

Allgemeine Bedingungen

für Ihre MetallRente.Erwerbsminderungsversicherung

MetallRente.EMI Plus
MetallRente.EMI Plus care
MetallRente.EMI Smart
MetallRente.EMI Smart care

Stand: 01.2018 (AVB_MR_EMV_2018_01)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere selbstständige Erwerbsminderungsversicherung entschieden haben. Diese Allgemeinen Bedingungen stellen die rechtliche Grundlage für unseren Vertrag dar.

Wenn wir in den folgenden Kapiteln die persönliche Anrede „Sie“ nutzen, sprechen wir damit unseren Vertragspartner an. Wir nennen ihn auch Versicherungsnehmer. Sie tragen alle Rechte und Pflichten aus dem Vertrag und können Vertragsänderungen beantragen. Die Versicherte Person ist die Grundlage für die Berechnung Ihrer vertraglichen Leistungen und stellt gleichzeitig das versicherte Risiko dar.

Ein Beispiel: Wird die Versicherte Person voll erwerbsgemindert, dann zahlen wir die vereinbarte Erwerbsminderungsrente aus. Wird der Versicherungsnehmer erwerbsgemindert, wird keine Vertragsleistung fällig.

Bestimmte Begriffe und Fachwörter haben wir unterstrichen. Diese markierten Wörter finden Sie im Anhang dieser Bedingungen. Dort erklären wir Ihnen diese. Die Unterstreichung bedeutet nicht, dass nur diese Stellen für das Vertragsverhältnis relevant sind.

Wenn wir Wörter nutzen, deren Schreibweise vom angesprochenen Geschlecht abhängt, verwenden wir nur die männliche Schreibweise. Der Text wird dadurch übersichtlicher, verständlicher, und das Lesen wird Ihnen leichter fallen.

Inhalt

| | | | | |
|----------|---|-----------|--|--|
| 1 | Versicherungsschutz | 4 | | |
| 1.1 | Wann beginnt der Versicherungsschutz? ... | 4 | | |
| 1.2 | Welche Personen können versichert werden?..... | 4 | | |
| 1.3 | Wann liegt volle Erwerbsminderung im Sinne dieser Bedingungen vor? | 4 | | |
| 1.4 | Wann liegt teilweise Erwerbsminderung vor?..... | 5 | | |
| 1.5 | Was gilt bei teilweiser Erwerbsminderung bei verschlossenem Arbeitsmarkt? | 5 | | |
| 1.6 | Wann liegt volle Erwerbsminderung wegen Pflegebedürftigkeit vor? | 5 | | |
| 1.7 | Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben oder bei Unterbrechung der Berufstätigkeit? | 5 | | |
| 1.8 | Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung der Erwerbsminderung bei Schülern, Auszubildenden und Studenten? | 5 | | |
| 1.9 | Wann endet Ihr Versicherungsschutz? | 5 | | |
| 1.10 | Wie sind das Versicherungsjahr und die Versicherungsperiode definiert? | 6 | | |
| 2 | Versicherungsleistungen | 6 | | |
| 2.1 | Welche Leistungen erbringen wir?..... | 6 | | |
| 2.2 | Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen? | 7 | | |
| 2.3 | Ab wann und an wen werden Leistungen gewährt?..... | 8 | | |
| 2.4 | Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab? | 8 | | |
| 2.5 | Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt? | 9 | | |
| 2.6 | Wer erhält die Versicherungsleistung? | 10 | | |
| 3 | Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten | 10 | | |
| 3.1 | Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Erwerbsminderung verlangt werden? | 10 | | |
| 3.2 | Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? | 12 | | |
| 3.3 | Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht? | 13 | | |
| 3.4 | Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?..... | 14 | | |
| 3.5 | Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie? | 14 | | |
| 3.6 | Was gilt bei Tod der Versicherten Person? | 14 | | |
| 4 | Nachprüfung der Erwerbsminderung | 15 | | |
| 4.1 | Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Erwerbsminderung? | 15 | | |
| 4.2 | Wann endet der Anspruch auf Leistungen? | 15 | | |
| 5 | Ausschlüsse | 16 | | |
| 5.1 | In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? | 16 | | |
| 6 | Beitragszahlung | 16 | | |
| 6.1 | Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten und was ist vereinbart?..... | 16 | | |
| 6.2 | Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? | 17 | | |
| 7 | Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten | 18 | | |
| 7.1 | Welche Kosten entstehen? | 18 | | |
| 7.2 | Für Ihren Versicherungsvertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart..... | 18 | | |
| 7.3 | Höhe der anfallenden Kosten..... | 18 | | |
| 8 | Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung | 18 | | |
| 8.1 | Welchen Hintergrund hat der Abzug? | 19 | | |
| 8.2 | Angemessenheit des Abzugs..... | 19 | | |
| 9 | Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten, Beitragsfreistellung und Kündigung | 19 | | |
| 9.1 | Welche Möglichkeiten der Überbrückung können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten nutzen?..... | 19 | | |
| 9.2 | Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen? | 20 | | |
| 9.3 | Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies? | 22 | | |

| | |
|---|----|
| 10 Sonstige Änderungen der Versicherung. 22 | |
| 10.1 Welche Bestimmungen können geändert werden?..... | 22 |
| 10.2 Welche Nachversicherungsgarantie gibt es?..... | 22 |
| 10.3 Welche Option gibt es beim Überschussverwendungs-System Bonusrente? | 23 |
| 10.4 Welches Umwandlungsrecht besteht bei einer Änderung der Erwerbsminderungsrente (6. Sozialgesetzbuch)?..... | 24 |
| 11 Weitere Bestimmungen 24 | |
| 11.1 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? | 24 |
| 11.2 Welche Kosten/Steuern stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung? | 24 |
| 11.3 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? | 25 |
| 11.4 Wo ist der Gerichtsstand und wohin können Sie sich bei Beschwerden wenden? | 25 |
| 11.5 Können Sie den Versicherungsvertrag widerrufen?..... | 26 |
| 12 Welche Regelungen gelten für Ihre Beteiligung an den Überschüssen? 26 | |
| 12.1 Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags | 26 |
| 12.2 Überschussbeteiligung vor Eintritt des Leistungsfalls..... | 26 |
| 12.3 Überschussbeteiligung nach Eintritt des Leistungsfalls durch Erwerbsminderung ... | 26 |
| 12.4 Beteiligung an den Bewertungsreserven bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung vor Eintritt des Leistungsfalls..... | 27 |
| 12.5 Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt der Erwerbsminderung | 27 |
| 12.6 Information über die Höhe der Überschussbeteiligung | 28 |
| 13 Welche Kriterien gelten bei Pflegebedürftigkeit? 28 | |
| 13.1 Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2017) | 28 |
| 13.2 Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens | 29 |
| 13.3 Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz | 30 |
| 14 Welche Besonderheiten gelten für MetallRente.EMI Smart und MetallRente.EMI Smart care? 30 | |
| 14.1 Welche Leistungsmerkmale können nicht vereinbart werden?..... | 30 |
| 15 Erläuterung wichtiger Begriffe 31 | |
| Anhang: Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, Stand 01.01.2017) .. 33 | |

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:

- 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,
- 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 organisieren.

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-, Pflege- oder Altersvorsorge besteht, versichert werden. Voraussetzungen für

Lebensgefährten sind, dass er nicht verheiratet ist und ein gemeinsamer Haushalt innerhalb der gleichen Wohnung nachweislich mindestens zwei 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 volle Erwerbsminderung im Sinne dieser Bedingungen vor?

1.3.1 Volle Erwerbsminderung liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein und kein Entgelt oberhalb der Grenze für geringfügig entlohnte Beschäftigung (§ 8 Sozialgesetzbuch IV) erzielt hat oder erzielen wird.

Als volle Erwerbsminderung gilt auch Pflegebedürftigkeit gemäß 1.6.

1.3.2 Für die Frage, ob die Versicherte Person eine Erwerbstätigkeit ausüben kann, kommt es ausschließlich auf die gesundheitlichen Verhältnisse der Versicherten Person an. Nicht berücksichtigt werden der zuletzt ausgeübte Beruf, die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten sowie die bisherige Lebensstellung, insbesondere das bislang erzielte Einkommen.

1.3.3 Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen. Als Erwerbstätigkeit gelten alle Tätigkeiten, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich sind und alle selbstständigen Tätigkeiten. Unberücksichtigt bleiben z. B. Tätigkeiten, die von Behinderten nur in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausgeführt werden können.

1.4 Wann liegt teilweise Erwerbsminderung vor?

1.4.1 Teilweise Erwerbsminderung liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

1.4.2 Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann. Als Erwerbstätigkeit gilt 1.3.3 Satz 2 und 3.

1.5 Was gilt bei teilweiser Erwerbsminderung bei verschlossenem Arbeitsmarkt?

Sofern Leistungen bei teilweiser Erwerbsminderung versichert sind: Bei Vorliegen einer teilweisen Erwerbsminderung wird eine Rente wegen voller Erwerbsminderung als sogenannte Arbeitsmarkrente geleistet, wenn der (Teilzeit-)Arbeitsmarkt als verschlossen gilt. Das ist der Fall, wenn die Versicherte Person länger als ein Jahr keinen seinem Restleistungsvermögen entsprechenden (Teilzeit-)Arbeitsplatz innehat und der Versicherten Person der allgemeine (Teilzeit-)Arbeitsmarkt nicht offen steht. Der Nachweis kann regelmäßig durch einen entsprechenden Leistungsbescheid des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht werden.

1.6 Wann liegt volle Erwerbsminderung wegen Pflegebedürftigkeit vor?

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

- Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 oder höher nach den Definitionen der

§§ 14 und 15 des SGB XI mit Stand vom 01.01.2017 (siehe 13.1) oder

- Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei drei von sechs 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 sechs Monate bestehen oder mindestens sechs Monate bestanden haben. Dies ist ärztlich nach objektiven und medizinischen Maßstäben festzustellen.

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

1.7.1 Auch nach Ausscheiden aus dem Berufsleben (z. B. passive Altersteilzeit) oder bei Unterbrechung der Berufstätigkeit (z. B. Arbeitslosigkeit) können Sie Ihre bestehende Erwerbsminderungsversicherung fortführen. Werden in dieser Zeit Leistungen beantragt, so gelten für die Beurteilung der Erwerbsminderung 1.3 bis 1.6.

1.8 Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung der Erwerbsminderung bei Schülern, Auszubildenden und Studenten?

1.8.1 Während einer Schulausbildung, Berufsausbildung oder eines Voll- oder Teilzeitstudiums gelten für die Beurteilung der Erwerbsminderung 1.3 bis 1.6.

1.9 Wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet mit dem Tod der Versicherten Person, mit Kündigung des Vertrags bzw. mit dem Ablaufdatum der Versicherungsdauer. Er endet auch bei Beitragsfreistellung, wenn die beitragsfreie Mindestrente nicht erreicht wird.

1.10 Wie sind das Versicherungsjahr und die Versicherungsperiode definiert?

Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

1.10.1 Ein Versicherungsjahr beginnt mit dem Monat des im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginns und dauert grundsätzlich zwölf 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

1.10.2 Beträgt der Zeitraum vom Kalendermonat des Versicherungsbeginns bis zum Kalendermonat, der mit dem Ablauf der Versicherung zusammenfällt, weniger als zwölf Monate, so liegt ein sogenanntes 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).

2 Versicherungsleistungen

2.1 Welche Leistungen erbringen wir?

Wird die Versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung, frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes, erwerbsgemindert, erbringen wir in Abhängigkeit vom Grad der Erwerbsminderung (volle oder teilweise Erwerbsminderung) und des versicherten Leistungsumfangs folgende Leistungen:

Zahlung einer Rente

2.1.1 Wir zahlen die zum Zeitpunkt des Eintritts der vollen Erwerbsminderung vereinbarte Rente monatlich im Voraus. Sofern mitversichert, zahlen

wir bei teilweiser Erwerbsminderung die Hälfte der vollen Erwerbsminderungsrente.

Befreiung von der Beitragszahlungspflicht

2.1.2 Sie sind ab dem Monat nach Eintritt der Erwerbsminderung von der Zahlung der Beiträge, die zum Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsminderung vereinbart sind (siehe 2.3.1), befreit. Bei teilweiser Erwerbsminderung (sofern mitversichert) sind Sie ebenfalls vollständig von der Zahlung der Beiträge befreit.

Garantierte Rentensteigerung, sofern diese mitversichert ist

2.1.3 Zusätzlich zur Rente (2.1.1) können Sie bei MetallRente.EMI Plus gegen Mehrbeitrag eine garantierte jährliche Rentensteigerung bei Erwerbsminderung 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 Erwerbsminderung vor Ablauf der Versicherungsdauer, wird der Vertrag wieder beitragspflichtig wie unmittelbar vor Eintritt der Erwerbsminderung. Falls eine garantierte Rentensteigerung erbracht wurde, werden die Steigerungen bei erneuter Erwerbsminderung nicht angerechnet, sondern die Steigerungen beginnen wieder von neuem.

Weiterzahlung der Erwerbsminderungsrente 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 wegen Pflegebedürftigkeit voll erwerbsgemindert gemäß 1.6 ist. Die Erwerbsminderungsrente wird dann so lange weitergezahlt, wie volle Erwerbs-

minderung 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 Erwerbsminderung aufgrund Pflegebedürftigkeit und Erwerbsminderung aus anderen Gründen ist ausgeschlossen.

Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe

2.1.5 Endet die Erwerbsminderung nach einer unbefristet anerkannten Versicherungsleistung (siehe 4.1.1) und besteht die vereinbarte Leistungsdauer noch mindestens zwölf Monate, wird eine einmalige Wiedereingliederungshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten (garantierte Rente zuzüglich bereits erreichte garantierte Rentensteigerung) geleistet. Der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe besteht pro Vertragsverhältnis einmal und ist für alle beim Konsortium MetallRente.Arbeitskraftabsicherung bestehenden Vertragsverhältnisse auf insgesamt höchstens 12.000 Euro begrenzt.

Rechnungsgrundlagen

2.1.6 Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf Invalidisierungstafeln SL 2015 E, Tafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV 2008 T, DAV 1998 TE, DAV 1998 RE) und einem Rechnungszins in Höhe von 0,9 Prozent.

Sonstige Regelungen

2.1.7 Unser Versicherungsschutz besteht weltweit.

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

2.1.9 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 Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?

Stundung der Beiträge während der Leistungsprüfung

2.2.1 Nach Anmeldung von Erwerbsminderung sind die Beiträge weiter zu zahlen. Auf Verlangen stunden wir die Beiträge bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht und darüber hinaus, sollte es zu einem gerichtlichen Verfahren kommen, bis zu dessen Abschluss.

Eine Stundung erfolgt längstens jedoch für fünf Jahre nach Anmeldung. Stundungszinsen berechnen wir dabei nicht.

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

2.2.2 Soweit wir keine Leistungen anerkennen, sind nach Ablauf der Stundung 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.

2.2.3 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, verzinst mit dem bei Vertragsabschluss vereinbarten Rechnungszins, zurück.

Unterstützung während der Laufzeit des Vertrags

2.2.4 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.

2.3 Ab wann und an wen werden Leistungen gewährt?

2.3.1 Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Beginn des Kalendermonats nach Eintritt der Erwerbsminderung (= Beginn des sechsmonatigen Zeitraums gemäß 1.3.1).

Meldefrist

2.3.2 Für die Anmeldung von Leistungsansprüchen ist keine Meldefrist vereinbart. Werden jedoch Ansprüche so spät angemeldet, dass der Eintritt der Erwerbsminderung 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

2.3.3 Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind..

2.4 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?

2.4.1 Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Erwerbsminderungsversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von vier 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 sechs Wochen – an fehlende Unterlagen bzw. Informationen und setzen Sie darüber in Kenntnis.

2.4.2 Liegen uns alle Unterlagen und die von uns eingeholten Informationen (siehe 3.1.2) vor, erklären wir innerhalb von vier Wochen, ob und ab wann wir Leistungen aus der Erwerbsminderungsversicherung (siehe 4.1) anerkennen.

Befristetes Anerkenntnis

2.4.3 Grundsätzlich sprechen wir bei Erwerbsminderung kein befristetes Anerkenntnis aus. In begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis für einen Leistungszeitraum von bis zu maximal zwölf Monaten in Textform aussprechen.

2.4.4 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 Gründen ein Ende der Erwerbsminderung zu erwarten ist.

2.4.5 Die Prüfung der Fortdauer der Erwerbsminderung 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 2.4.3 verzichten wir.

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

2.5 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

2.5.1 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 Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) an den Überschüssen.

2.5.2 Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Erwerbsminderungsrisiko 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 (Erwerbsminderungsrisiko und Sterblichkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 90 Prozent und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 Prozent (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derje-

nigen 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 Prozent vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Daraus werden zunächst die garantierten Versicherungsleistungen finanziert. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

2.5.3 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 § 140 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Abs. 1 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.

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

2.6 Wer erhält die Versicherungsleistung?

2.6.1 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 in Textform widerrufen.

2.6.2 Sie können ausdrücklich 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.

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

3 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

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

3.1 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Erwerbsminderung verlangt werden?

Zur Feststellung unserer vertraglichen Verpflichtung können wir Auskünfte in zweistufiger Form verlangen, zur Feststellung unserer Leistungspflicht muss von Ihnen der Nachweis des Bestehens von bedingungsgemäßer Erwerbsminderung der Versicherten Person erbracht werden.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskunft über die steuerliche Ansässigkeit vorgelegt wird.

Die Feststellung unserer vertraglichen Verpflichtung nehmen wir in zweistufiger Form vor. Wir können von der Versicherten Person auf der ersten Stufe verlangen, dass sie uns ermächtigt, bei ihrer Krankenkasse und/oder ihrem Hausarzt Informationen über ärztliche Behandlungen und Behandlungszeiträume ohne Angabe von Befunden für den Zeitraum der vorvertraglichen Anzeigepflicht einzuholen oder uns die erforderlichen Auskünfte auf eigene Nachfrage zur Verfügung stellt. Ergeben sich aus diesen Informationen Anhaltspunkte für die Verletzung von vorvertraglichen Anzeigepflichten, können wir von der Versicherten Person auf der zweiten Stufe verlangen, dass sie uns ermächtigt, bei ihrer Krankenkasse und/oder den behandelnden Ärzten Informationen auch über Befunde, Diagnosen und Arbeitsunfähigkeitszeiträume für den Zeitraum der vorvertraglichen Anzeigepflicht einzuholen oder uns die erforderlichen Auskünfte auf eigene Nachfrage zur Verfügung stellt. Die Versicherte Person ist nicht zur Mitwirkung verpflichtet. Solange die Mitwirkung verweigert wird, können wir die weitere Leistungsprüfung verweigern. Die Versicherungsleistung wird dann nicht fällig.

Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen

3.1.1 Für Leistungen wegen Erwerbsminderung sind uns unverzüglich einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Erwerbsminderung, z. B. das Gut-

achten und den Leistungsbescheid des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung,

- 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 Erwerbsfähigkeit, oder über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit,
- Unterlagen über die berufliche Entwicklung der Versicherten Person und die berufliche Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsminderung; hierzu zählen auch Nachweise über die wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse und ihre Veränderungen vor und nach Eintritt der Erwerbsminderung (z. B. Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen).

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

3.1.2 Wir können darüber hinaus auf unsere Kosten 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 sogenannten Vertragsärzte.

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.

Wir können zur Feststellung der Leistungspflicht wegen Erwerbsminderung 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, oder uns die erforderlichen Auskünfte und Nachweise auf eigene Nachfrage bei den vorgenannten Institutionen und Personen zur Verfügung stellt. Hat die Versicherte Person eine Ermächtigung bei Abgabe der Vertragserklärung erteilt, werden wir diese vor der Erhebung einer solchen Auskunft informieren. Die Versicherte Person kann der Erhebung widersprechen. Die Versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn sie jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt hat. Erhalten wir keine zur Beurteilung der Voraussetzungen von Erwerbsminderung notwendigen Auskünfte und Nachweise, kann dies dazu führen, dass die Versicherungsleistung nicht fällig wird und wir keine Leistungen erbringen müssen.

Hinweis zu Arztanordnungen

3.1.3 Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Erwerbsminderungsversicherung. Davon ausgenommen sind der ärztlich empfohlene Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie ärztlich empfohlene Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind, wenn diese Hilfsmittel bzw. Heilbehandlungen eine sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten und zu einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit führen können.

3.1.4 Lässt die Versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete, insbesondere operative operative Behandlungsmaßnahmen zur Heilung oder Minderung der Erwerbsminderung nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen.

Während des Leistungsbezugs

3.1.5 Werden wegen Erhöhung des Grades der Erwerbsminderung höhere Leistungen verlangt, so gelten 3.1.1 und 3.1.2 sinngemäß. Eine Leistung aufgrund eines erhöhten Grades der Erwerbsminderung 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 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 Bedin-

gungen, 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 zehn Prozent oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform 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 fünf 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 zehn 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 Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang sowie die Dauer unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats zur vertragsgemäßen Leistung verpflichtet.

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

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

3.4.1 Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme grundsätzlich nicht bevollmächtigt.

3.4.2 Wenn sich Ihre Anschrift ändert, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Tun Sie dies nicht, können Ihnen Nachteile entstehen: Wir können Ihnen Erklärungen zum Vertrag mit eingeschriebenem Brief an Ihre letzte Anschrift senden. Drei Tage danach gilt die Erklärung als bei Ihnen zugegangen – auch wenn Sie sie tatsächlich nicht erhalten haben. Dies gilt auch, wenn Sie Gewerbetreibender sind und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben. Dasselbe gilt, wenn Sie Ihren Namen ändern.

3.5 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

3.5.1 Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern spätestens innerhalb von

30 Tagen – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist. Dies betrifft insbesondere unwiderruflich bezugsberechtigte Personen sowie im Leistungsfall anspruchsberechtigte oder begünstigte Personen.

3.5.2 Notwendige Daten sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit, der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort, der Wohnsitz, die Postanschrift und die Bankverbindung oder der Status als US-Person im Sinne des US-Foreign Account Tax Compliance Act, z. B. durch Heirat, Erwerb einer Aufenthaltsbewilligung („Green Card“) oder einen längeren US-Aufenthalt. Zur eventuellen Klärung wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.

3.5.3 Falls Sie uns die notwendigen Daten nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die zur Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Daten zur Verfügung gestellt haben.

3.6 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?

3.6.1 Bei Tod der Versicherten Person enden die Leistungen. Die Erwerbsminderungsversicherung endet am Ende des Sterbemonats.

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

4 Nachprüfung der Erwerbsminderung

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

4.1.1 Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch und den Grad der Erwerbsminderung nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die Versicherte Person eine Erwerbstätigkeit ausübt oder ausüben kann. Insofern können wir auch darüber Angaben verlangen.

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 3.1.5 gelten entsprechend.

4.1.3 Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (Verminderung der Erwerbsminderung), die Wiederaufnahme bzw. die Änderung der beruflichen Tätigkeit oder Erhöhung des Entgelts über die Geringfügigkeitsgrenze (siehe 1.3.1) hinaus müssen Sie uns unverzüglich anzeigen, sofern Sie Leistungen aus diesem Vertrag erhalten oder beantragt haben. Gleiches gilt bei Minderung der Pflegebedürftigkeit oder Änderung des Leistungsbescheids eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung.

4.1.4 Ist die Erwerbsminderung (z. B. durch Besserung des Gesundheitszustands) weggefallen, stellen wir die Leistung ein. Bei Mitversicherung von Leistungen aufgrund teilweiser Erwerbsminderung (siehe 2.1.1) reduzieren wir die Leistung, wenn sich die Erwerbsminderung von einer vollen auf eine teilweise gemindert hat (Verbesserung

des Gesundheitszustands, Veränderung des Arbeitsmarkts). In diesen Fällen informieren wir den Anspruchsberechtigten schriftlich über die Veränderung und Einstellung der Leistungen. Diese Information können wir auch in Textform übermitteln.

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

4.1.5 Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die Voraussetzungen der Leistungspflicht wegen Erwerbsminderung entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform darlegen. Unsere Leistungen bei Erwerbsminderung können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen.

Auslandsaufenthalt

4.1.6 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 Erwerbsminderung 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.

4.2 Wann endet der Anspruch auf Leistungen?

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung endet, wenn

- Erwerbsminderung im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- die Versicherte Person stirbt oder
- das Ablaufdatum der Leistungsdauer erreicht ist.

Die Erwerbsminderungsversicherung 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 Kriegsergebnisse 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 erwerbsgemindert 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, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, durch absichtliche 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 Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde,
- 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, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.
- durch eine widerrechtliche Handlung, mit welcher der Versicherungsnehmer, Bezugsberechtigte oder der Drittberechtigte im Sinne des Strafrechts vorsätzlich sowie rechtswidrig die Erwerbsminderung der Versicherten Person herbeigeführt hat.

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.

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

Erstbeitrag

6.2.1 Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie uns nachweisen. **Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen**, sofern wir sie getragen haben.

6.2.2 Haben Sie Ihren Erstbeitrag noch nicht gezahlt und der Versicherungsfall tritt ein,

erbringen wir keine Leistung, sofern wir Sie auf diese Rechtsfolge durch eine Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen schriftlichen Hinweis vorab aufmerksam gemacht haben. Haben Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten, erbringen wir dennoch die Leistung. Auch dies müssen Sie uns nachweisen.

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 zwei 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.

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, schicken wir Ihnen eine Mahnung. In der Mahnung setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Wochen. Wenn Sie innerhalb dieser Frist nicht zahlen, geschieht Folgendes:

- Wir kündigen den Vertrag.
- Dadurch vermindert sich der Versicherungsschutz wie nach einer Beitragsfreistellung (siehe 9.2) oder er entfällt (siehe 9.3.2), sofern nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch Zahlungsverzug besteht. Für die Beitragsfreistellung und die Kündigung gelten die Regelungen zur Beitragsfreistellung bzw. Kündigung.

Auf die hier genannten Folgen und weitere Details weisen wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hin. Die Kündigung kann bereits mit der Mahnung verbunden werden.

Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

7 Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten

7.1 Welche Kosten entstehen?

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

7.1.2 Zu den **Abschluss- und Vertriebskosten** gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den **übrigen Kosten** gehören insbesondere die **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.

7.1.4 Die nachfolgend beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung keine Mittel für die Bildung einer

beitragsfreien Erwerbsminderungsrente vorhanden sind.

7.2 Für Ihren Versicherungsvertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart

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 und Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode bestimmt sind.

Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist gemäß Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 Prozent der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt. Auch bei späteren Erhöhungen gehen wir nach dem dargestellten Verfahren vor.

7.3 Höhe der anfallenden Kosten

Die Höhe der anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Kosten für die laufende Verwaltung zu Ihrem Vertrag ist in den vorvertraglichen Informationen, die vor Antragstellung ausgehändigt werden, beziffert..

8 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung

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 einer Beitragsfreistellung gehen diese zukünftig eingeplanten Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren. Deshalb müssen diese 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 Versichertenbestands ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer 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 zwölf Monaten eine Stundung oder Teilstundung der fälligen Beiträge unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes in Textform 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 Betrag 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 in Textform 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.

Besonderheiten bei Elternzeit, Kindererziehungszeit und Arbeitslosigkeit – EMIprotect

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 fünf Euro pro Monat zu reduzieren. Den Zeitraum der Beitragsreduktion nennen wir EMIprotect; er beträgt mindestens sechs Monate. Werden Sie in dieser Zeit erwerbsgemindert im Sinne dieser Bedingungen, erhalten Sie während der Dauer der Erwerbsminderung 70 Prozent der zuletzt vor EMIprotect versicherten Erwerbsminderungsrente; Ihre Beitragszahlungspflicht ruht.

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

Voraussetzungen für EMIprotect:

- Sie erbringen einen Nachweis über das Vorliegen von Arbeitslosigkeit, Weiterbil-

dung 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 (EMIprotect) erhalten Sie zwei Weiterführungsangebote, die auf Basis Ihres ursprünglichen Beitrags (bei geringerer Leistung als vor EMIprotect) oder der ursprünglichen versicherten Leistung (bei höherem Beitrag als vor EMIprotect) erstellt sind. Die Weiterführungsangebote setzen voraus, dass während EMIprotect keine Erwerbsminderung eingetreten ist bzw. keine Leistungen aus der Erwerbsminderungsversicherung beantragt worden sind. Selbstverständlich können Sie auch früher Weiterführungsangebote anfordern. Auf eine Risikoprüfung verzichten wir. Nehmen Sie das Weiterführungsangebot nicht innerhalb des EMIprotect-Zeitraums an, erlischt der Vertrag zum Ende von EMIprotect.

9.1.4 Auf die Stundung der Beiträge und die befristete Beitragsfreistellung räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch ein; dieser besteht auch hinsichtlich EMIprotect, 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 EMIprotect. 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 in Textform 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 garantierten beitragsfreien Werte finden Sie im Versicherungsschein. Dabei wenden wir die gleichen Rechnungsgrundlagen wie vor der Beitragsfreistellung an und verlangen den in Abschnitt 8 beschriebenen Abzug.

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 Erwerbsminderungsrente 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 Erwerbsminderungsrente 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 Erwerbsminderungsrente mindestens 600 Euro pro Jahr beträgt.

Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die beitragsfreie Erwerbsminderungsrente 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 Beitragszahlungspflicht beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn die verbleibende garantierte beitragspflichtige Erwerbsminderungsrente 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 sechs 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 Höchstzillmersätze angesetzt (siehe Abschnitt 7).

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

9.3.1 Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode ganz oder teilweise in Textform 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 1.10.1 mit Ablauf dieser Frist.

Rückkaufswert bei Kündigung

9.3.2 Die Kündigung ist mit Nachteilen verbunden. **Bei Kündigung erlischt die Versicherung, es wird kein Rückkaufswert fällig.**

Teilweise Kündigung

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

Beitragsrückzahlung

9.3.4 Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung nach Eintritt der Erwerbsminderung

9.3.5 Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus der Erwerbsminderungsversicherung werden durch Kündigung nicht berührt; dies gilt auch dann, wenn die Erwerbsminderung 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.

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

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 Erwerbsminderungsversicherung bei MetallRente.EMI Plus und MetallRente.EMI Plus care (Tarif 133) 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 Bruttogehalts der Versicherten Person um mindestens zehn Prozent (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,
- Nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 Prozent für selbstständige Versicherte.
- 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 sechs Monaten nach Eintritt mindestens eines der genannten Ereignisse in Textform 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 erwerbsgemindert im Sinne unserer Bedingungen ist noch Leistungen aus einer Invaliditätsversicherung bei uns beantragt hat bzw. erhält.

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

10.2.3 Die Erhöhung der versicherten Leistungen ist – im Rahmen unserer Tarifgrenzen – insgesamt begrenzt auf maximal 100 Prozent der zu Vertragsbeginn versicherten Leistungen. Die bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Dynamikerhöhungen werden angerechnet. Eine Erhöhung der Erwerbsminderungsrente wird nur soweit durchgeführt, bis die beim Konsortium MetallRente.Arbeitskraftabsicherung insgesamt versicherte Invaliditätsrente 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 Erwerbsminderungsrente 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.

10.3 Welche Option gibt es beim Überschussverwendungs-System Bonusrente?

Sinkt die in Prozent der versicherten Rente bemessene Bonusrente (siehe 12.2.3) durch Anpassung des Überschussanteilsatzes, können Sie sich ohne erneute Gesundheitsprüfung in der Höhe so nachversichern, dass Ihr bisheriger Versicherungsschutz erhalten bleibt, sofern noch keine Erwerbsminderung eingetreten ist oder Erwerbsminderungsleistungen beantragt worden sind.

10.4 Welches Umwandlungsrecht besteht bei einer Änderung der Erwerbsminderungsrente (6. Sozialgesetzbuch)?

10.4.1 Bei einer Änderung der gesetzlichen Definition der vollen oder teilweisen Erwerbsminderung bleiben die diesem Vertrag zugrunde liegenden Begriffsbestimmungen und Leistungsvoraussetzungen unverändert.

10.4.2 Bietet Swiss Life eine Erwerbsminderungsversicherung an, die sich an der neuen Gesetzeslage orientiert, können Sie Ihre Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung auf denjenigen neuen Tarif umzustellen, dessen Leistungsumfang dieser bestehenden Versicherung am nächsten kommt. Diese Umstellungsmöglichkeit besteht nicht, wenn für die Versicherte Person bereits Leistungen aus einer gesetzlichen oder privaten Versicherung wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung erbracht werden oder beantragt sind bzw. die Umstellung auf den neuen Tarif unmittelbar zu Leistungen führen würde.

10.4.3 Die Umstellung kann – abhängig sowohl von der dann berücksichtigten neuen Gesetzeslage als auch von den von uns verwendeten Rechnungsgrundlagen – zu einer Erhöhung oder Verminderung der zu zahlenden Beiträge führen. Bei beitragsfreien Verträgen vermindert oder erhöht sich entsprechend die vereinbarte Leistung.

10.4.4 Der Tarifwechsel muss innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des neuen Tarifs Swiss Life mitgeteilt werden. Erst wenn der Vertrag umgestellt worden ist, orientiert sich die Definition der Erwerbsminderung an der neuen Gesetzeslage. Für den umgestellten Vertrag gelten dann ausschließlich die Versicherungsbedingungen und Rechnungsgrundlagen des neuen Tarifs.

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 Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

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

11.2.1 Falls aus besonderen, von Ihnen veranlasseten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht, können wir Ihnen – soweit nichts anderes vereinbart ist – die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag 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

- Ausstellen eines Ersatz-Versicherungsscheins 25 Euro
- Umstellung der Beitragszahlung auf Überweisung/Rechnung 12 Euro
- 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 drei 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 gegen Sie müssen 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

11.4.4 Falls Sie einmal Anlass für eine Beschwerde haben sollten, würden wir uns über eine Nachricht von Ihnen freuen. Gerne können Sie auch unser Kontaktformular auf unserer Website (www.swisslife.de/anregung-und-kritik) nutzen.

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. und nimmt damit an Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann teil. Damit ist für Sie als Verbraucher die Möglichkeit eröffnet, zur Schlichtung den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen. Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hierdurch für Sie unberührt.

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Für weitere Informationen:
www.versicherungsombudsmann.de

Darüber hinaus können Sie sich an die Aufsichtsbehörde wenden, wenn Sie mit unserer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn.

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.

Sofern Leistungen bei teilweiser Erwerbsminderung versichert sind, wird ein Zusatzüberschussanteil gewährt. Dieser Zusatzüberschussanteil wird jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgelegt. Dadurch kann die Höhe der deklarierten Beitragsverrechnung und Bonusrente jährlich schwanken.

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 an dem 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.

12.2.3 Bonusrente

Die jährlichen Überschussanteile werden während der Versicherungsdauer für einjährige Bonusversicherungen verwendet, sodass nach Eintritt der Erwerbsminderung eine zusätzliche Leistung fällig wird. Die Bonusrente bemisst sich in Prozent der garantierten Erwerbsminderungsrente.

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.

12.3 Überschussbeteiligung nach Eintritt des Leistungsfalls durch Erwerbsminderung

12.3.1 Ab Eintritt der Erwerbsminderung 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 12.3.4 beschrieben.

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

Die laufenden Zinsüberschussanteile werden wie folgt verwendet:

12.3.2 Erhöhung der Rentenleistung aus laufenden Zinsüberschussanteilen

Die Leistungen aus der Erwerbsminderungsversicherung 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 Erwerbsminderungs-Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (siehe 12.5).

Besonderheit bei Verträgen im Rahmen eines Konsortiums

12.3.4 Bei Ihrer Versicherung werden die Risiken von mehreren Versicherungsunternehmen im Rahmen eines Konsortiums gemeinsam getragen. Daher gehen in die Ermittlung der Beteiligung an dem Überschuss und der Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt des Leistungsfalls auch die Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven der beteiligten Konsortialgesellschaften entsprechend den jeweiligen Konsortialanteilen ein. Die Höhe der Beteiligung an dem 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.

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

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

12.5 Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt der Erwerbsminderung

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 Bewertungsreservensituation berücksichtigt. Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

12.5.2 Zunächst ermitteln wir die verteilungsfähigen Bewertungsreserven unseres Unternehmens. Verteilungsfähig sind Bewertungsreserven nur in dem Umfang, dass ein Versicherungsunternehmen seiner sich aus dem Versicherungsrecht ergebenden Verpflichtung, die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verträge sicherzustellen (§ 213 VAG), noch nachkommen kann. Der gemäß § 139 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. Weitere Informationen zur Ermittlung des Anteilsatzes finden Sie in unserem Geschäftsbericht.

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

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 Erwerbsminderungsrenten 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 01.01.2017)

13.1.1 Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Die Versicherte Person kann die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind pflegefachlich begründete Kriterien in den folgenden sechs Bereichen:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der oben genannten Bereiche berücksichtigt.

13.1.2 Gemäß § 15 SGB XI wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsverfahrens ein Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) nach der Schwere der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten ermittelt.

Hierbei werden den einzelnen Kriterien der sechs genannten Bereiche pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet. Die durch die Begutachtung festgestellten Einzelpunkte werden addiert und einem festgelegten Punktebereich zugeordnet. Jedem Punktebereich entsprechen festgelegte gewichtete Punkte. Aus den gewichteten Punkten aller Module werden durch Addition die Gesamtpunkte ermittelt. Die Zuordnung der Einzelpunkte zu Punktebereiche erfolgt nach den zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

13.1.3 Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 (erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten) liegt vor, wenn bei der Ermittlung des Pflegegrades im Rahmen des Begutachtungsverfahrens gemäß § 15 SGB XI eine Gesamtpunktzahl von 27 bis unter 47,5 Punkten ermittelt wurde.

Weitere Informationen zu den pflegefachlich begründeten Kriterien, der Anwendung des Begutachtungsverfahrens sowie den für diesen Vertrag maßgebenden Gesetzestext mit Stand vom 01.01.2017 finden Sie im Anhang. Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Leistungsänderung des Vertrags führen.

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 drei 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 sechs 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 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 Klostomiebeutel 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 inklusive Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test). Dabei müssen mindestens vier der folgenden sechs 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 Prozent der erreichbaren Punkte erreicht.

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

14 Welche Besonderheiten gelten für MetallRente.EMI Smart und MetallRente.EMI Smart care?

14.1 Welche Leistungsmerkmale können nicht vereinbart werden?

Die monatliche garantierte Rente bei voller Erwerbsminderung beträgt 300 Euro. Sie kann durch eine vereinbarte Beitragsdynamik erhöht werden.

Eine Beitragsdynamik kann nicht nachträglich eingeschlossen werden.

Eine garantierte Rentensteigerung (2.1.3) kann weder bei Vertragsabschluss noch nachträglich eingeschlossen werden.

Es ist keine Nachversicherung vereinbar. Die Regelungen zur Nachversicherungsmöglichkeit (10.2) gelten nicht für MetallRente.EMI Smart und MetallRente.EMI Smart care.

15 Erläuterung wichtiger Begriffe

Bezugsberechtigter

Ist die Person, die die Leistung erhält. Sie bestimmen den Begünstigten im Versicherungsvertrag.

Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz (siehe Geschäftsbericht) ausgewiesen sind.

Deckungskapital

Ist der Wert der Verpflichtungen, die uns durch den Versicherungsvertrag entstehen. Es wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet.

Deckungsrückstellung

Ist eine handelsrechtlich zu bildende Rückstellung auf der Passivseite der Bilanz. Sie dient dazu, die künftigen Leistungen sicherzustellen.

Erklärungen

Sind Mitteilungen, die mindestens in Textform erfolgen müssen und einen rechtlichen Charakter haben können. Beispiel: Mitteilung zu Änderung des Begünstigten, Beantragung einer Beitragsfreistellung oder Kündigung.

Geltende Richtlinien

Sind unsere Regeln, in denen beispielsweise beschrieben wird, welche Berufe wir zu welchen Konditionen (z. B. Berufsgruppen) versichern. Bestimmte Berufe können gar nicht oder nur bis zu bestimmten Höchstsummen, Mindest- und Höchsteintrittsaltern oder mit Zuschlägen versichert werden. Weiterhin werden dort Summengrenzen für die medizinische und wirtschaftliche Risikoprüfung beschrieben. Die medizinische Risikoprüfung bezeichnen wir auch als Gesundheitsprüfung.

Höchstrichterliche Entscheidung

Ist eine bindende Entscheidung eines obersten Gerichts. Ein solches Gericht kann zum Beispiel der Bundesgerichtshof sein.

Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf Invalidisierungstafeln SL 2015 E, Tafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV 2008 T, DAV 1998 TE, DAV 1998 RE) und einem Rechnungszins in Höhe von 0,9 Prozent.

Textform

Wenn Sie uns oder wir Ihnen Mitteilungen machen, kann dies in unterschiedlicher Form geschehen. Wenn für eine Mitteilung die Textform gefordert ist, bedeutet dies Folgendes: Die Mitteilung kann dann per Brief, E-Mail oder Telefax erfolgen.

Überschussanteilsätze

Dies sind die konkreten Prozentsätze, mit denen wir unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen beteiligen. Sie können sich von Jahr zu Jahr oder auch in der Bezugsgröße unterscheiden. Beispiele: 1,0 Prozent des Beitrags oder 1,5 Prozent des Deckungskapitals. Lesen Sie dazu die Abschnitte 2.5 und 12.

Überschüsse

Überschüsse sind die Erträge, die wir erwirtschaften abzüglich unserer Aufwendungen. In der Lebensversicherung gibt es im Wesentlichen drei Überschussarten: Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse. Lesen Sie dazu die Abschnitte 2.5 und 12.

Überschussbeteiligung

An unseren Überschüssen und den Bewertungsreserven beteiligen wir Sie nach den gesetzlichen Vorschriften. Lesen Sie mehr in Abschnitt 2.5 und 12.

Überschussverwendungs-System

Bezeichnet die Art und Weise, wie die zugeteilten Überschussanteile verwendet werden.

Unverzüglich

Bedeutet „ohne schuldhaftes Zögern“. Umgangssprachlich versteht man damit: so schnell wie möglich.

Versicherte Person

Ist die Person, für die ein bestimmtes Risiko versichert ist. Diese Person ist im Versicherungsschein benannt. Ein Beispiel: Bei einer Grundfähigkeitsversicherung versichern wir für diese Person das Risiko, dass diese Person den Verlust einer Grundfähigkeit erleidet.

Versicherungsjahr

Sind in der Regel volle zwölf Monate ab dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung beginnt. Alle Versicherungsjahre eines Vertrags beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beispiel: Die Versicherung beginnt am 1. April um 00.00 Uhr. Ein Versicherungsjahr läuft dann vom 1. April 00.00 Uhr eines Jahres bis zum 31. März 24.00 Uhr des darauffolgenden Jahres. Wenn das erste Versicherungsjahr weniger als zwölf Monate beträgt, sprechen wir von einem Rumpfbeginnjahr.

Versicherungsnehmer

Ist die Person, die unser Vertragspartner ist. Sie schließt den Vertrag mit uns ab und erhält den Versicherungsschein. Grundsätzlich betreffen den Versicherungsnehmer alle Rechte und Pflichten,

die sich aus dem Vertrag ergeben. Der Versicherungsnehmer kann von der Versicherten Person und dem Begünstigten aus der Versicherung abweichen.

Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Beitragszahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Versicherungsschein

Ist eine Urkunde über unseren Versicherungsvertrag. Zu Beginn des Vertrags senden wir Ihnen den Versicherungsschein zu. Er enthält wichtige Daten zu Ihrer Versicherung, zum Beispiel: über die Beiträge, den Beginn der Versicherung oder die Versicherte Person. Den Versicherungsschein müssen Sie gut aufheben, da dieser erforderlich ist, um Leistungen aus der Versicherung zu erhalten.

Versicherungsvertrag

Ist die rechtliche Grundlage für die Versicherung, die Sie mit uns abschließen.

Anhang: Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, Stand 01.01.2017)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

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

1. Mobilität:

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

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten:

Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und auto-aggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression,

andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung:

Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

- a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeu-

tischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:

Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vorhaben von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Abs. 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 *Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument*

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Abs. 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegfachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schwere-

graden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1 die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf

führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Abs. 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.