsunfähigkeit (siehe 1.1 und 1.2) 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 Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung 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 Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von 4 Wochen nach Eingang von Unterlagen gemäß 3.1 über erforderliche weitere Prüfungsschritte informieren oder Ihnen regelmäßig eine Zwischeninformation zukommen lassen. Zusätzlich erinnern wir in regelmäßigen Abständen – spätestens alle 6 Wochen – an fehlende Unterlagen bzw. Informationen und setzen Sie darüber in Kenntnis.

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

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 Hörhil-

fen, 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 Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung 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, wird keine Leistung fällig. 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 6.2).

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 Annahmehentscheidung 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 Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang sowie die Dauer unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats zur vertragsgemäßen Leistung verpflichtet.

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

4 Nachprüfung der Berufsunfähigkeit

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

4.1.1 Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch und den Grad der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die Versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von 1.1.2 ausübt. Seit Eintritt der Berufsunfähigkeit neu erworbene berufliche Fähigkeiten werden dabei berücksichtigt, ebenso die Lebensstellung vor dem Versicherungsfall. Insofern können wir auch Angaben verlangen, ob die Versicherte Person eine Tätigkeit konkret im Sinne von 1.1.2 wieder ausübt oder ausgeübt hat.

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

4.1.3 Hat die Versicherte Person nach Beginn der Leistungen ihren ständigen Aufenthalt im Ausland, so können wir jederzeit verlangen, dass die Versicherte Person oder der Versicherungsnehmer Unterlagen über die Fortdauer der Berufsunfähigkeit und ihres Grades vorlegt. Die Kosten hierfür erstatten wir maximal nach den an unserem Sitz geltenden Maßstäben und im Rahmen dieser Bedingungen. Einmal jährlich können wir umfassende Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte in Deutschland verlangen. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

4.1.4 Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder die Wiederaufnahme bzw. die Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich anzeigen, sofern Sie Leistungen aus diesem Vertrag erhalten oder beantragt haben. Gleiches gilt bei Minderung der Pflegebedürftigkeit (Besonderheit bei Basisrentenverträgen siehe 1.3.3).

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

Leistungen. Diese Information können wir auch in Textform übermitteln.

Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des 3. Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Ist keine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert, muss die Beitragszahlung zu Beginn des darauf folgenden Beitragszahlungsabschnitts wieder aufgenommen werden.

4.1.6 Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (Besonderheit bei Basisrentenverträgen siehe 1.3.3) vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, mit der Folge dass keine der in 1.3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind, stellen wir unsere Leistungen ein. 4.1.5 Satz 2 bis 5 gelten entsprechend, wenn wir unsere Leistungen einstellen.

4.2 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?

Bei Tod der Versicherten Person enden die Leistungen. Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung endet am Ende des Sterbemonats.

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

durch die Versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr).

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

5.2 Was gilt bei Kontamination mit ABC-Stoffen?

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

6 Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten, Beitragsfreistellung und Kündigung

6.1 Welche Möglichkeiten der Überbrückung können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten nutzen?

Wenn Sie vorübergehend nicht in der Lage sind, die Beiträge zu zahlen, stehen außer der Beitragsfreistellung und Kündigung grundsätzlich weitere Möglichkeiten zur Verfügung, um Zahlungsschwierigkeiten zu überbrücken.

6.1.1 Vorbehaltlich der zum jeweiligen Zeitpunkt geltenden gesetzlichen Regelungen und vertragsbezogener Voraussetzungen, z. B. Vertragszustand der Hauptversicherung, stehen zur Verfügung:

- Stundung der fälligen Beiträge,
- befristete Beitragsfreistellung,
- Beitragsfreistellung mit anschließender Wiederin-

kraftsetzung.

Über Einzelheiten geben wir Ihnen bei drohenden Zahlungsschwierigkeiten gerne Auskunft. Kontaktieren Sie uns, damit wir gemeinsam nach einer Lösung für Sie suchen können.

6.1.2 Entsprechend den oben genannten Möglichkeiten räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch auf die Stundung der Beiträge und die befristete Beitragsfreistellung ein.

Stundung der Beiträge

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

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

Befristete Beitragsfreistellung

6.1.4 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 Tarifikalkulation Ihres Vertrags.

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

6.2 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

Diese Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Setzen Sie die Beitragszahlung aus, verringert sich Ihr Versicherungsschutz.

Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit

6.2.1 Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung der Hauptversicherung und Zusatzversicherungen wird die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit im selben Umfang angepasst. Bei einer vollständigen Beitragsfreistellung endet die versicherte Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit, ebenso eine mitversicherte garantiert steigende Beitragsbefreiung (2.1.3).

Berufsunfähigkeitsrente

Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung vermindert sich eine versicherte Berufsunfähigkeitsrente. Bei vollständiger Beitragsfreistellung setzen wir eine versicherte Berufsunfähigkeitsrente auf eine beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente herab.

6.2.2 Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente wird zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Deckungskapitals mit gleichmäßiger Verteilung der Abschluss- und Vertriebskosten (siehe 6.2.6), vermindert um ausstehende Forderungen (z. B. rückständige Beiträge), errechnet.

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

6.2.3 Das zuletzt gegebene Verhältnis zwischen der versicherten Berufsunfähigkeitsrente und der garantierten Leistung aus der Hauptversicherung bzw. der Beitragssumme der Hauptversicherung kann sich ändern, insbesondere wenn dies aus steuerlichen Gründen erforderlich ist.

6.2.4 Eine Fortführung der Zusatzversicherung bei einer Beitragsfreistellung ist allerdings nur möglich,

wenn die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens 600 Euro pro Jahr beträgt. Reicht der aus der Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehende Betrag nicht aus, wird keine Leistung fällig. Damit endet die Zusatzversicherung.

Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung

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

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

Sonstige Regelungen

6.2.6 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 Höchstzillmersätze angesetzt. Es gelten die entsprechenden Kosten gemäß Abschnitt 10 der Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung.

6.3 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?

6.3.1 Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen. In den letzten 5 Versicherungsjahren vor Ablauf der Hauptversicherung, bei Rentenversicherungen in den letzten 5 Jahren vor dem (spätesten) vereinbarten Rentenbeginn kann die Zusatzversicherung jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden.

6.3.2 Eine Zusatzversicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind (beitragsfreie Zusatzversicherung), können Sie nur zusammen mit der Hauptversi-

cherung kündigen.

6.3.3 Eine Kündigung ist mit Nachteilen für Sie verbunden. Bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden die Beiträge im Wesentlichen durch das getragene Risiko verbraucht. Des Weiteren müssen wir die Kosten für das Einziehen der Beiträge und die Verwaltung der Versicherung aus den Beiträgen bestreiten. Für die Beratung bei Abschluss einer Versicherung insbesondere durch den Vermittler und das Einrichten eines Vertrags entstehen ebenfalls Kosten.

Bei Kündigung kein Rückkaufswert fällig.

6.3.4 Mit Kündigung erlischt die Zusatzversicherung.

7 Sonstige Änderungen der Versicherung

7.1 Welche Bestimmungen können geändert werden?

7.1.1 Wir sind berechtigt, wenn es zur Fortführung dieser Zusatzversicherung 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.

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

7.1.3 Wir verzichten auf das Recht zur Anpassung der Beiträge gemäß § 163 VVG.

7.2 Welche Nachversicherungsgarantie gibt es?

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

Anlässe für eine Anpassung

7.2.2 Sie haben das Recht, den Versicherungsumfang der bestehenden beitragspflichtigen Berufsunfähigkeits-

Zusatzversicherung 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 der 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 Richtlinien. Diese stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Umfang der Anpassung

7.2.3 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-Erhöhen werden angerechnet. Eine Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente wird nur soweit durchgeführt, bis die bei Swiss Life insgesamt versicherte Berufsunfähigkeitsrente 2.500 Euro bzw. 4.000 Euro im Monat erreicht hat. Der maßgebliche Betrag ist im Versicherungsschein genannt. Alle bestehenden versicherten Renten und Bonusrenten werden dabei addiert.

Die Erhöhung der monatlichen Berufsunfähigkeitsrente muss mindestens 100 Euro betragen.

7.2.4 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.

7.3 Welche Option gibt es beim Überschussverwendungs-System Bonusrente?

Sinkt die in Prozent der versicherten Rente bemessene Bonusrente durch Anpassung des Überschussanteilsatzes, können Sie sich ohne erneute Gesundheitsprüfung in der Höhe so nachversichern, dass Ihr bisheriger Versicherungsschutz erhalten bleibt, sofern Berufsunfähigkeit noch nicht eingetreten ist.

8 Weitere Bestimmungen

8.1 Abzug bei Beitragsfreistellung

8.1.1 Es ist vereinbart, dass im Falle einer Beitragsfreistellung kein Abzug erfolgt.

8.2 Rechnungsgrundlagen

8.2.1 Die geschlechtsunabhängige Tarifikalkulation basiert auf Invalidisierungstabellen 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 Swiss Life BUZ 4U abweichend auf Invalidisierungstabellen SL 2013 I (A).

8.3 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

8.3.1 Diese Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet bzw. bei Rentenversicherungen die Rente beginnt, erlischt auch die Zusatzversicherung.

Die ergänzenden Leistungen müssen in einem einheitlichen Vertrag mit der Hauptversicherung geregelt sein. Mehr als die Hälfte des Beitrags muss dabei auf die Altersvorsorge entfallen. Die Beiträge für Berufsunfähigkeitsrenten müssen somit weniger als 50 % betragen.

8.3.2 Ist unsere Leistungspflicht aus dieser Zusatzversicherung anerkannt oder festgestellt, berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie die Beiträge während der beitragsbefreiten Zeit unverändert weiter gezahlt hätten.

Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus dieser Zusatzversicherung werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung 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.

8.3.3 Haben wir auf Ihr Verlangen Beiträge gestundet und besteht nach der Leistungsentscheidung kein Anspruch auf Leistungen aufgrund von Berufsunfähigkeit, werden für den Stundungszeitraum, der 2 Jahre übersteigt, keine Zinsüberschussanteile auf Sparanteile der Hauptversicherung gewährt.

8.3.4 Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Es gelten die entsprechenden Kosten gemäß Abschnitt 10 der Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung.

9 Welche Regelungen gelten für Ihre Beteiligung an den Überschüssen?

9.1 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

9.1.1 Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit gemäß § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an den etwaigen Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). 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 Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) an den Überschüssen.

9.1.2 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 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.

9.1.3 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-, Langlebigkeits- 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 sogenannten 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.

9.1.4 Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung keine oder allenfalls geringe Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden diese jährlich neu ermittelt und nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch den Verträgen zugeordnet. Ein Anspruch auf Beteiligung an den Bewertungsreserven entsteht jedoch erst bei Vertragsende. Der dann für diesen Zeitpunkt ermittelte Betrag wird zur Hälfte zugeteilt. Auch während des Rentenbezugs werden wir Sie an den Bewertungsreserven beteiligen. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

9.2 Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

9.2.1 Diese Zusatzversicherung ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört zur Bestandsgruppe der Hauptversicherung, zu der diese Zusatzversicherung abgeschlossen wurde.

9.2.2 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.

9.3 Überschussbeteiligung vor Eintritt des Leistungsfalls

9.3.1 Die Überschussbeteiligung besteht aus Risiko-

und Kostenüberschussanteilen.

Die Überschussanteile werden von Versicherungsbeginn an erbracht.

Sie können sich bei Antragstellung für eines der nachstehenden Überschussverwendungs-Systeme (9.3.2 bis 9.3.4) entscheiden. Ein späterer Wechsel ist nur mit unserer Zustimmung möglich.

9.3.2 Beitragsverrechnung

Die jährlichen Überschussanteile werden während der Beitragszahlungsdauer der Zusatzversicherung 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.

9.3.3 Bonusrente

Die jährlichen Überschussanteile werden während der Versicherungsdauer der Zusatzversicherung für einjährige Bonusversicherungen verwendet, sodass nach Eintritt der Berufsunfähigkeit eine zusätzliche Leistung fällig wird. Die Bonusrente bemisst sich in Prozent der versicherten Berufsunfähigkeitsrente.

Tritt der Versicherungsfall nicht ein, werden aus dem Bonus keine Leistungen fällig. Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird der Bonus in demselben Verhältnis herabgesetzt wie die garantierte Versicherungsleistung.

Die Höhe der Bonusrente wird jährlich neu festgelegt.

9.3.4 Investment-Zuwachs

Die zugeteilten laufenden Überschussanteile werden dem Vertragsguthaben der Hauptversicherung zugeführt.

9.4 Überschussbeteiligung nach Eintritt des Leistungsfalls durch Berufsunfähigkeit

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

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

Die laufenden Zinsüberschussanteile werden wie folgt verwendet:

9.4.2 Erhöhung der Rentenleistung aus laufenden Zinsüberschussanteilen

Die Überschussbeteiligung aus der Beitragsbefreiung und der Berufsunfähigkeitsrente (inkl. der Bonusrente, falls 9.3.3 gewählt) wird zur Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente verwendet. Die Erhöhung findet zu Beginn eines Versicherungsjahres statt und bemisst sich mit Hilfe eines jährlich neu festgelegten Prozentsatzes bezogen auf die bisher erreichte Gesamtleistung. Die erste Erhöhung erfolgt zu Beginn des auf den Leistungsbeginn folgenden Versicherungsjahres.

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

9.4.3 Ist nur eine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit versichert, wird die Überschussbeteiligung dem Vertragsguthaben der Hauptversicherung zugeführt.

9.4.4 Während der Bezugszeit von Berufsunfähigkeits-Rentenleistungen erhält Ihre Zusatzversicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (siehe 9.7).

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

Zusatzversicherungen mit laufender Beitragszahlung sind hinsichtlich der Beteiligung an den Bewertungsreserven (gemäß § 153 VVG) vor Eintritt der Berufsunfähigkeit **nicht überschussberechtig**; gleiches gilt bei abgekürzter Beitragszahlung. Daher gelten die Bestimmungen zur Beteiligung an den Bewertungsre-

serven in den Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung nicht.

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

9.6.1 Bei Beendigung der Zusatzversicherung erhält eine anspruchsberechtigte Zusatzversicherung den ihr zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden Regelung. Derzeit sieht § 153 Abs. 3 VVG 50 % der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Anspruchsberechtigt sind u. a. Zusatzversicherungen mit einmaliger Beitragszahlung.

Als Beendigung gelten Tod, Rückkauf oder Ablauf.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

9.6.2 Zunächst ermitteln wir die verteilungsfähigen Bewertungsreserven unseres Unternehmens. Verteilungsfähig sind Bewertungsreserven nur in dem Umfang, dass ein Versicherungsunternehmen seiner sich aus dem Versicherungsrecht ergebenden Verpflichtung, die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verträge sicherzustellen (§ 53c VAG), noch nachkommen kann. Der gemäß § 56a VAG zu ermittelnde Sicherungsbedarf wird dabei berücksichtigt.

Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven ermitteln wir zeitnah zum Zuteilungstermin.

Verteilungsschlüssel

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

Die verteilungsrelevanten Passivposten bestehen im Wesentlichen aus den versicherungstechnischen Brutorückstellungen zuzüglich der Verbindlichkeiten aus dem selbst abgeschlossenen Geschäft gegenüber Versicherungsnehmer, vermindert um „noch nicht fällige Ansprüche“ der Forderungen aus dem

selbst abgeschlossenen Geschäft an Versicherungsnehmer. Alle Positionen sind auf die anspruchsberechtigten Verträge abzugrenzen. Die verteilungsrelevante Bilanzsumme umfasst neben den vorgenannten Positionen der anspruchsberechtigten Verträge auch die entsprechenden Positionen für die nicht anspruchsberechtigten Verträge, das Eigenkapital (ohne nicht eingezahltes Grundkapital), das Genussrechtskapital, die nachrangigen Verbindlichkeiten, die Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen sowie den Saldo der Abrechnungsverbindlichkeiten und -forderungen aus dem in Rückdeckung gegebenen Geschäft.

Kapitalertragsschlüssel

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

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

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

9.7 Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt der Berufsunfähigkeit

9.7.1 Während der Bezugszeit von Rentenleistungen erhält Ihre Zusatzversicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven gemäß § 153 Abs. 1 und 3 VVG. Diese Beteiligung führt zu einer Erhöhung der laufenden Überschussbeteiligung aller Verträge in der Rentenbezugszeit. Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze wird die jeweilige Bewertungssituation berücksichtigt.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

9.7.2 Zunächst ermitteln wir die verteilungsfähigen Bewertungsreserven unseres Unternehmens. Verteilungsfähig sind Bewertungsreserven nur in dem Um-

fang, 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 Bewertungssituation der zurückliegenden Monate.

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

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

9.7.4 Dieser Betrag gemäß 9.7.3 wird mit dem Verhältnis der garantierten Jahres-Rentenleistung zur Deckungsrückstellung aller bestehenden Verträge in der Rentenbezugszeit multipliziert und den Rentenauszahlungen zugeordnet.

Verwendung

9.7.5 Der gemäß 9.7.4 ermittelte Betrag wird im Sinne von § 153 VVG zur Hälfte als laufender Überschuss zur Erhöhung der Überschussrente des Bestands verwendet und führt so zur Erhöhung Ihrer laufenden Rente. Die hierfür ermittelten Erhöhungssätze werden auf volle 0,05 % kaufmännisch gerundet. Die sich insgesamt ergebenden Überschussanteilsätze werden im Geschäftsbericht veröffentlicht.

9.8 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.

10 Welche Kriterien gelten bei Pflegebedürftigkeit?

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

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

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

Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

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

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

10.1.2 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.

10.1.3 Bei der Feststellung des in 10.1.2 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 10.1.1 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.

10.2 Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

10.2.1 Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverschwendung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens 3 der in 10.2.2 genannten Aktivitäten des täglichen Lebens – auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel – täglich der Hilfe einer anderen Person in erheblichem Umfang bedarf.

10.2.2 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.

len.

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 Bettschüssel 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.

10.3 Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz

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

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

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

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

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

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

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

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

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer

der folgenden 3 Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens 2 Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

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

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

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

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

Bei der Feststellung des Zeitaufwands ist ein Zeitauf-

wand 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.