

Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Premium-Versorgung)

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|---|--|
| § 1 Welche Leistungen erbringen wir? | § 6 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit? |
| § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen? | § 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? |
| § 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? | § 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit? |
| § 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden? | § 9 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt? |
| § 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? | § 10 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung? |
| | § 11 Wie kann der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöht werden (Nachversicherungs-Option)? |

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Wird der Versicherte während der Dauer dieser Zusatzversicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig, erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen;
- Zahlung einer Berufsunfähigkeits-Rente, wenn diese mitversichert ist. Die Rente zahlen wir entsprechend der vereinbarten Rentenzahlungsweise im Voraus, erstmals anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

(2) Wird der Versicherte während der Dauer dieser Zusatzversicherung infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Absatz 5) berufsunfähig und liegt der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 %, erbringen wir dennoch die versicherten Leistungen in voller Höhe, wenn 3 Punkte (vgl. § 2 Absatz 7) erreicht sind, darüber hinaus, wenn ein Pflegefall im Sinne des § 2 Absatz 8 vorliegt. Für die Zahlungsmodalitäten gilt Absatz 1 b entsprechend.

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht frühestens mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmungen eingetreten ist.

(4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt, bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das Ausmaß von 3 Punkten sinkt, wenn der Versicherte stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

(5) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Ihren Antrag hin kann schriftlich vereinbart werden, dass die Beiträge bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos gestundet werden.

Sollten wir Ihren Leistungsanspruch nicht anerkennen können, weil die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht nachgewiesen ist, und Sie hiergegen Rechtsmittel einlegen,

sind wir auf Wunsch bereit, Ihnen die aus einer etwaigen zinslosen Beitragsstundung bislang angewachsenen Beitragsrückstände und die weiter fälligen Beiträge weiter zu stunden. In diesem Fall erheben wir Stundungszinsen ab dem Zeitpunkt unserer Leistungsentscheidung. Die Stundung gewähren wir bis zur unanfechtbaren Entscheidung über Ihren vermeintlichen Leistungsanspruch, längstens jedoch für die Dauer von fünf Jahren seit Zugang Ihres Leistungsantrages. Im Falle einer rechtskräftigen Aberkennung des Leistungsanspruchs ist der bis dahin aufgelaufene Stundungsbetrag (Beiträge und Zinsen) in einer Summe an uns nach zu entrichten. Auf Ihren Antrag und entsprechender schriftlicher Vereinbarung kann die Rückzahlung dieser Summe auch in bis zu zwölf Monatsraten erfolgen.

(6) Außer den ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 9).

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, seinen zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war – auszuüben und er auch keine andere Tätigkeit ausübt, die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

Unter der bisherigen Lebensstellung ist die wirtschaftlich-soziale Lebensstellung zu verstehen. Die Vergütung darf langfristig nicht spürbar unter dem Niveau der Vergütung für den unmittelbar vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübten Beruf liegen. Die zumutbare Einkommensreduzierung wird im Einzelfall geprüft und ist begrenzt durch im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größen.

Bei Selbstständigen liegt keine Berufsunfähigkeit vor, wenn sie nach einer zumutbaren Umorganisation gleichwertige andere Tätigkeiten ausüben könnten. Eine zumutbare Umorganisation liegt vor, wenn der Versicherte im Rahmen seines unternehmerischen Freiheitsrechts und seines Weisungsrechts durch eine mögliche betriebliche Umorganisation für sich neue oder andere Tätigkeitsfelder in seinem Betrieb schaffen kann, die gegenüber

seiner bisherigen Tätigkeit gleichwertig und seiner beruflichen Stellung im Betrieb angemessen sind, zu deren Ausübung der Versicherte auch die Ausbildung und notwendigen Fähigkeiten besitzt und die er mit seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung auch ausüben kann. Nicht zumutbar ist eine Umorganisation, wenn sie erheblichen Kapitaleinsatz erfordert oder dem Versicherten keine sinnvollen und angemessenen Tätigkeitsfelder verbleiben, die er zu mindestens 50 % ausüben kann.

Wird eine zumutbare Umorganisation in Absprache mit uns durchgeführt und ist eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert, leisten wir eine einmalige Sonderzahlung in Höhe von sechs Monatsrenten. Während der gesamten Laufzeit des Vertrages, kann diese Sonderzahlung nur einmal in Anspruch genommen werden.

Bei weisungsgebundenen Mitarbeitern liegt keine Pflicht zu einer Umorganisation des Arbeitsplatzes vor.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen erfüllt sind.

(3) Ist der Versicherte sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, seinen zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war – auszuüben und hat er in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

(4) Scheidet der Versicherte aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Absätze 1 bis 3 darauf an, dass der Versicherte außerstande ist, eine berufliche Tätigkeit auszuüben, die aufgrund seiner Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

Übt der Versicherte bei Eintritt der Berufsunfähigkeit seine berufliche Tätigkeit vorübergehend nicht aus und ist eine Wiederaufnahme vorgesehen (z. B. Elternzeit, Wehrdienst, Zivildienst), gilt die zuletzt bei vorübergehendem Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Tätigkeit gemäß den Absätzen 1 bis 3 als versichert.

(5) Ist der Versicherte sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig mindestens im Ausmaß von 3 Punkten gewesen und deshalb täglich gepflegt worden, gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

(6) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls so hilflos ist, dass er für die in Absatz 7 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(7) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt:

Der Versicherte benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – 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 der Versicherte – 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 der Versicherte von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da er selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil

- er sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- er seine Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

(8) Der Pflegefall wird nach der Anzahl der Punkte eingestuft. Wir leisten, wenn 3 Punkte erreicht sind.

Unabhängig von der Bewertung nach Punkten leisten wir,

- a) wenn der Versicherte wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf, oder
- b) wenn der Versicherte dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann, oder
- c) wenn der Versicherte der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn der Versicherte wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

(9) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie und wo es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist (weltweiter Versicherungsschutz).

(2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten;
- c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wird uns jedoch nachgewiesen, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit des Versicherten herbeigeführt haben;

e) durch Beteiligung an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Übungsfahrten;

f) durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maser-Strahlen und durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Soweit die versicherte Person als Arzt oder medizinisches Hilfspersonal diesem Risiko ausgesetzt ist, oder wenn eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, werden wir leisten;

g) 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.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

(1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung verlangt, sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

a) der Versicherungsschein und der Nachweis der letzten Beitragszahlung (nur auf unsere Anforderung);

b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

c) ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über dessen Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit oder Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;

d) ausführliche Unterlagen über den Beruf des Versicherten, dessen Stellung und genaue Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;

e) Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (z. B. Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen);

f) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere medizinische und berufskundliche Auskünfte, Aufklärungen, Vor-Ort-Prüfungen und zusätzliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, wobei wir hierzu entsprechende Gutachter, Ärzte und sachverständige Dienstleister einsetzen können.

(3) Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zur Beurteilung des Versicherungsfalles und zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsannahme zu erteilen. Wir werden die versicherte Person vor Einholung einer solchen Auskunft unterrichten; die versicherte Person kann der Einholung einer solchen Auskunft widersprechen. Im Übrigen kann die versicherte Person jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt. Entsteht durch die Erteilung einer Einzeleinwilligung ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Leistungsantrages, kann der Versicherer die hiermit verbundenen Kosten in angemessener

Höhe erstattet verlangen. Nähere Angaben zu den Kosten finden Sie in der anliegenden „Tabelle der Gebühren“.

§ 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Unsere Erklärung geben wir spätestens vier Wochen nach Vorliegen aller angeforderten Unterlagen ab. Über den Bearbeitungsstand Ihres Leistungsantrags informieren wir Sie alle sechs Wochen.

(2) Wir können mit Ihrem Einverständnis zeitlich befristete Leistungen aus dem Vertrag erbringen, die nicht zurückgefordert werden. Dabei stellen wir unsere Entscheidung zurück, ob Leistungen wegen Berufsunfähigkeit anerkannt werden, weil die medizinischen und beruflichen Gegebenheiten noch nicht endgültig beurteilt werden können.

Zum Ablauf des befristeten Leistungszeitraumes können wir dann nach den Grundsätzen der erstmaligen Prüfung – jedoch auf unsere Kosten – überprüfen, in wieweit die Voraussetzungen für Leistungen aus dieser Zusatzversicherung gegeben sind.

Innerhalb des befristeten Leistungszeitraumes verzichten wir auf eine Nachprüfung. Bis zum Ablauf der Frist ist die zeitlich begrenzte Leistungsvereinbarung für uns bindend.

Zeitlich befristete Leistungen können nur einmal vereinbart werden.

§ 6 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung und Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob der Versicherte eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt, wobei auch Tätigkeiten zu berücksichtigen sind, die der Versicherte aufgrund neu erworbener Kenntnisse und Fähigkeiten ausübt.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen des Versicherten durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 4 Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(3) Über die Wiederaufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich informieren.

(4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Ist keine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert, muss die Beitragszahlung zu Beginn des darauffolgenden Beitragszahlungsabschnitts wieder aufgenommen werden.

Bezog der Versicherte mindestens zwei Jahre ununterbrochen Rentenleistungen wegen Berufsunfähigkeit aus dieser Zusatzversicherung und entfällt die Berufsunfähigkeit auf Grund der tatsächlichen Ausübung einer anderen Tätigkeit im Sinne von § 2, leisten wir eine zusätzliche einmalige Wiedereingliederungshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten. Die Zahlung erfolgt zusammen mit unserem Bescheid über die Leistungseinstellung. Während der gesamten Laufzeit des Vertrages, kann diese Wiedereingliederungshilfe nur einmal in Anspruch genommen werden.

Geht der Versicherungsnehmer gegen unsere Leistungseinstellung gerichtlich vor und erhält er durch ein rechtskräftiges Urteil weitere fortlaufende Rentenzahlungen aus dieser Zusatzversi-

cherung zugesprochen, werden wir die bereits gezahlte Wiedereingliederungshilfe mit den Rentenzahlungen verrechnen.

(5) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, setzen wir unsere Leistungen herab oder stellen sie ein. Absatz 4 Sätze 2 bis 5 gelten entsprechend, wenn wir unsere Leistungen einstellen.

§ 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht).

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

Rücktritt

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir von der Zusatzversicherung zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir diesen Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles 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.

(5) Wenn die Zusatzversicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt sie, ohne dass ein Rückkaufwert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir die Zusatzversicherung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Haben Sie die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf eine Kündigung.

(7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir diesen Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(8) Kündigen wir die Zusatzversicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Zusatzversicherung um (§ 10 Absatz 4).

Vertragsanpassung

(9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf eine Vertragsanpassung.

(10) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag der Zusatzversicherung um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie die Zusatzversicherung innerhalb eines Monats

nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

(11) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte 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.

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

(13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss bzw. Einschluss der Zusatzversicherung ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung 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. Absatz 5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(15) Die Absätze 1 bis 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

(16) Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 6 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden 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 entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfrei-

heit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 9 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

(1) Die Zusatzversicherung ist gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes an den Überschüssen beteiligt. Sie gehört zum Gewinnverband BUZ2009 in der Bestandsgruppe der Hauptversicherung. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung jährlich Überschussanteile. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

(2) Beitragspflichtige Versicherungen erhalten je nach Vereinbarung

- im Überschussystem „Beitragsverrechnung“ laufende Überschussanteile in Prozent des Bruttobeitrags für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die mit den Beiträgen verrechnet werden, oder alternativ
- im Überschussystem „Bonus im Leistungsfall“ eine zusätzliche Rente in Prozent der jeweils versicherten Berufsunfähigkeitsrente und Befreiungsrente. Ist nur die Beitragsbefreiung versichert, wird der Bonus im Leistungsfall verzinslich angesammelt.

Bei einer Senkung des Satzes „Bonus im Leistungsfall“ werden wir Ihnen eine Nachversicherung für die versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung anbieten, so dass die Gesamrente den Stand vor Senkung des Überschussanteils erreicht.

Eine Wartezeit für die Überschussbeteiligung bei beitragspflichtigen Versicherungen entfällt.

Beitragsfreie Versicherungen und Versicherungen gegen Einmalbeitrag erhalten die Überschussbeteiligung nach dem Überschussystem „Bonus im Leistungsfall“.

Versicherungen im Rentenbezug erhalten Zinsüberschussanteile im Verhältnis der Deckungsrückstellung; dies gilt auch für die Beitragsbefreiungsrente. Die Zinsüberschussanteile werden bei Mitversicherung einer Barrente zur Rentenerhöhung verwendet, sonst werden sie verzinslich angesammelt und bei Ablauf der Versicherung ausgezahlt.

(3) Wir ordnen Ihrer Zusatzversicherung Bewertungsreserven zu. Den Anteil für Ihre Versicherung bestimmen wir jährlich zum Stichtag 31.12. als Verhältnis der Ihrer Versicherung zuzuordnenden Summe der Deckungskapitale in der Anwartschaft und Guthaben der letzten zehn Jahre jeweils zu den Stichtagen – frühestens seit Beginn der Versicherung – zu der Gesamtsumme dieser Größen über alle berechtigten Versicherungen.

Versicherungsmathematische Hinweise

(4) Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tariffkalkulation ermittelt. Bei der Tariffkalkulation haben wir die Sterbetafel DAV1994T, die Invalidisierungstafel DAV1997I, die Invalidensterblichkeitstafel DAV1997II sowie die Reaktivierungstafel DAV1997RI verwendet und als Rechnungszins 2,25 % angesetzt.

§ 10 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, bei Rentenversicherungen spätestens mit dem vereinbarten Rentenbeginn, erlischt auch der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung.

(2) Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen. In den letzten fünf

Versicherungsjahren vor Ablauf der Hauptversicherung, bei Rentenversicherungen in den letzten fünf Jahren vor dem vereinbarten Rentenbeginn, kann die Zusatzversicherung jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden. Einen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung – soweit vorhanden – erhalten Sie nur, wenn Sie die Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Der Rückkaufswert mindert sich um einen Abzug in Höhe von 10 % sowie um rückständige Beiträge. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

(3) Eine Zusatzversicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind (beitragsfreie Zusatzversicherung, Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag), können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Absatz 2 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.

(4) Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln, und nur dann, wenn die beitragsfreie Mindestrente der Zusatzversicherung von 600 Euro jährlich erreicht wird.

Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeitsrente und der Leistung aus der Hauptversicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht verändert. Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente errechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode. Der aus der Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um einen Abzug in Höhe von 10 % sowie um rückständige Beiträge. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt. Wird die Mindestrente nicht erreicht, verwenden wir diesen Betrag zur Erhöhung der beitragsfreien Leistung der Hauptversicherung.

(5) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2 bis 4 entsprechend.

(6) Ist unsere Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung anerkannt oder festgestellt, berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weiter gezahlt hätten.

(7) Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus der Zusatzversicherung werden durch Rückkauf nicht berührt. Falls die vereinbarte Leistungsdauer der Zusatzversicherung die Versicherungsdauer übersteigt, werden anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus der Zusatzversicherung auch durch den Ablauf der Hauptversicherung nicht berührt.

(8) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

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

§ 11 Wie kann der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöht werden (Nachversicherungs-Option)?

Erhöhung des Versicherungsschutzes

(1) Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung kann eine Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangt werden:

- a) nach Inkrafttreten einer Gesetzesänderung, die zur Absenkung der gesetzlichen Rentenanwartschaften der versicherten Person führt,
 - b) nach Heirat der versicherten Person,
 - c) nach Geburt eines Kindes der versicherten Person oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person,
 - d) nach Erwerb von eigengenutztem Wohneigentum durch die versicherte Person,
 - e) nach einer nachweislichen Einkommenserhöhung von mindestens 15 % innerhalb von 2 Jahren aus nichtselbständiger Tätigkeit der versicherten Person,
 - f) nachdem das Jahreseinkommen aus nichtselbständiger Tätigkeit der versicherten Person erstmals die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten überschritten hat,
 - g) nach Niederlassung als Selbständige(r) oder Freiberufler(in), falls die versicherte Person aus dieser Berufstätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht.
- (2) Die Erhöhung kann nur innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Ereignisses gegen Vorlage entsprechender schriftlicher Nachweise beantragt werden. Die beantragte Erhöhung erfolgt zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns.

Umfang der Erhöhung

(3) Die einzelne Erhöhung der versicherten Jahresrente muss mindestens 300 Euro und darf höchstens 3.600 Euro betragen; dabei darf jedoch die gesamte versicherte Jahresrente inklusive aller Erhöhungen 30.000 Euro nicht überschreiten und muss insgesamt finanziell angemessen sein. Finanziell angemessen ist eine Gesamtversorgung aus privater, betrieblicher, gesetzlicher und berufsständischer Versorgung, wenn die Gesamtjahresrente nicht mehr als 80 % des letzten jährlichen Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit beträgt; ein entsprechendes Überprüfungsrecht behalten wir uns vor.

Der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung erhöht sich im selben Verhältnis wie die versicherte Jahresrente aus der Zusatzversicherung.

Beitragszahlung für die Erhöhung

(4) Die Beiträge für den gewählten Erhöhungsumfang errechnen sich nach dem am Erhöhungstermin rechnermäßigen Alter^{*} der versicherten Person, der Laufzeit des hinzukommenden Versicherungsschutzes und dem der Erhöhung zugrundeliegenden Tarif.

Weitere Bestimmungen für die Erhöhung

(5) Alle für den ursprünglichen Versicherungsvertrag geltenden Bedingungen, Vereinbarungen und Verfügungen werden auch auf die Nachversicherung angewendet.

(6) Die einzelne Nachversicherung gilt als Abschluss einer Versicherung im Sinne der Versicherungsbedingungen. Insbesondere beginnen die Fristen in dem Paragraphen der Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die Kündigung neu zu laufen.

(7) Soweit bei den Erhöhungen keine anderslautenden Vereinbarungen getroffen werden, erstrecken sich alle im Rahmen dieses Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Bezugsrechtsverfügung, auch auf die Erhöhungen.

(8) Die Versicherungsdauer der Nachversicherung richtet sich nach der noch ausstehenden Dauer der zugrundeliegenden Versicherung.

Ende der Nachversicherungs-Option

- (9) Die Nachversicherungs-Option erlischt, wenn
- die versicherte Person das 45. Lebensjahr vollendet hat, oder
 - wenn der Leistungsfall der Zusatzversicherung eingetreten ist, oder
 - die Nachversicherungs-Option bereits dreimal ausgeübt wurde.

Die Nachversicherungs-Option endet spätestens 5 Jahre vor Ablauf der Zusatzversicherung.

^{*}) Das rechnermäßige Alter ist das Alter des Versicherten, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.