

Allgemeine Bedingungen

für Ihre KlinikRente-Berufsunfähigkeitsversicherung (BUV)

KlinikRente.BU
KlinikRente.BU plus
KlinikRente.BU 4U
KlinikRente.BU 4U plus

Stand: 01.2017 (AVB_KR_BUV_2017_01)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung 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 berufsunfähig, dann zahlen wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente aus. Wird der Versicherungsnehmer berufsunfähig, wird keine Vertragsleistung fällig.

Bestimmten Berufsgruppen können wir aus Risikogründen keinen durchgängigen Berufsunfähigkeitsschutz anbieten. Der Versicherungsschutz beschränkt sich ab einem bestimmten Alter auf die Absicherung der Erwerbsunfähigkeit. Wir weisen in den Ihnen zur Verfügung gestellten Informationsunterlagen und im Versicherungsschein ausdrücklich darauf hin.

Bestimmte Begriffe und Fachwörter haben wir unterstrichen. Diese markierten Wörter finden Sie in Kapitel J 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.

A Wie funktioniert Ihre selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung?

Sie können bei Abschluss des Vertrags die Höhe der versicherten Rente bei Berufsunfähigkeit und die Vertragslaufzeit im Rahmen unserer geltenden Richtlinien individuell wählen.

Sie haben dabei die Wahl aus verschiedenen Systemen der Überschussverwendung. Ihre konkret getroffenen Vereinbarung können Sie den vorvertraglichen Informationen sowie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Im Falle einer Berufsunfähigkeit zahlen wir die vereinbarte Rente für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens bis zum Ablauf Ihres Vertrags. Die genauen Regelungen, wann Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, können Sie unter Kapitel E nachlesen.

Optional können Sie sich zusätzlich gegen die Risiken einer Arbeitsunfähigkeit während der Vertragslaufzeit absichern. Tritt eine Arbeitsunfähigkeit während der Versicherungsdauer ein, erbringen wir die vereinbarte Rente bei Berufsunfähigkeit für bis zu 24 Monate, ohne dass Sie hierfür bereits einen Antrag auf Berufsunfähigkeit stellen müssen (siehe 13.4).

Ein weiterer Vorteil: Bis zum Vertragsablauf ist Ihre Arbeitskraftabsicherung flexibel und Sie können auf die unterschiedlichsten Lebenssituationen reagieren:

- Nachversicherungsgarantie: Bei bestimmten Ereignissen können Sie Ihre vereinbarte Rentenleistung bei Berufsunfähigkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (siehe Kapitel I).
- Stufentarif: Für Auszubildende, Studenten und Berufseinsteiger bieten wir unsere selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit ermäßigtem Anfangsbeitrag an – und das bei vollem Risikoschutz (siehe Abschnitt 31).
- Zahlungsschwierigkeiten: Egal in welcher Lebensphase Sie sich befinden, Swiss Life bietet Ihnen umfangreiche Möglichkeiten, Ihren Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten (siehe Kapitel D).

Inhalt

A	Wie funktioniert Ihre selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung?.....	2	9.4	Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten.....	10
B	Unser Vertragsschluss.....	5	9.5	BUprotect	10
1	Wie kommt der Vertrag zwischen uns zustande?.....	5	E	Unsere Leistungen und Einschränkungen	11
2	Welche Personen können versichert werden?	5	10	Wann liegt eine Berufsunfähigkeit vor?	11
3	Wann beginnt der Versicherungsschutz?	5	10.1	Berufsunfähigkeit	11
4	Wann endet der Versicherungsschutz?	5	10.2	Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten	12
C	Beiträge und Kosten	6	10.3	Kriterien für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bei Schülern, Auszubildenden und Studenten	12
5	Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?	6	10.4	Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit	13
5.1	Zahlungsweise	6	10.5	Kriterien bei Pflegebedürftigkeit	13
5.2	Erstbeitrag	6	11	Welchen Einfluss hat eine Umorganisation?	15
5.3	Folgebeiträge	6	12	Welche Kriterien gelten nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben oder bei Unterbrechung der Berufstätigkeit?.....	15
6	Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?	6	13	Welche Leistungen erbringen wir?	15
6.1	Erstbeitrag	6	13.1	Zahlung einer Rente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.....	16
6.2	Folgebeitrag	7	13.2	Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe.....	16
7	Wie können Sie Ihre Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?.....	7	13.3	Garantierte Rentensteigerung.....	16
8	Welche Kosten erheben wir für Ihren Vertrag?	7	13.4	Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit	16
8.1	Für Ihren Vertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart	7	13.5	Welche Leistungen können sie zusätzlich in Anspruch nehmen?	18
8.2	Höhe der anfallenden Kosten	8	13.6	Rechnungsgrundlagen	18
8.3	Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung	8	13.7	Sonstige Regelungen.....	18
8.4	Welchen Hintergrund hat der Abzug?	8	14	Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?.....	18
8.5	Angemessenheit des Abzugs	8	15	Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	19
8.6	Sonstige Kosten.....	8	16	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	20
D	Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten.....	9	17	Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	20
9	Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen?..	9	17.1	Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangen?.....	21
9.1	Wie beantragen Sie eine Beitragsenkung oder Beitragsfreistellung?	9	17.2	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	22
9.2	Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?	9			
9.3	Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen?.....	10			

17.3 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?	23	26.2 Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert?	28
17.4 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?	24	26.3 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	28
17.5 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?.....	24	27 Wo können Sie sich beschweren?	28
F Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven	24	27.1 Schlichtungsstelle	29
18 Was ist eine Überschussbeteiligung?	24	27.2 Aufsichtsbehörden	29
18.1 Beteiligung an dem Überschuss.....	24	27.3 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?	29
18.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven	25	28 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?	29
19 Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?	25	28.1 Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?	30
19.1 Beitragsverrechnung.....	25	29 Welche Besonderheiten gelten für den Stufentarif?	30
20 Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu?	25	29.1 Wann und in welchem Umfang erhöht sich der Beitrag?	30
21 Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?	26	29.2 Vertragsänderungen und Einschränkungen	30
22 Wie beteiligen wir Sie nach Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?	26	29.3 Welche Abweichungen gelten bei der Nachversicherungsgarantie?	31
G Auszahlung von Leistungen	27	29.4 Welcher Beitrag ist bei Berufsunfähigkeit befreit?	31
23 Ab wann zahlen wir Leistungen aus?	27	I Nachversicherungsgarantie.....	31
24 An wen zahlen wir Leistungen aus?	27	30 Welche Nachversicherungsgarantien haben Sie?	31
25 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	27	J Kündigung des Vertrags	32
H Unser Vertragsverhältnis	28	31 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?	32
26 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen?	28	32 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?	32
26.1 Recht und Vertragssprache	28	K Erläuterung wichtiger Begriffe	33
		L Auszug aus dem Sozialgesetzbuch	35

B Unser Vertragsschluss

1 Wie kommt der Vertrag zwischen uns zustande?

Unser Vertrag kommt wie folgt zustande: Zuerst füllen Sie unser Antragsformular auf Abschluss vollständig und wahrheitsgemäß aus. Diesen Antrag schicken Sie oder Ihr Vermittler uns zu. Der Vertrag kommt in dem Moment zwischen uns zustande, wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten.

2 Welche Personen können versichert werden?

Versicherbar sind folgende Personen:

- Alle Arbeitnehmer, die in einem Unternehmen beschäftigt sind, das einer der Branchen des Versorgungswerks KlinikRente angehört (zurzeit Gesundheitswesen), unabhängig davon, ob diese tarifvertragsgebunden sind oder nicht,
- Alle Arbeitnehmer, die in einem Unternehmen beschäftigt sind, das die betriebliche Altersversorgung im Rahmen eines Durchführungsvertrags der betrieblichen Altersversorgung über das Versorgungswerk KlinikRente organisiert,
- Selbstständige, deren Unternehmen einer der Branchen des Versorgungswerks KlinikRente angehört (zurzeit Gesundheitswesen); 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 KlinikRente organisieren.
- Schüler mit einem gültigen Ausbildungsvertrag bei einem Unternehmen unterschrieben, das dem Gesundheitswesen angehört oder das die betriebliche Altersversorgung über das Versorgungswerk KlinikRente organisiert,
- Studenten, die in einem Studiengang eingeschrieben sind, dessen Zielberufe

überwiegend dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind.

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 KlinikRente eine Berufsunfähigkeits- oder Altersvorsorge besteht, versichert werden. Voraussetzung für Lebensgefährten ist, dass er nicht verheiratet ist und ein gemeinsamer Haushalt innerhalb der gleichen Wohnung nachweislich mindestens zwei Jahre besteht.

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

3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht frühestens, wenn Sie den Versicherungsschein erhalten. Wenn im Versicherungsschein ein späterer Zeitpunkt als Versicherungsbeginn genannt ist, beginnt Ihr Versicherungsschutz zu diesem späteren Zeitpunkt. Die Versicherung beginnt immer um 00.00 Uhr des Tages.

Hinweis: Unsere Leistungspflicht entfällt, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig zahlen. Lesen Sie dazu 6.1 und 6.2.

4 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet

- mit dem Tod der Versicherten Person,
- mit Kündigung des Vertrags,
- bei Beitragsfreistellung, wenn die beitragsfreie Mindestrente nicht erreicht wird,
- mit dem Ablaufdatum der Versicherungsdauer.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung endet, wenn

- Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- die Versicherte Person stirbt oder

- das Ablaufdatum der Leistungsdauer erreicht ist.

C Beiträge und Kosten

5 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?

5.1 Zahlungsweise

Laufende Beiträge können Sie in folgenden Zahlungsabschnitten zahlen:

- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich.

Sie können auch einen einmaligen Beitrag zahlen. Der Zahlungsabschnitt entspricht der Versicherungsperiode (wie im Versicherungsvertragsgesetz – VVG).

5.2 Erstbeitrag

Sie müssen Ihren Erstbeitrag oder einmaligen Beitrag sofort zahlen, nachdem Sie den Versicherungsschein erhalten haben. Sie müssen den Erstbeitrag jedoch nicht vor dem Versicherungsbeginn zahlen, der im Versicherungsschein angegeben ist.

Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Im Lastschriftverfahren gilt Ihr Beitrag als rechtzeitig bezahlt, wenn

- wir Ihren fälligen Beitrag einziehen können und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

Wenn wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn

- Sie den Vorfall nicht zu vertreten haben,
- wir Sie zur Zahlung aufgefordert haben und
- Sie Ihren Beitrag unverzüglich an uns überweisen.

5.3 Folgebeiträge

Alle folgenden Beiträge müssen Sie zu Beginn des vereinbarten Zahlungsabschnitts zahlen. Sie können die Beiträge im Lastschriftverfahren zahlen. Wir buchen Ihre Beiträge am Anfang eines Zahlungsabschnitts von dem Konto ab, das Sie uns angegeben haben. Ihr Beitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn

- wir Ihren fälligen Beitrag einziehen können und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

Wenn wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn

- Sie den Vorfall nicht zu vertreten haben,
- wir Sie zur Zahlung aufgefordert haben und
- Sie Ihren Beitrag unverzüglich an uns überweisen.

Wenn Sie Beiträge nicht gezahlt haben und der Versicherungsfall eingetreten ist, ziehen wir die fehlenden Beiträge von unseren Leistungen ab. Wir dürfen verlangen, dass Sie die Beiträge auf andere Weise als im Lastschriftverfahren zahlen, wenn

- wir den Beitrag wiederholt nicht einziehen konnten und
- Sie diese Vorfälle zu vertreten haben.

Alternativ können Sie Ihre Beiträge auch überweisen.

6 Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

6.1 Erstbeitrag

Wenn Sie den ersten oder einmaligen 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.

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 im Versicherungsschein

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 Folgebeitrag

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 Abschnitt 8) oder er entfällt (siehe Abschnitt 31), 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 Wie können Sie Ihre Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?

Sie können mit uns vereinbaren, dass sich Ihre Beiträge jedes Jahr automatisch erhöhen. Dies nennen wir dynamische Erhöhung oder Dynamik.

Lesen Sie dazu unsere Bedingungen für die Dynamik (Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung).

8 Welche Kosten erheben wir für Ihren Vertrag?

Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten

Mit Ihrem Versicherungsvertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert und werden Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

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.

Mit einem Teil dieser Kosten wird gemäß 8.1 vorgefahren. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Kosten für die laufende Verwaltung. Diese werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

8.1 Für Ihren Vertrag 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 Pro-

zent der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt. Auch bei späteren Erhöhungen gehen wir nach dem dargestellten Verfahren vor.

Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung keine Mittel zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind.

8.2 Höhe der anfallenden Kosten

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

8.3 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“.

8.4 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

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 neue Vertrag an bereits vorhandenen Sol-

venzmitteln. 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

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherten Personen mit einem hohen Risiko und Versicherten Personen mit 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.

8.5 Angemessenheit des Abzugs

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 und ein Ausgleich für verminderte Kapitalerträge 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.

8.6 Sonstige Kosten

Für bestimmte Geschäftsvorfälle erheben wir zusätzliche Kosten.

Diese Kosten betragen bei

- Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung und bei erloschenem Konto 10 Euro,
- Bei Beitragszahlung per Rechnung verlangen wir die Portokosten zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale von 3 Euro.

Kosten, die uns von dritter Seite in Rechnung gestellt werden (z. B. für Lastschriftrückläufer, Finanztransaktionskosten/-abgaben, Steuern) belasten wir Ihnen ebenfalls. Wir behalten uns vor, diese Kosten auch ohne Einzelnachweis pauschal geltend zu machen.

Kosten, die wir für ärztliche Untersuchungen im Rahmen der Gesundheitsprüfung übernommen haben, können wir von Ihnen verlangen, wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen und wir deshalb vom Vertrag zurücktreten.

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, setzen wir sie entsprechend herab.

D Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten

Wenn Sie Ihre Beiträge nicht zahlen können, bieten wir Ihnen folgende Wege, um Ihre Zahlungsschwierigkeiten zu überbrücken:

- Beiträge senken (Beitragssenkung, siehe 9.1)
- Keine Beiträge mehr bezahlen (Beitragsfreistellung, siehe 9.1)
- Beitragszahlung wieder aufnehmen (Wiederinkraftsetzung, siehe 9.3)
- Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten (siehe 9.4)
- Besonderheiten bei Elternzeit, Arbeitslosigkeit und Weiterbildung in Vollzeit (siehe 9.5)

Bitte sprechen Sie uns an, damit wir gemeinsam eine Lösung für Sie finden können.

9 Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen?

9.1 Wie beantragen Sie eine Beitragssenkung oder Beitragsfreistellung?

Sie können jederzeit zum nächsten Zahlungsabschnitt (Versicherungsperiode) Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen. Dies nennen wir Beitragssenkung bzw. Beitragsfreistellung. Sie können die Beitragszahlung auch nur für einen bestimmten Zeitraum senken oder einstellen (siehe auch 9.4). Sie müssen uns Ihren Wunsch in Textform mitteilen.

Wenn Sie den Beitrag senken oder die Beitragszahlung einstellen möchten, muss die reduzierte bzw. beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens 600 Euro jährlich betragen. Liegt die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente unter der genannten Grenze, endet der Vertrag und es wird keine Leistung fällig.

9.2 Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?

Wenn Sie die Beitragszahlung einstellen, verringert sich Ihre vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente. Die garantierten beitragsfreien Werte finden Sie im Versicherungsschein. Dabei wenden wir die gleichen Rechnungsgrundlagen wie vor der Beitragsfreistellung an und verlangen den in 8.3 beschriebenen Abzug. Die Berechnung erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation, die für Ihren 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 8) keine Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Auch in den Folgejahren und in den letzten Jahren vor Ablauf stehen wegen der benötigten Risikobeiträge keine oder nur geringe Mittel

für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung.

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

9.3 Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen?

Wenn Sie einen ganz oder teilweise beitragsfrei gestellten oder erloschenen Vertrag wieder in Kraft setzen möchten, haben wir das Recht, eine erneute Risikoprüfung 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.

9.4 Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten

Stundung der Beiträge

Sie können für einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten eine Stundung der fälligen Beiträge unter Beibehaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes in Textform verlangen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- der Vertrag besteht seit mindestens zwölf Monaten beitragspflichtig und
- seit dem Ablauf einer vorangegangenen Stundung sind mindestens zwölf Monate vergangen.

Hierfür erheben wir Stundungszinsen. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zum Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen. Die gestundeten Beiträge einschließlich der darauf entfallenden Stundungszinsen können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums

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

Befristete Beitragsfreistellung oder Beitragssenkung

Bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten haben Sie die Möglichkeit, für bis zu 18 Monate die Beitragszahlung ganz oder teilweise einzustellen. Das nennen wir befristete Beitragsfreistellung. Voraussetzung hierfür ist, dass die reduzierte oder beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens 600 Euro jährlich beträgt.

Nach Ablauf der befristeten Beitragsfreistellung führen wir Ihren Vertrag ohne erneute Risikoprüfung fort.

Sie können die beitragsfrei gestellte Zeit bei Wiederinkraftsetzung durch eine Erhöhung der Beiträge oder durch Nachzahlung der Beiträge unter Einrechnung entgangener Zinserträge ausgleichen. Wenn Sie die beitragsfrei gestellte Zeit nicht ausgleichen, sondern den ursprünglich vereinbarten Beitrag weiterhin zahlen, verringern sich die Leistungen entsprechend den versicherungsmathematischen Regeln der Tarifikalkulation Ihres Vertrags.

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

Auf die Stundung der Beiträge und die befristete Beitragsfreistellung räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch ein

9.5 BUprotect

Bei Arbeitslosigkeit, Weiterbildung in Vollzeit (z. B. Meisterschule) und im Rahmen des Mutterschutzes und der Elternzeit haben Sie die Möglichkeit, temporär Ihren Beitrag auf fünf Euro pro Monat zu reduzieren. Den Zeitraum der Beitragsreduktion nennen wir BUprotect, er beträgt mindestens sechs Monate. Werden Sie in dieser Zeit berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, erhalten Sie – unter Berücksichtigung der vereinbarten Karenzzeit – während der Dauer der Berufsunfähig-

higkeit 70 Prozent der zuletzt vor BUprotect versicherten BU-Rente.

Sofern Ihr Vertrag über ein ausreichend hohes Deckungskapital verfügt, können Sie BUprotect für bis zu 36 Monate beantragen. Sie können den ermittelten maximalen Zeitraum auch in mehrere Zeiträume aufteilen, wobei ein Zeitraum mindestens sechs Monate betragen muss. Eine vereinbarte Dynamik oder eine garantierte Leistungssteigerung ruht während dieses Zeitraums.

Eventuell bestehende Zusatzversicherungen werden für den Zeitraum von BUprotect ausgeschlossen.

Voraussetzungen für BUprotect:

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

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

Auch für BUprotect räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch ein, wenn Sie bei Vertragsabschluss nicht älter als 35 Jahre waren. Sollten Sie bei Vertragsabschluss älter gewesen sein, prüfen wir gerne individuell für Sie die Möglichkeit von BUprotect. Einen Rechtsanspruch darauf können wir Ihnen aber nicht einräumen.

E Unsere Leistungen und Einschränkungen

10 Wann liegt eine Berufsunfähigkeit vor?

10.1 Berufsunfähigkeit

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

Wir erbringen die versicherte Leistung, wenn ein Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent besteht. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit werden keine Leistungen fällig.

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

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

Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt. Sie beträgt jedoch maximal 20 Prozent.

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

Für bestimmte Berufe mit erhöhtem Risiko tritt abweichend von 10.1 ab z. B. dem 62. Lebensjahr die Erwerbsunfähigkeit an Stelle der Definition der Berufsunfähigkeit. Dann wird das Wort „Berufsunfähigkeit“ durch „Erwerbsunfähigkeit“ und das Wort „berufsunfähig“ durch „erwerbsunfähig“ in diesen Bedingungen ersetzt. **Wir weisen in den Ihnen zur Verfügung gestellten Informationsunterlagen und im Versicherungsschein ausdrücklich darauf hin.**

10.2 Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten

Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn von einer zuständigen Behörde ein teilweises oder vollständiges berufliches Tätigkeitsverbot gemäß § 31 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für sechs Monate ununterbrochen bestanden hat oder für sechs Monate ununterbrochen verfügt wird. Das verfügte Tätigkeitsverbot muss dabei zu einem Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent führen (Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten).

Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die Versicherte Person eine andere Tätigkeit tatsächlich ausübt, die im Hinblick auf die Ausbildung und Erfahrung sowie Lebensstellung der bisherigen Tätigkeit entspricht.

Die Prüfung der Berufsunfähigkeit infolge eines beruflichen Tätigkeitsverbots erfolgt ausschließlich auf Grundlage des IfSG in der Fassung vom 01.01.2001.

Die Versicherte Person muss das berufliche Tätigkeitsverbot durch Vorlage der Verfügung im Original oder einer amtlich beglaubigten Kopie nachweisen.

10.3 Kriterien für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bei Schülern, Auszubildenden und Studenten

Berufsunfähigkeit während der Schulausbildung

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Pflegebedürftigkeit, die ärztlich nachzuweisen sind, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, als Schüler am bisherigen regulären Schulunterricht ohne sonderpädagogischen Förderbedarf teilzunehmen. Eine abstrakte Verweisung auf eine andere Schulform erfolgt nicht.

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

Berufsunfähigkeit während der Berufsausbildung

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

Berufsunfähigkeit während eines Vollzeitstudiums

Während eines Vollzeitstudiums liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihr zuletzt betriebenes Studium fortzusetzen, und auch kein ande-

res Studium betreibt, das ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

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

10.4 Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit

Berufsunfähigkeit 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 10.5.1) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei drei von sechs Aktivitäten des täglichen Lebens (siehe 10.5.2) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz (siehe 10.5.3).

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.

10.5 Kriterien bei Pflegebedürftigkeit

10.5.1 Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2017)

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.

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 Punktebereichen erfolgt nach den zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

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.

10.5.2 Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

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

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 Kolostomiebeutels ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

10.5.3 Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz

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.

11 Welchen Einfluss hat eine Umorganisation?

Selbstständige und Gesellschafter-Geschäftsführer

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

Die konkret ausgeübte oder im Rahmen der Umorganisation ausübende Tätigkeit muss zumutbar

sein, d. h. aufgrund der Gesundheitsverhältnisse ausübbar sein sowie der Ausbildung und Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung entsprechen.

Arbeitnehmer

Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern verlangen wir keine Umorganisation.

12 Welche Kriterien gelten nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben oder bei Unterbrechung der Berufstätigkeit?

Auch nach Ausscheiden aus dem Berufsleben (z. B. passive Altersteilzeit) oder bei Unterbrechung der Berufstätigkeit (z. B. Arbeitslosigkeit) können Sie Ihre bestehende Berufsunfähigkeitsversicherung fortführen. Beantragen Sie in dieser Zeit Leistungen, so gilt für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit die vorher konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung.

Bei ununterbrochenen Zeiten des Mutterschutzes und der Elternzeit legen wir in den ersten fünf Jahren die vor der Unterbrechung ausgeübte Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung bei der Prüfung des Leistungsanspruchs zugrunde.

Der freiwillige Wechsel in eine andere Tätigkeit, z. B. als Hausfrau/-mann, gilt als Berufswechsel und nicht als Ausscheiden aus dem Beruf. Gleiches gilt für ununterbrochene Elternzeit ab dem sechsten Jahr. Nach einem Berufswechsel prüfen wir die zuletzt vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit (siehe 10.1) zur Feststellung der Leistungspflicht.

13 Welche Leistungen erbringen wir?

Wird die Versicherte Person während der Versicherungsdauer, frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes, berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, erbringen wir in Abhängigkeit vom versicherten Leistungsumfang nachstehende Leistungen:

13.1 Zahlung einer Rente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht

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

Nach Ablauf der Karenzzeit sind Sie von der Zahlung der Beiträge, die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbart sind (siehe Abschnitt 23), befreit.

13.2 Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe

Endet die Berufsunfähigkeit aufgrund neu erworbener beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten (siehe Abschnitt 15), wird eine einmalige Wiedereingliederungshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten, höchstens jedoch 12.000 Euro geleistet. Der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe besteht pro Vertragsverhältnis einmal.

13.3 Garantierte Rentensteigerung

Zusätzlich zur Rente (siehe 13.1) können Sie gegen Mehrbeitrag eine garantierte jährliche Rentensteigerung bei Berufsunfähigkeit mitversichern.

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

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

13.4 Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit

Daneben können Sie mit uns gegen Mehrbeitrag vereinbaren, dass wir Leistungen nicht nur wegen

Berufsunfähigkeit gemäß Abschnitt 9 erbringen, sondern auch bei einer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten Person.

Wann liegt vollständige Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

Vollständige Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn

- zum Zeitpunkt der Beantragung von Leistungen eine ärztlich bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit bereits mindestens vier Monate ununterbrochen bestanden hat und
- eine vollständige Arbeitsunfähigkeit mindestens bis zum Ablauf eines insgesamt sechsmonatigen Zeitraums attestiert wird.

Hat eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bereits mindestens sechs Monate ununterbrochen bestanden, gilt dies auch als vollständige Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.

Mindestens eine der Bescheinigungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit muss von einem in der Europäischen Union, Schweiz oder Norwegen niedergelassenen Facharzt mit einer der Krankheit entsprechenden Fachrichtung ausgestellt sein.

Arbeitsversuche im Sinne einer stufenweisen Wiedereingliederung gemäß § 74 SGB V stellen keine Unterbrechung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit dar.

Welche Anforderungen gelten an die Bescheinigungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit?

Die ärztlichen Bescheinigungen müssen jeweils folgende Angaben beinhalten:

- gestellte Diagnose,
- Beginn der vollständigen Arbeitsunfähigkeit,
- voraussichtliche Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit.

Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit müssen während des Bestehens der voll-

ständigen Arbeitsunfähigkeit beantragt werden, eventuell entstehende Kosten sind von Ihnen zu tragen. Auf besondere Veranlassung können wir weitere Unterlagen, beispielsweise zum Beruf, anfordern.

Welche Leistungen erbringen wir bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit?

Liegt vollständige Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor, erbringen wir folgende Leistungen:

- Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für den gesamten vertraglichen Beitrag,
- Zahlung einer Rente wegen Arbeitsunfähigkeit in Höhe der zuletzt vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente.

Haben Sie eine garantierte Rentensteigerung für die Berufsunfähigkeitsrente vereinbart, gilt diese entsprechend auch für die wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit zu leistende Rentenzahlung.

Wie lange erbringen wir Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit?

Wir erbringen Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit solange,

- die Versicherte Person ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen ist,
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen,
- die Versicherte Person lebt,
- die Leistungsdauer des Vertrags noch nicht abgelaufen ist.

Insgesamt erbringen wir Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit für maximal 24 Monate während der gesamten Laufzeit des Vertrags.

Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit erbringen wir befristet für den jeweils ärztlich attestierten Zeitraum der vollständigen Arbeitsunfähigkeit, wobei wir Bescheinigungen für bis zu zwei Monate in die Zukunft akzeptieren.

Erkennen wir zu einem späteren Zeitpunkt rückwirkend Leistungen wegen Berufsunfähigkeit an, verrechnen wir diese mit der erbrachten Leistung wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit.

Werden während der Versicherungsdauer erneut Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht, so werden für die Bemessung der maximalen 24-monatigen Leistungsdauer solche Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht berücksichtigt, die mit Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verrechnet worden sind.

Bitte beachten Sie, dass Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit nicht gleichzeitig bezogen werden können.

Unsere Leistung erfolgt rückwirkend ab Beginn des Monats, der auf den Beginn der attestierten Arbeitsunfähigkeit folgt.

Sonstige Regelungen

Ein Ausschluss dieser Option ist während der Vertragslaufzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode möglich, sofern noch keine Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit beantragt oder in Anspruch genommen wurden. Ein Rückkaufswert wird dabei nicht fällig.

Wenn Sie Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit beantragen, müssen Sie nicht gleichzeitig Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragen.

Wenn wir Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt zu prüfen, ob nach wie vor eine ununterbrochene vollständige Arbeitsunfähigkeit der Versicherten Person vorliegt.

Wenn für Ihren Vertrag Leistungseinschränkungen vereinbart sind, gelten diese auch für Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit.

13.5 Welche Leistungen können sie zusätzlich in Anspruch nehmen?

Stundung der Beiträge während der Leistungsprüfung

Nach Anmeldung von Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit sind die Beiträge weiter zu zahlen. Auf Ihr Verlangen stunden wir die Beiträge nach Ablauf der Karenzzeit 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 Ablauf der Karenzzeit. Stundungszinsen berechnen wir dabei nicht.

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

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.

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 (siehe 13.6), zurück.

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

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.

13.6 Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf den Invalidisierungstafeln SL 2016 I (N), den Tafeln SL 2016 TI und SL 2016 RI, Tafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV 2008 T) und einem Rechnungszins in Höhe von 0,9 Prozent; die Kalkulation von KlinikRente.BU 4U abweichend auf Invalidisierungstafeln SL 2016 I (A).

13.7 Sonstige Regelungen

Unser Versicherungsschutz besteht weltweit.

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

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

Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe Kapitel F).

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.

14 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?

Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von vier Wochen nach Eingang von Unterlagen gemäß 16.1 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.

Liegen uns alle Unterlagen und die von uns eingeholten Informationen (siehe 17.1.1) vor, erklären wir innerhalb von vier Wochen, ob und ab wann wir Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung anerkennen.

Befristetes Anerkenntnis

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

Gründe für ein befristetes Anerkenntnis liegen z. B. vor, wenn für ein unbefristetes Leistungsanerkennnis noch Erhebungen oder Untersuchungen oder deren Auswertung erforderlich sind oder aus medizinischen oder beruflichen bzw. betrieblichen Gründen (z. B. Dauer einer Umschulung oder Fortbildung, Möglichkeit der Umorganisation bei Selbstständigen oder ihnen gleichgestellten Personen – siehe Abschnitt 11) ein Ende der Berufsunfähigkeit zu erwarten ist.

Die Prüfung der Fortdauer der Berufsunfähigkeit bei befristetem Anerkenntnis erfolgt nach Ablauf der Frist nach den Grundsätzen der Erstprüfung gemäß Abschnitt 14 dieser Bedingungen, die Regelungen für das Nachprüfungsverfahren gemäß Abschnitt 15 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 verzichten wir.

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

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

Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch und den Grad der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die Versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von Abschnitt 10 ausübt. Seit Eintritt der Berufsunfähigkeit neu erworbene berufliche Fähigkeiten werden dabei berücksichtigt, ebenso die Lebensstellung vor dem Versicherungsfall. Insofern können wir auch Angaben verlangen, ob die Versicherte Person eine Tätigkeit konkret im Sinne von Abschnitt 10 wieder ausübt oder ausgeübt hat.

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 17.1.1 gelten entsprechend.

Eine Wiederaufnahme oder Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich anzeigen, sofern Sie Leistungen aus diesem Vertrag erhalten oder beantragt haben. Gleiches gilt bei Minderung der Pflegebedürftigkeit oder Änderung eines behördlichen Tätigkeitsverbots.

Hat sich der Grad der Berufsunfähigkeit auf weniger als 50 Prozent vermindert, stellen wir die Leistung ein. In diesem Fall informieren wir den Anspruchsberechtigten schriftlich über die Veränderung und Einstellung der Leistungen. Diese Information können wir auch in Textform übermitteln.

Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, mit der Folge, dass keine der in 10.4 genannten Voraussetzungen erfüllt ist, stellen wir unsere Leistungen ein.

Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt müssen Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen.

Auslandsaufenthalt

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

16 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Soweit nichts 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 berufsunfähig wird oder stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die Versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr).

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

17 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

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

17.1 Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangen?

17.1.1 Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen

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

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
 - ausführliche Berichte der Ärzte und Heilbehandler, die die Versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, mit Angabe über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie die Auswirkungen des Leidens auf die Fähigkeit den Beruf auszuüben,
 - Unterlagen über den Beruf der Versicherten Person sowie die Lebensstellung und die Tätigkeit vor dem Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit und über die dadurch bedingten Veränderungen.
 - eine eigene Aufstellung über die Ärzte, Heilbehandler, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, bei den die Versicherte Person in Behandlung war oder ist, und Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstige Versorgungsträger, bei denen die Versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte, sowie ihren derzeitigen und früheren Arbeitgeber.

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

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

Wir können zur Feststellung unserer Leistungspflicht außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen sowie notwendige Nachweise, zusätzliche Auskünfte

und Aufklärungen anfordern. Dies gilt auch für die wirtschaftlichen Verhältnisse und deren Veränderungen. Für medizinische Untersuchungen beauftragen wir Ärzte, die nicht in ständigen vertraglichen Bindungen zu uns stehen – also keine so genannten Vertragsärzte.

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

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

17.1.2 Hinweis zu Arztanordnungen

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

Die Versicherte Person ist allerdings aufgrund der allgemeinen Schadenminderungspflicht gemäß § 242 BGB verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind grundsätzlich Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf Besserung (zumindest bis zur 50-Prozent-Grenze) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. das Einhalten von Diäten, die Anwendung von Heilmitteln und die Verwendung von orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln (z. B. Verwendung von Seh- und Hörhilfen, Tragen von Stützstrümpfen oder Prothesen).

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

17.2 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

17.2.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

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).

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

17.2.2 Rücktritt

Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der Versicherten Person (siehe 17.2.1) 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.

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.

Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, wird keine Leistung fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

17.2.3 Kündigung

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.

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

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

17.2.4 Rückwirkende Vertragsanpassung

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

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.

17.2.5 Ausübung unserer Rechte

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.

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

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.

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.

17.2.6 Anfechtung

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmemeinung 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. Wenn die Versicherung durch Anfechtung aufgehoben wird, wird keine Leistung fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

17.2.7 Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung

Die Regelungen in 17.2.1 bis 17.2.6 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß 16.2.5 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

17.2.8 Erklärungsempfänger

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.

17.3 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?

Solange eine Mitwirkungspflicht gemäß Abschnitt 15 oder 17.1 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.

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

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

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

17.5 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?

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

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 zurückzahlen.

F Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven

18 Was ist eine Überschussbeteiligung?

Die Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven nennen wir Überschussbeteiligung.

18.1 Beteiligung an dem Überschuss

Ein Versicherungsunternehmen erwirtschaftet Überschüsse. Die Höhe der erwirtschafteten Überschüsse hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Somit kann die Höhe der künftigen Beteiligung am Überschuss **nicht garantiert** werden.

Es können Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse erwirtschaftet werden:

- Wenn wir mit dem Sicherungsvermögen aller unserer Versicherungsnehmer Erträge erzielen, entsteht ein sogenannter Zinsüberschuss.
- Wenn die Risiken in geringerem Umfang eingetreten sind, als wir anfangs angenommen haben, entsteht ein so genannter Risikoüberschuss.
- Wenn die tatsächlich angefallenen Kosten niedriger sind als in der Kalkulation angesetzt, dann entsteht ein so genannter Kostenüberschuss.

Die Überschüsse ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches. Wir beteiligen Sie an diesen Überschüssen auf Basis gesetzlicher Vorschriften.

Für die Beteiligung am Überschuss fassen wir gleichartige Versicherungen zusammen. Zum Beispiel ordnen wir Rentenversicherungen einer Bestandsgruppe zu und Berufsunfähigkeitsversicherungen einer anderen Bestandsgruppe. Innerhalb dieser Bestandsgruppen bilden wir Gewinngruppen. In einer Gewinngruppe befinden sich alle Versicherungen, bei denen Überschüsse in ähnlichem Umfang entstehen. Ihr Vertrag gehört zur Bestandsgruppe 125.

Für jede Bestands- und Gewinngruppe legt der Hauptbevollmächtigte für Deutschland jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars die Überschussanteilsätze fest. Abhängig von objektiven Risikomerkmale, z. B. ausgeübter Beruf, können unterschiedliche Überschussanteilsätze zur Anwendung kommen. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Sie können den Geschäftsbericht gern bei uns anfordern.

Über die Entwicklung Ihrer Beteiligung am Überschuss werden wir Sie jährlich informieren.

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an dem Überschuss die Abschnitte 19 und 20.

18.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven

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

Beispiel: Wir haben eine Aktie zum Kurs von 100 Euro gekauft. Mit diesem Wert ist die Aktie in der Bilanz ausgewiesen. Wenn der Kurs der Aktie zum Bilanzstichtag bei 110 Euro steht, ist eine Bewertungsreserve in Höhe von zehn Euro entstanden.

Bewertungsreserven können auch negativ werden. Dann spricht man von stillen Lasten. Ihre Beteiligung an den Bewertungsreserven ist niemals negativ.

Die Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven ist **nicht garantiert**, da die Entwicklung der Marktwerte der Kapitalanlagen nicht vorhersehbar ist. Die Bewertungsreserven werden im Anhang des Geschäftsberichts veröffentlicht.

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven die Abschnitte 21 und 22.

19 Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?

Für Ihren Vertrag gilt das Überschussverwendungs-System Beitragsverrechnung.

19.1 Beitragsverrechnung

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

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

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

Das Überschussverwendungs-System der Beitragsverrechnung kann nicht bei Direktversicherungen gewählt werden.

20 Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu?

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

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

Die laufenden Zinsüberschussanteile werden wie folgt verwendet:

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

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

Während der Bezugszeit von Berufsunfähigkeits-Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (siehe Abschnitt 22).

21 Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?

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

22 Wie beteiligen wir Sie nach Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?

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.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

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.

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.

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

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

Verwendung

Der 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.

Besonderheit bei Verträgen im Rahmen eines Konsortiums

Bei Ihrer Versicherung werden die Risiken von mehreren Versicherungsunternehmen im Rahmen eines Konsortiums gemeinsam getragen. Daher gehen in die Ermittlung der Beteiligung am Überschuss und der Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt des Leistungsfalls auch die Beteiligung am Überschuss und an den Bewertungsreserven der beteiligten Konsortialgesellschaften entsprechend den jeweiligen Konsortialanteilen ein. Die Höhe der Beteiligung am Überschuss wird von diesen Gesellschaften jährlich im Rahmen ihrer Überschussdeklaration neu festgelegt. Die Bewertungsreserven für den Anteil der Konsortialgesellschaften werden von diesen Gesellschaften mindestens einmal jährlich ermittelt.

G Auszahlung von Leistungen

23 Ab wann zahlen wir Leistungen aus?

Karenzzeit

Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Beginn des Kalendermonats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (= Beginn des sechsmonatigen Zeitraums gemäß 10.1) und Ablauf einer gegebenenfalls vereinbarten Karenzzeit.

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

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

Additive Karenzzeit

Endet die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit und tritt erneut Berufsunfähigkeit (siehe Abschnitt 10) aufgrund derselben Ursache(n) ein, so rechnen wir bereits zurückgelegte volle Kalendermonate der Karenzzeit an.

Meldefrist

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

Verfügungen

Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls grund-

sätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

24 An wen zahlen wir Leistungen aus?

Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer, 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.

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.

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.

25 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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.

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

H Unser Vertragsverhältnis

26 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen?

26.1 Recht und Vertragssprache

Ihr Vertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland. Ergänzend zu diesen Bedingungen gelten die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften. Die Vertragssprache für alle Erklärungen zu diesem Vertrag ist Deutsch.

26.2 Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert?

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.

Benennung eines Zustellungsbevollmächtigten

Wenn Sie sich über einen längeren Zeitraum nicht in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, empfehlen wir Ihnen Folgendes: Bevollmächtigen Sie eine im Inland wohnhafte Person, Erklärungen von uns entgegenzunehmen.

26.3 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die notwendigen Daten bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich 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 be-

trifft insbesondere unwiderruflich bezugsberechtigte Personen sowie im Leistungsfall anspruchsberechtigte oder begünstigte Personen. Als Versicherungsnehmer willigen Sie unwiderruflich ein, dass Swiss Life befugt ist, sämtliche notwendigen Daten an die zuständigen Behörden in Erfüllung rechtlicher Pflichten weiterzuleiten.

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, 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 USAufenthalt. Zur eventuellen Klärung wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.

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.

27 Wo können Sie sich beschweren?

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. Sie können sicher sein, dass wir alles tun werden um Sie zufriedenzustellen.

27.1 Schlichtungsstelle

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

27.2 Aufsichtsbehörden

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

27.3 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

Für natürliche Personen gilt:

Wenn Sie eine natürliche Person sind, können Sie eine Klage gegen uns bei folgenden zuständigen Gerichten erheben:

- An Ihrem Wohnort oder Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, oder
- am Sitz unserer Niederlassung.

Wir müssen Klagen gegen Sie beim zuständigen Gericht an Ihrem Wohnort erheben. Wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, ist das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsortes zuständig.

Für juristische Personen gilt:

Wenn Sie eine juristische Person sind, können Sie an folgenden Orten Klage gegen uns erheben:

- Beim zuständigen Gericht an unserem Geschäftssitz oder
- am Sitz unserer Niederlassung.

Wir müssen Klagen gegen Sie beim zuständigen Gericht an Ihrem Geschäftssitz oder am Ort Ihrer Niederlassung erheben.

Bei einem ausländischen Wohnsitz gilt:

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort ins Ausland, sind für Klagen die Gerichte des Landes zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

28 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

Wie kann eine Bestimmung der Versicherungsbedingungen unwirksam werden?

Eine Bestimmung kann durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt unwirksam werden. In diesem Fall können wir die unwirksame Bestimmung durch eine neue Bestimmung ersetzen. Wir dürfen dies allerdings nur unter folgenden Bedingungen:

- Wenn es notwendig ist, die alte durch die neue Bestimmung zu ersetzen, um den Vertrag fortzuführen, oder
- wenn es für Sie oder uns eine unzumutbare Härte darstellen würde, wenn der Vertrag ohne neue Bestimmung bestehen bleibt.

Wir haben Ihre und unsere Interessen zu berücksichtigen.

Salvatorische Klausel

Wenn eine oder mehrere Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen unwirksam sind, bleiben die übrigen dennoch wirksam.

28.1 Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?

Eine neue Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

Außerdem muss auch mit der neuen Bestimmung das Ziel Ihres Vertrags gewahrt bleiben. Die neue Bestimmung wird Bestandteil dieses Vertrags, sobald die beiden folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Wir haben Ihnen die neue Bestimmung mitgeteilt. Dabei müssen wir Ihnen auch die Gründe nennen, die für die Änderung maßgeblich waren.
- Sie müssen die Mitteilung zwei Wochen vorher erhalten haben.

29 Welche Besonderheiten gelten für den Stufentarif?

29.1 Wann und in welchem Umfang erhöht sich der Beitrag?

Der Anfangsbeitrag (Beitragsstufe 1) erhöht sich – je nach Vereinbarung – nach Ablauf des ersten bis fünften vollen Versicherungsjahres auf den Tarifbeitrag der Beitragsstufe 2 bei unveränderten versicherten Leistungen. Sofern Sie eine Verlängerung der Beitragsstufe 1 beantragen, gilt abweichend hiervon 29.2. Die Höhe der jeweiligen Beitragsstufe ist in den vorvertraglichen Informationen und im Versicherungsschein dokumentiert.

Auch für den ersten Beitrag der Beitragsstufe 2 gelten die Regelungen zum Folgebeitrag (siehe 5.3).

29.2 Vertragsänderungen und Einschränkungen

Beitragsstufe 1

Sie können auf Antrag den Beginn der Beitragsstufe 2 einmalig um ein Jahr in die Zukunft verschieben. Ihr Antrag muss spätestens 2 Monate

vor Ablauf der Beitragsstufe 1 bei uns in Textform eingehen. Durch die Beginnverlegung werden die Beiträge der Beitragsstufen 1 und 2 neu berechnet. Hierüber erhalten Sie von uns einen Vorschlag bzw. einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

Aufgrund der Tarifbesonderheit ist während der Beitragsstufe 1 nur in seltenen Fällen ein ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden. Daher ist die Möglichkeit der Stundung der Beiträge gemäß 9.4 sehr eingeschränkt. Gleiches gilt für die befristete Beitragsfreistellung gemäß 9.4. Bei einer befristeten Beitragsfreistellung wird der Tag der Wiederinkraftsetzung so bestimmt, dass er mit dem Beginn eines Versicherungsjahres zusammenfällt. Der Beginn der Beitragsstufe 2 wird auf diesen Termin verlegt und die Beiträge der Beitragsstufe 2 werden neu berechnet.

Während der Dauer der Beitragsstufe 1 sind aufgrund der Tarifbesonderheit eine Beitragssenkung gemäß 9.1, eine teilweise Kündigung gemäß Abschnitt 29 sowie BUprotect gemäß 9.5 nicht möglich.

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

Beitragsstufe 2

Aufgrund der Tarifbesonderheit ist auch während der Beitragsstufe 2 – insbesondere in den ersten Jahren – kein ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden. Daher kann die Möglichkeit für die befristete Beitragsfreistellung gemäß 9.4 und BUprotect gemäß 9.5 eingeschränkt sein.

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

29.3 Welche Abweichungen gelten bei der Nachversicherungsgarantie?

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

29.4 Welcher Beitrag ist bei Berufsunfähigkeit befreit?

Ergänzend zu 13.1 ist auch der erhöhte Beitrag der Beitragsstufe 2 von der Beitragszahlungspflicht befreit, wenn die Berufsunfähigkeit während der Beitragsstufe 1 eingetreten ist und Leistungen während der Beitragsstufe 2 zu erbringen sind.

I Nachversicherungsgarantie

30 Welche Nachversicherungsgarantien haben Sie?

Nachversicherungsgarantie

Sie haben das Recht, den Versicherungsumfang Ihres Vertrags ohne erneute Gesundheitsprüfung in verschiedenen Situationen **ereignisabhängig** zu erhöhen:

- Heirat der Versicherten Person bzw. Begründung einer Lebenspartnerschaft,
- Geburt eines Kindes der Versicherten Person,
- Adoption eines Kindes durch die Versicherte Person,
- Wiederaufnahme der Berufstätigkeit innerhalb von 18 Monaten nach der Geburt eines Kindes der Versicherten Person,
- Scheidung der Versicherten Person bzw. Aufhebung der Lebenspartnerschaft,
- Durchführung eines Versorgungsausgleichs zulasten der Versicherten Person,
- Abschluss einer anerkannten beruflichen Qualifikation (z. B. Berufsausbildung, Meisterbrief, Berufsakademie, Studium) durch die Versicherte Person,

- Aufnahme einer hauptberuflichen nicht-selbstständigen Vollzeittätigkeit in Festanstellung durch die Versicherte Person,
- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttogehalts der Versicherten Person um mindestens zehn Prozent (z. B. nach Karrieresprung, nach Wechsel des Arbeitgebers, nach Abschluss der Schulausbildung, des Studiums oder einer Promotion, nach Abschluss einer beruflichen Qualifikation wie Berufsausbildungsabschluss, Meisterbrief),
- Gehaltssteigerung, die bei der Versicherten Person 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, wenn die Versicherte Person selbstständig tätig ist,
- 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 selbstgenutztem Immobilieneigentum durch die Versicherte Person in Höhe von mindestens 50.000 Euro.

Zusätzlich haben Sie das Recht, unter bestimmten Voraussetzungen Ihren Vertrag **ereignisunabhängig** zu erhöhen. Die Erhöhung muss in den ersten fünf Versicherungsjahren beantragt werden und kann frühestens zu dem auf Ihren Antrag folgenden Monat durchgeführt werden. Dieses Recht kann nur einmalig ausgeübt werden

Der Versicherungsschutz für diese Erhöhung beginnt nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten, diese entfällt bei Unfall.

Sollte eine Berufsunfähigkeit während der Wartezeit eintreten, erstatten wir den aufgrund der Erhöhung geleisteten Mehrbeitrag verzinst mit dem vertraglichen Rechnungszins zurück.

Allgemeine Regelungen zur Nachversicherungsgarantie

Die Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente muss mindestens 100 Euro monatlich betragen und ist – im Rahmen unserer geltenden Richtlinien – insgesamt begrenzt auf:

- 100 Prozent der zu Vertragsbeginn versicherten Leistung, bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Dynamik-Erhöhungen werden angerechnet,
- bei der ereignisunabhängigen Nachversicherungsgarantie höchstens jedoch 500 Euro pro Monat,
- Insgesamt bis zu einer beim Konsortium KlinikRente.BU versicherten Berufsunfähigkeitsrente von 2.500 Euro, bzw. 4.000 Euro im Monat. Der maßgebliche Betrag ist im Versicherungsschein genannt. Alle bestehenden Tarifraten und Bonusrenten werden dabei addiert.

Sie können die Nachversicherungsgarantien innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt mindestens eines der genannten Ereignisse in Textform und unter Beifügung entsprechender Nachweise bei uns geltend machen, sofern zum Zeitpunkt des maßgeblichen Ereignisses die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 20 Jahre beträgt und die Versicherte Person weder berufsunfähig oder arbeitsunfähig im Sinne unserer Bedingungen ist oder war, noch einen Antrag auf Leistungen gestellt hat bzw. weder Leistungen aus einer Invaliditätsversicherung erhält oder erhielt, noch beantragt hat (z. B. bei Erwerbsminderung, Verlust einer Grundfähigkeit).

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 Erhöhungszeitpunkt ausgeübten Beruf und den dann bei uns geltenden Richtlinien. Diese

stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Für die Erhöhung gelten der zum Erhöhungszeitpunkt 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. Sollte die Versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt einen nicht versicherbaren Beruf ausüben, besteht kein Recht auf Nachversicherung.

J Kündigung des Vertrags

31 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?

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 darauffolgenden Monats. In diesem Fall endet die laufende Versicherungsperiode mit Ablauf dieser Frist.

Teilweise Kündigung

Eine Teilkündigung wird nur durchgeführt, wenn die verbleibende beitragspflichtige Berufsunfähigkeitsrente nicht unter 600 Euro pro Jahr sinkt.

Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

32 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?

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

Bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung werden die Beiträge im Wesentlichen durch das getragene Risiko verbraucht. Des Weiteren müssen wir die Kosten für das Einziehen der Beiträge und die Verwaltung der Versicherung aus den Beiträgen bestreiten. Für die Beratung bei Abschluss einer Versicherung, insbesondere durch den Vermittler und das Einrichten eines Vertrags entstehen ebenfalls Kosten.

Kündigung nach Eintritt des Leistungsfalls

Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus der Berufsunfähigkeitsversicherung werden durch Kündigung nicht berührt; dies gilt auch dann, wenn die Berufsunfähigkeit bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung eintrat, aber erst danach anerkannt oder festgestellt wird. Ein Rückkaufswert wird auch in diesem Fall nicht fällig.

K 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. Mehr zu Bewertungsreserven lesen Sie in Kapitel F.

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.

Höchstrichterliche Entscheidung

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

Natürliche Person

Bezeichnet einen Menschen mit all seinen Rechten und Pflichten.

Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf den Invalidisierungstafeln SL 2016 I (N), den Tafeln SL 2016 TI und SL 2016 RI, Tafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV 2008 T) und einem Rechnungszins in Höhe von 0,9 Prozent; die Kalkulation von KlinikRente.BU 4U abweichend auf Invalidisierungstafeln SL 2016 I (A).

Sicherungsvermögen

Alle unsere Vermögensgegenstände, mit denen wir die Ansprüche unserer Versicherungsnehmer decken.

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 Prozent des Beitrags oder 1,5 Prozent des Deckungskapitals.

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 Kapitel F.

Überschussbeteiligung

An unseren Überschüssen und den Bewertungsreserven beteiligen wir Sie nach den gesetzlichen Vorschriften. Lesen Sie mehr in Kapitel F.

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.

Unzumutbare Härte

Ist, wenn das Festhalten am Vertrag für eine Partei unbillig oder untragbar ist. Dies kann zum Beispiel in folgendem Fall gegeben sein: Eine unwirksame Bestimmung entfällt und der Vertrag ist dadurch nicht mehr ausgewogen, weil eine Partei einseitig begünstigt wird. Wann eine unzumutbare Härte vorliegt, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls.

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.

L Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

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 autoaggressives 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 Einmal-katheterisierung und Nutzung von Abführ-

methoden, 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 therapeutischer 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, Vornehmen 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 pflegefachlich 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 pflegefachlich 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 Schweregraden 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 pflegefachlichen 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 pflegefachlich 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 krankheitspe-

zifische 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.