

Versicherungsbedingungen - ERGO Body Protect

Stand: Dezember 2023 (GFV_DV_2023/202312)

Diese Versicherungsbedingungen wenden sich an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner. Im Folgenden stellen wir Ihnen kurz dar, welche vertraglichen Vereinbarungen die einzelnen Versicherungsbedingungen regeln.

Besondere Regelungen für die Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG

Hier finden Sie Besonderheiten, die für eine betriebliche Direktversicherung gelten.

Allgemeine Versicherungsbedingungen zur Grundfähigkeitsversicherung

Teil A - Art und Umfang der versicherten Leistungen der Grundfähigkeitsversicherung

- 1 Welche Versicherungsleistungen erbringen wir?
- 2 Wann endet Ihr Anspruch auf die Versicherungsleistungen?
- 3 Welche Grundfähigkeiten sind versichert und was ist Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- 4 Unter welchen Voraussetzungen gilt Pflegebedürftigkeit als Verlust einer Grundfähigkeit?
- 5 Wie und wann erklären wir, ob wir leisten?
- 6 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Rechnungsgrundlagen oder die Versicherungsbedingungen anpassen?
- 7 Wer erhält die Versicherungsleistungen?
- 8 Verlängerungsoption bei Erhöhung der Regelaltersgrenze

Sofern Sie die Option Psyche Plus vereinbart haben, gilt die folgende Ziffer ergänzend:

- 9 Option Psyche Plus

Sofern Sie die Option Sport Plus vereinbart haben, gilt die folgende Ziffer ergänzend:

- 10 Option Sport Plus

Teil B - Regelungen zur Überschussbeteiligung

- 1 Grundsätze zur Überschussbeteiligung
- 2 Wie beteiligen wir Ihre Versicherung an den Überschüssen?

Teil C - Regelungen und Pflichten für den Versicherungsvertrag

- 1 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- 2 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
- 3 Was gilt bei einer Gefahrerhöhung nach Vertragsschluss?
- 4 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 5 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten?
- 6 Was gilt für die Nachprüfung des Verlustes einer der versicherten Grundfähigkeiten? Welche Mitwirkungspflichten sind in diesem Fall zu beachten?
- 7 Was gilt bei der Verletzung von Mitwirkungspflichten?
- 8 Welche Bedeutung hat die Versicherungsurkunde?
- 9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- 10 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 11 Was gilt bei Änderungen der Postanschrift oder des Namens?
- 12 Was gilt, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz in das Ausland verlegt?
- 13 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?
- 14 Welche Gerichte sind bei Klagen zuständig und welches Recht findet Anwendung?
- 15 Welche Beschwerdemöglichkeit haben Sie?

Teil D - Regelungen zur Kündigung, Beitragsfreistellung und Wiederinkraftsetzung

- 1 Können Sie die Versicherung kündigen?
- 2 Können Sie die Versicherung beitragsfrei stellen?
- 3 Können Sie die Versicherung nach einer Beitragsfreistellung wieder in Kraft setzen?
- 4 Können Sie die Beitragszahlung unterbrechen oder eine Stundung der Beiträge verlangen?

Teil E - Kosten für den Versicherungsvertrag

- 1 Wie verrechnen wir die Kosten Ihres Vertrages?
- 2 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Teil F - Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

- 1 Können Sie die Zahlungsweise der Beiträge ändern?
- 2 Können Sie die Versicherungsleistungen erhöhen?
- 3 Können Sie die Versicherungsleistungen ohne Risikoprüfung erhöhen?
- 4 Können Sie die Versicherungsleistungen herabsetzen?
- 5 Können Sie den nachträglichen Einschluss einer automatischen Anpassung der Beiträge und Versicherungsleistungen beantragen?

Sofern Sie eine garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente vereinbart haben, gilt die folgende Ziffer ergänzend:

- 6 Können Sie die garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente nach Ende des Verlustes der versicherten Grundfähigkeiten erhalten?

Besondere Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

Sofern wir einen vorläufigen Versicherungsschutz gewähren, gelten hierfür die Regelungen für den vorläufigen Versicherungsschutz.

- 1 Was ist vorläufig versichert?
- 2 Was ist ein Unfall im Sinne dieser Besonderen Bedingungen?
- 3 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?
- 4 Wann beginnt und wann endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn Sie eine unverbindliche Anfrage auf Erstellung eines Angebotes gestellt haben?
- 5 Wann beginnt und wann endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn Sie einen rechtsverbindlichen Antrag auf Abschluss einer Grundfähigkeitsversicherung gestellt haben?
- 6 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?
- 7 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

Besondere Bedingungen für die automatische Anpassung der Beiträge und Versicherungsleistungen

Haben Sie eine automatische Anpassung der Beiträge und Versicherungsleistungen vertraglich vereinbart, gelten die folgenden Regelungen.

- 1 Wie berechnen wir die Erhöhung Ihrer Beiträge?
- 2 Wann erhöht sich der gesamte Beitrag? Wann endet die automatische Anpassung?
- 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?
- 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die automatische Anpassung?
- 5 Wann findet keine automatische Anpassung statt?

Besondere Regelungen für die Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG

Wir sprechen mit diesen Regelungen und den Versicherungsbedingungen Sie als Arbeitgeber und unseren Versicherungsnehmer unmittelbar an. Die einzelnen versicherungsvertraglichen Rechte und Pflichten betreffen vorrangig nur Sie und werden daher nur Ihnen gegenüber erläutert. Die Bestimmungen sind aber auch für die versicherte Person von Interesse.

Für die Versicherung gelten ergänzend zu den Versicherungsbedingungen zur Grundfähigkeitsversicherung die folgenden Regelungen:

Diese Versicherung schließen Sie als Arbeitgeber auf das Leben eines Mitarbeiters ab. Sie sind Versicherungsnehmer und zahlen die Beiträge. Der Mitarbeiter ist die versicherte Person. Die versicherte Person ist hinsichtlich der Leistungen bezugsberechtigt.

Die Direktversicherung muss gewisse arbeitsrechtliche Anforderungen erfüllen. Diese Anforderungen regelt das Betriebsrentengesetz. Insbesondere gilt:

- Den gesamten Schriftwechsel führen wir grundsätzlich mit Ihnen als Versicherungsnehmer.
- Sie oder die versicherte Person können die Ansprüche auf die versicherten Leistungen nicht beleihen, abtreten oder verpfänden.
- Die versicherte Person kann bei uns die voraussichtliche Höhe der ihr zustehenden Versicherungsleistung erfragen.
- Wechselt die versicherte Person den Arbeitgeber oder soll die Versicherung auf einen anderen Versorgungsträger übertragen werden, gilt: Die versicherte Person kann auch die Höhe des Übertragungswerts erfragen.
- Die Überschussanteile verwenden wir ausschließlich zur Verbesserung der Versicherungsleistungen.

1 Welche Möglichkeiten der Finanzierung einer Direktversicherung gibt es und wo liegen die Besonderheiten?

Es gibt mehrere Möglichkeiten, die Direktversicherung zu finanzieren:

Sie wird vom Arbeitgeber finanziert.

Sie haben die Möglichkeit, ein unwiderrufliches Bezugsrecht mit Vorbehalt (eingeschränkt unwiderrufliches Bezugsrecht) oder unwiderrufliches Bezugsrecht ohne Vorbehalt (uneingeschränkt unwiderrufliches Bezugsrecht) zu vereinbaren.

Sie wird durch Entgeltumwandlung finanziert.

Hierbei wandelt der Mitarbeiter Teile seines Entgelts in Ansprüche auf Leistungen der Direktversicherung um. Grundsätzlich hat der Mitarbeiter nach dem Betriebsrentengesetz einen Rechtsanspruch auf Entgeltumwandlung. Besteht ein Tarifvertrag, ist für die Umwandlung von Tarifentgelt nach dem Betriebsrentengesetz eine Öffnungsklausel im Tarifvertrag erforderlich.

Soweit der Arbeitgeber durch die Entgeltumwandlung Sozialversicherungsbeiträge spart, gilt: Er ist verpflichtet, den von ihm ersparten Anteil an den Sozialversicherungsbeiträgen der Finanzierung zuzuführen.

Es wird stets ein unwiderrufliches Bezugsrecht ohne Vorbehalt (uneingeschränkt unwiderrufliches Bezugsrecht) vereinbart. Damit erwirbt die bezugsberechtigte Person ein Recht auf die Versicherungsleistungen.

Sie wird teilweise vom Arbeitgeber und teilweise durch Entgeltumwandlung finanziert.

Man spricht dann von einer Mischfinanzierung. Findet die Mischfinanzierung in einem Versicherungsvertrag statt, wird ein unwiderrufliches Bezugsrecht ohne Vorbehalt (eingeschränkt unwiderrufliches Bezugsrecht) vereinbart.

2 Was gilt bei Fortsetzung einer Versicherung mit laufender Beitragszahlung aufgrund Elternzeit der versicherten Person?

Bezüglich der Direktversicherung haben Sie zu Beginn der Elternzeit der versicherten Person folgende Möglichkeiten: Sie können die Versicherung beitragsfrei stellen.

Nach Beendigung der Elternzeit kann die Versicherung zu den vor der Umwandlung vereinbarten Bedingungen fortgesetzt werden. Wenn die Versicherung beitragsfrei gestellt war, ist dies innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Elternzeit möglich. Die Grundfähigkeitsversicherung kann in folgendem Fall nicht wieder fortgesetzt werden: Die versicherte Person hat während der Beitragsfreistellung eine Grundfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen verloren.

Die in "Teil C - Regelungen und Pflichten für den Versicherungsvertrag" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschriebenen Regelungen des Zahlungsverzugs wenden wir in diesen drei Monaten nicht an. Sie gelten aber spätestens wieder, wenn Sie uns darüber informieren, dass die Versicherung fortgesetzt werden soll.

3 Was gilt bei Ausscheiden der versicherten Person vor Eintritt eines Versorgungsfalls aus dem Arbeitsverhältnis?

Sie als Versicherungsnehmer informieren uns über das Ausscheiden der versicherten Person.

Ausscheiden mit unwiderruflichen Bezugsrecht ohne Vorbehalt

Hat die versicherte Person ein unwiderrufliches Bezugsrecht ohne Vorbehalt und scheidet aus dem Dienstverhältnis aus, gilt: Die versicherte Person behält ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung.

Ist die Anwartschaft der versicherten Person gesetzlich unverfallbar, wird standardmäßig die sogenannte versicherungsförmige Lösung nach § 2 Absatz 2 Satz 2 und 3 des Betriebsrentengesetzes angewendet. Der Versorgungsanspruch der versicherten Person ist auf die vom Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages zu erbringende Versicherungsleistung begrenzt.

Sie können die Versicherung auf die versicherte Person übertragen. Dann wird die versicherte Person der neue Versicherungsnehmer. Sie haben damit keine Rechte und Pflichten mehr aus der Versicherung. Die Übertragung der Versicherung müssen Sie der versicherten Person und uns gegenüber spätestens drei Monate nach dem Ausscheiden erklären. Die versicherte Person muss dieser Übertragung zustimmen. Außerdem müssen alle Beiträge bis dahin gezahlt sein.

Die Versicherung unterliegt auch nach dem Ausscheiden der versicherten Person aus dem Arbeitsverhältnis grundsätzlich den Bestimmungen des Betriebsrentengesetzes. Soweit die Ansprüche aus dem Vertrag auf Ihrer Beitragszahlung beruhen, gilt:

- Die versicherte Person darf die Ansprüche aus dem Vertrag nicht abtreten oder beleihen.
- Zudem kann die versicherte Person bei einer Kündigung der Versicherung den Kündigungsbetrag nicht in Anspruch nehmen. Stattdessen wandelt sich die Versicherung in dieser Höhe in eine beitragsfreie Versicherung um.

Ausscheiden mit unwiderruflichen Bezugsrecht mit Vorbehalt

Handelt es sich bei dieser Versicherung um eine arbeitgeberfinanzierte Direktversicherung mit einem unwiderruflichen Bezugsrecht mit Vorbehalt, gilt: Mit Ablauf einer bestimmten Frist entfällt der Vorbehalt. Die Frist regelt das Betriebsrentengesetz. Ist die Frist beim Ausscheiden der versicherten Person erfüllt, ist die Versorgung unverfallbar. D.h. es gelten die Regelungen des Ausscheidens mit einem unwiderruflichen Bezugsrecht ohne Vorbehalt. Sind die Fristen nicht erfüllt, ist die Versorgung verfallbar.

Scheidet die versicherte Person mit verfallbaren Anwartschaften aus Ihrem Unternehmen aus, haben Sie zwei Möglichkeiten:

- Als Versicherungsnehmer können Sie die Versicherung auf die versicherte Person übertragen. In diesem Fall gelten die Regelungen zum Ausscheiden mit unverfallbaren Anwartschaften.
- Sie können die Versicherung aber auch kündigen. Wir zahlen dann den Kündigungsbetrag aus.

Teilen Sie uns nicht ausdrücklich mit, welche der beiden Möglichkeiten Sie wählen, gilt die Versicherung als gekündigt.

4 Was gilt bei privater oder betrieblicher Fortführung der Direktversicherung?

Private Fortführung

Haben Sie die Direktversicherung auf die versicherte Person übertragen, erhält die versicherte Person die Stellung des Versicherungsnehmers. Die versicherte Person führt die Versicherung privat fort. Die versicherte Person hat dann bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung zwei Möglichkeiten:

- Sie kann Beiträge selber weiterzahlen.
- Sie kann die Versicherung beitragsfrei fortführen, wenn ein Betrag zur Bildung einer beitragsfreien Versicherung zur Verfügung steht.

Wenn die versicherte Person die Versicherung mit selbst gezahlten Beiträgen privat fortführt und später kündigt, kann sie nur über den Kündigungsbetrag aus den selbst gezahlten Beiträgen verfügen.

Wenn die versicherte Person die Grundfähigkeitsversicherung privat fortführen möchte, muss sie das mit uns und mit Ihnen vereinbaren. Führt sie die Beitragszahlung zur Grundfähigkeitsversicherung innerhalb von drei Monaten fort, verzichten wir auf eine Risikoprüfung.

Wir ändern in keinem Fall den zu Vertragsbeginn vereinbarten Tarif.

Wurden bis zur Übertragung Anpassungen oder Erhöhungen der Leistungen der Direktversicherung vorgenommen, so gelten auch die für die jeweilige Anpassung oder Erhöhung vereinbarten Tarife weiter. Haben Sie mit uns einen Firmengruppenversicherungsvertrag vereinbart, gilt: Wir führen die Versicherung als Einzelversicherung fort.

Betriebliche Fortführung

Die Versicherung kann auch auf einen neuen Arbeitgeber übertragen werden. Der neue Arbeitgeber und wir müssen dieser Übertragung zustimmen. Im Fall der betrieblichen Fortführung wird der neue Arbeitgeber Versicherungsnehmer.

Der neue Arbeitgeber kann die Versicherung unverändert fortführen. Alternativ kann auch der Wert der Versicherung auf den neuen Arbeitgeber übertragen werden. Wenn der neue Arbeitgeber den übertragenen Wert in eine neue Versicherung einzahlt, können hierfür andere Bedingungen und Leistungen gelten.

Teil A – Art und Umfang der versicherten Leistungen der Grundfähigkeitsversicherung

Inhaltsverzeichnis

- 1 Welche Versicherungsleistungen erbringen wir?
- 2 Wann endet Ihr Anspruch auf die Versicherungsleistungen?
- 3 Welche Grundfähigkeiten sind versichert und was ist Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- 4 Unter welchen Voraussetzungen gilt Pflegebedürftigkeit als Verlust einer Grundfähigkeit?
- 5 Wie und wann erklären wir, ob wir leisten?
- 6 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Rechnungsgrundlagen oder die Versicherungsbedingungen anpassen?
- 7 Wer erhält die Versicherungsleistungen?
- 8 Verlängerungsoption bei Erhöhung der Regelaltersgrenze
- Sofern Sie die Option Psyche Plus vereinbart haben, gilt die folgende Ziffer ergänzend:**
- 9 Option Psyche Plus
- Sofern Sie die Option Sport Plus vereinbart haben, gilt die folgende Ziffer ergänzend:**
- 10 Option Sport Plus

1 Welche Versicherungsleistungen erbringen wir?

1.1 Verliert die versicherte Person während der Dauer Ihrer Versicherung für mindestens sechs Monate eine der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen, erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

1.1.1 Beitragsbefreiung

Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für Ihre Versicherung.

1.1.2 Grundfähigkeitsrente

Wir zahlen eine Grundfähigkeitsrente. Diese zahlen wir monatlich im Voraus. Wir zahlen sie aber längstens bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer. Auf Wunsch zahlen wir die ersten 12 Monatsrenten in einer Summe aus.

1.1.3 Garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente

Haben Sie eine garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente nach Beginn der Rentenzahlung vereinbart, gilt:

Die garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente erfolgt nach Beginn der Rentenzahlung einmal jährlich zum Stichtag der Versicherung. Den Stichtag der Versicherung finden Sie in der Versicherungsurkunde.

Für die erste garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente gilt: Diese erfolgt zu dem Stichtag der Versicherung, der auf den Beginn unserer Rentenzahlung folgt.

Die Höhe der garantierten Erhöhung der Grundfähigkeitsrente ergibt sich aus:

- dem vereinbarten Steigerungssatz. Der Steigerungssatz ist der Prozentsatz, um den die Grundfähigkeitsrente jährlich steigt. Den vereinbarten Steigerungssatz finden Sie in der Versicherungsurkunde.
- der garantierten Monatsrente des Vorversicherungsjahres.

Endet der Verlust der versicherten Grundfähigkeiten vor Ablauf der Versicherungsdauer, endet auch die garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente. Verliert die versicherte Person erneut eine der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen, gilt: Die aufgrund der vereinbarten garantierten Erhöhung der Grundfähigkeitsrente bereits erfolgten Rentenerhöhungen werden nicht angerechnet. Die garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente beginnt dann wieder bei der garantierten Rente vor Eintritt des Leistungsfalls. Sie können jedoch die während des Leistungsbezugs erreichte Grundfähigkeitsrente ohne Risiko-

prüfung gegen einen erhöhten Beitrag erhalten. Nähere Informationen hierzu finden Sie in "Teil F - Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten" Ziffer 6.

Ob Sie zu Ihrer Versicherung eine garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente vereinbart haben, finden Sie in der Versicherungsurkunde. Sie finden dies im Abschnitt "Wer und was ist versichert?".

1.2 Art und Umfang der vereinbarten Versicherungsleistungen finden Sie in der Versicherungsurkunde.

Außer den in der Versicherungsurkunde aufgeführten garantierten Versicherungsleistungen können weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung hinzukommen. Nähere Informationen zur Überschussbeteiligung finden Sie in "Teil B - Regelungen zur Überschussbeteiligung".

1.3 Leistungsbeginn der Beitragsbefreiung bei Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung bei Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten entsteht mit Ende der Versicherungsperiode, in dem der Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten der versicherten Person eingetreten ist.

1.4 Leistungsbeginn der Grundfähigkeitsrente

Der Anspruch auf Grundfähigkeitsrente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten der versicherten Person eingetreten ist. Haben Sie die Vorauszahlung der ersten 12 Monatsrenten in einer Summe gewählt, gilt: Die monatliche Zahlung der Grundfähigkeitsrente setzt dann nach Ablauf von 12 Monaten nach Entstehung des Anspruchs auf Grundfähigkeitsrente ein.

1.5 Bis wir endgültig über die Leistungspflicht entschieden haben, müssen Sie die Versicherungsbeiträge in voller Höhe weiterzahlen.

Wir zahlen zu viel gezahlte Beiträge zurück, wenn wir die Leistungspflicht anerkennen.

Auf Antrag stunden wir Ihnen die Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos. Nähere Informationen dazu finden Sie in Ziffer 5.3.

1.6 Unterstützung während der Vertragslaufzeit

Wir beraten und unterstützen Sie selbstverständlich während der Vertragslaufzeit. Sie haben viele Möglichkeiten, uns zu erreichen. Zum Beispiel per Telefon, E-Mail oder Live-Chat. Das heißt, haben Sie z.B. nachfolgende Fragen, helfen wir Ihnen gern:

- Welche Leistungen sind versichert?
 - Welche Voraussetzungen müssen für den Erhalt einer Versicherungsleistung erfüllt sein?
 - Wie erfolgt die Leistungsprüfung?
 - Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Versicherungsleistung beantragen wollen?
 - Welche Unterlagen benötigen wir für die Leistungsprüfung?
- Erforderliche Formulare stellen wir Ihnen gern zur Verfügung.

2 Wann endet Ihr Anspruch auf die Versicherungsleistungen?

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Grundfähigkeitsrente endet in folgenden Fällen:

- Es liegt kein Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen mehr vor.
- Der Anspruch auf die Versicherungsleistung ist aufgrund des Verlustes der Grundfähigkeit Autofahren entstanden und die Fahrerlaubnis wurde wiedererlangt.
- Der Anspruch auf die Versicherungsleistung ist aufgrund der gerichtlichen Bestellung eines Betreuers entstanden und diese Bestellung wird aufgehoben.
- Der Anspruch auf die Versicherungsleistung ist aufgrund eines Tätigkeitsverbotes nach § 31 Infektionsschutzgesetz (IfSG) entstanden und dieses Tätigkeitsverbot wird aufgehoben.
- Der Versicherungsfall wurde durch Pflegebedürftigkeit verursacht und diese besteht nicht mehr in dem Umfang, der als Verlust einer Grundfähigkeit gilt. Nähere Informationen finden Sie in Ziffer 4.
- Die versicherte Person stirbt.
- Die vertraglich vereinbarte Leistungsdauer endet. Diese finden Sie in der Versicherungsurkunde. Sie finden diese im Abschnitt "Wer und was ist versichert?".

3 Was ist unter dem Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen zu verstehen und welche Grundfähigkeiten sind versichert?

3.1 Der Verlust einer Grundfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch altersentsprechend) eine der genannten Grundfähigkeiten im jeweils beschriebenen Umfang verliert und dieser Verlust für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen vorliegen wird. Hat der Verlust einer Grundfähigkeit bereits für mindestens sechs Monate ununterbrochen vorgelegen, gilt dies von Beginn an als Grundfähigkeitsverlust. Die Grundfähigkeit muss vor Verlust vorhanden gewesen sein.

3.2 Die Krankheit, die Körperverletzung oder der Kräfteverfall (auch altersentsprechend) muss zu nachweisbaren körperlichen Veränderungen führen und damit einer objektiven Befunderhebung zugänglich sein; der Verlust von Fähigkeiten aufgrund von psychischen oder psychosomatischen Beeinträchtigungen kommt als Ursache nicht in Betracht. Abweichend davon leisten wir bei den Grundfähigkeiten "Intellekt", "Eigenverantwortliches Handeln" sowie bei der Grundfähigkeit aus der Option "Psyche Plus" auch, wenn der Verlust der Grundfähigkeit auf psychischen oder psychosomatischen Beeinträchtigungen beruht.

3.3 Folgende Grundfähigkeiten sind im Einzelnen versichert:

Hören:

Ein Verlust liegt vor, wenn bei der versicherten Person

- auch bei Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln auf beiden Ohren jeweils ein Resthörvermögen von höchstens 25 Prozent besteht oder
- auch bei Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln eine Schallempfindungsschwerhörigkeit auf beiden Ohren besteht, die mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) einen Hörverlust von mindestens 60 Dezibel bei einer Tonfrequenz von 2 kHz nachweist. Dies muss durch ein weiteres anerkanntes Testverfahren (zum Beispiel BERA) bestätigt werden.

Ein geeignetes Hilfsmittel ist z.B. ein Hörgerät.

Sehen:

Ein Verlust liegt vor, wenn das Sehvermögen der versicherten Person auch bei Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln so stark eingeschränkt ist, dass auf dem besseren Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 Prozent oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.

Geeignete Hilfsmittel sind z.B. eine Brille oder Kontaktlinsen.

Sprechen:

Ein Verlust liegt vor, wenn die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der versicherten Person nach abgeschlossenem Erwerb der Gesprächs- und Erzählfähigkeit auch bei Verwendung von geeig-

neten Hilfsmitteln so weit eingeschränkt ist, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mittels Sprache mit einer neutralen Person mit gleicher Sprachbasis zu kommunizieren, weil sie keine verständlichen und sinngebenden Worte mehr formen kann. Ein geeignetes Hilfsmittel ist z.B. ein Kehlkopfmikrofon. Die Beeinträchtigung der Sprache muss durch ein neurologisches Gutachten nachgewiesen werden, bei aphasischen Störungen (Sprachstörung nach Hirnschädigung z. B. durch Schlaganfall, Schädelhirntrauma) unter Verwendung entsprechender Tests, wie z. B. dem Aachener Aphasie Test.

Gehen:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln und einer Pause von maximal 1 Minute innerhalb von 20 Minuten nicht mehr selbstständig in der Lage ist, eine Strecke von 400 Metern über einen festen und ebenen Boden gehend zurückzulegen. Geeignete Hilfsmittel sind z.B. eine Prothese oder ein Gehstock. Nicht zu den geeigneten Hilfsmitteln zählen Rollatoren oder Unterarmgehstützen.

Stehen:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln auch mit Veränderung der Körperhaltung nicht mehr in der Lage ist, 10 Minuten ununterbrochen frei auf einem festen und ebenen Boden zu stehen, ohne sich abzustützen. Geeignete Hilfsmittel sind z.B. eine Prothese, eine Stützbandage oder Orthesen.

Sitzen:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, 20 Minuten auf einem Stuhl ununterbrochen zu sitzen, auch nicht mit Änderung der Sitzposition oder mit Abstützen auf Armlehnen.

Greifen/Halten:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage ist, einen maximal 200 g (100 g für Kinder bis zum vollendetem 7. Lebensjahr) leichten Alltagsgegenstand (z.B. Tasse) zu greifen und 5 Minuten lang ununterbrochen, auch unter Ablage des Unterarms, zu halten.

Gebrauch Arm:

Ein Verlust liegt vor, wenn es der versicherten Person nicht mehr möglich ist, den linken oder rechten Arm seitwärts zu bewegen und 10 Sekunden abgespreizt auf Schulterhöhe zu halten sowie nach vorne zu bewegen und 10 Sekunden abgespreizt auf Schulterhöhe zu halten und in beide Richtungen zu drehen.

Gebrauch Hand:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person unfähig ist

- mit der rechten oder linken Hand eine LED-/ Glühbirne in einen Schraubsockel (E27) einer Tischlampe zu stecken und soweit hineinzudrehen, dass die Birne leuchtet und anschließend wieder herauszudrehen oder
- eine Flasche mit Schraubverschluss zu schließen und wieder zu öffnen oder
- eine in ein gedübeltes Loch angesetzte 6 x 50 Millimeter Schraube mittels eines handelsüblichen Schraubendrehers hinein- oder wieder herauszudrehen oder
- mit einem Schraubenschlüssel eine auf dem Gewinde sitzende Mutter (M8) anzuziehen und wieder zu lösen.

Autofahren:

Ein Verlust liegt vor, wenn nach deutschen verwaltungsrechtlichen Vorschriften der versicherten Person ausschließlich aus körperlichen Gründen die Fahrerlaubnis für Personenkraftwagen (PKW / Stand 2022: Klasse B, BE) oder Traktoren/Zugmaschinen/sonstige Arbeitsmaschinen (Stand 2022: Klasse L, T) nachweislich entweder entzogen oder von dieser freiwillig bei der zuständigen Führerscheinebehörde abgegeben wurde. Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen.

Es liegt ebenfalls der Verlust der Fähigkeit zum Autofahren vor, wenn nach deutschen verwaltungsrechtlichen Vorschriften die versicherte Person aus körperlichen Gründen keine Fahrerlaubnis für PKW mehr erwerben kann. Dies gilt für einen Zeitraum von zwanzig Jahren, beginnend ab dem Zeitpunkt, ab dem der Erwerb der Fahrerlaubnis für PKW für die versicherte Person erstmals möglich ist oder möglich war. Ein verkehrsmedizinisches Gutachten muss bestätigen, dass die versicherte Person aus körperlichen Gründen keine Fahrerlaubnis für PKW mehr erwerben kann.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall aufgrund von Alkohol-, Drogen-, Betäubungsmittelkonsum oder Medikamentenmissbrauch und deren jeweiligen Folgen eingetreten ist.

Sofern Sie das Leistungspaket Komfort vereinbart haben, sind die folgenden Grundfähigkeiten zusätzlich versichert:

Ein- und Aussteigen aus PKW:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln aus körperlichen Gründen nicht mehr in der Lage ist, auf ebener Straße in einen PKW mit einer Autositzhöhe von 50-70 cm alleine ein- oder auszusteigen.

Geeignete Hilfsmittel sind z.B. Sitzeinstellungen, Umsetz- oder Aufrichthilfen, integrierte Haltegriffe, eine Prothese.

Knien/Bücken:

Knien

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich aus eigener Kraft mit beiden Knien auf den Boden zu knien und sich anschließend, auch mit Abstützen am Boden, wieder aufzurichten.

Bücken

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich aus eigener Kraft so weit zu bücken, auch mit angewinkelten Knien, dass sie mit den Fingerspitzen den Boden berührt und sich aus eigener Kraft, auch mit Abstützen am Boden, wieder aufrichten kann.

Sich erheben:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln nicht mehr in der Lage ist, sich selbstständig, auch durch Abstützen, von einem Stuhl zu erheben. Dabei gilt:

- der Stuhl muss Armlehnen haben und
- der Stuhl muss zur Körpergröße der versicherten Person passen. Das heißt: Die Füße müssen beim Sitzen den Boden berühren und die Beine dabei 90 Grad angewinkelt sein.

Geeignete Hilfsmittel sind z.B. eine Prothese oder Orthese.

Treppen steigen:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln und einer Pause von maximal 1 Minute nicht mehr selbstständig in der Lage ist, eine Treppe von 12 gleich hohen Stufen mit üblicher Stufenhöhe von 18 bis 20 cm und festem Bodenbelag auch unter Verwendung eines Treppengeländers hinauf- und hinabzusteigen.

Geeignete Hilfsmittel sind z.B. eine Prothese oder ein Gehstock.

Heben/Tragen:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm einen 5 kg (1 kg für Kinder bis zum vollendeten 7. Lebensjahr) schweren Gegenstand von einem Tisch in Hüfthöhe heben und auf festem und ebenem Boden fünf Meter weit tragen kann.

Geeignete Hilfsmittel sind z.B. eine Prothese oder ein Gehstock.

Gleichgewicht:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person

- weder zehn Meter entlang einer imaginären Linie (Strichgang) mit geschlossenen Augen ohne Fallneigung auf festem und ebenem Boden gehen kann,

- noch 50 Schritte auf fester und ebener Stelle mit geschlossenen Augen treten kann, ohne sich dabei um mindestens 45 Grad zur Seite zu drehen oder mit geschlossenen Augen und parallelem Fußstand keine 60 Sekunden auf fester und ebener Stelle stehen kann, ohne Fallneigung zu bekommen.

Die Störung muss durch

- eine Verletzung oder organische Erkrankung des Gehirns oder
- eine nachweisbare Schädigung des Gleichgewichtsorgans oder
- eine Schädigung der kleinen Nerven der Füße und Unterschenkel (Polyneuropathie) verursacht worden sein.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall durch alkoholbedingte Polyneuropathien und deren jeweilige Folgen eingetreten ist.

Feinmotorik/Fingerfertigkeit:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, ein DIN-A4-Blatt Papier mit einer Haushaltsschere durchzuschneiden oder eine auf einem Gewinde sitzende Flügelschraube (DIN 316 D) fünf Umdrehungen ein- und wieder herauszudrehen.

Schreiben:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr mit der dominanten Schreibhand mit einem Schreibstift mindestens 5 Wörter mit jeweils mindestens 10 Buchstaben in Druckbuchstaben schreiben kann, so dass ein unabhängiger Dritter diese Wörter lesen kann.

Tippen/Tastatur/Touchscreen:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mindestens 5 Wörter mit jeweils mindestens 10 Buchstaben auf einer Tastatur oder einem Touchscreen zu tippen oder abzutippen.

Smartphone:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, ein Smartphone zu halten oder mithilfe der Bildschirmtastatur (Displaygröße: 3,5 Zoll oder mehr) eine Nachricht von 50 Zeichen zu schreiben.

Sofern Sie das Leistungspaket Premium vereinbart haben, sind die folgenden Grundfähigkeiten darüber hinaus versichert:

Bildschirmarbeit:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln aufgrund einer körperlichen Ursache nicht mehr in der Lage ist, von einem Bildschirm abzulesen. Das bedeutet, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, für einen Zeitraum von mehr als 2 Stunden Wörter und Symbole auf einem Bildschirm zu erkennen. Dabei sind die jeweils aktuell gültigen Richtlinien der Berufsgenossenschaft zum Arbeitsschutz an Bildschirmarbeitsplätzen einzuhalten.

Geeignete Hilfsmittel sind z.B. eine Brille, Kontaktlinsen oder die Verwendung der Bildschirmlupe.

Öffentlicher Personennah- und Fernverkehr (ÖPNV/ÖPFV):

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln aufgrund ihrer motorischen Einschränkungen nicht mehr in der Lage ist, ohne fremde Hilfe in die Transportmittel des öffentlichen Personennahverkehrs oder -fernverkehrs (ÖPNV/ÖPFV) ein- oder aus diesen auszu- steigen oder durch sie befördert zu werden. Dabei sind Transportmittel des ÖPNV/ÖPFV z.B. Züge, Straßen- bahnen, Busse, U-Bahnen oder S-Bahnen. Zur Beurteilung des Verlusts der Grundfähigkeit wird eine maxi- male planmäßige Reisedauer von 2 Stunden zugrunde gelegt.

Geeignete Hilfsmittel sind z.B. Gehhilfen, Haltegriffe oder reservierte Sitze für Menschen mit Mobilitäts- einschränkung.

Für die Beurteilung des Verlusts der Grundfähigkeit ist nicht relevant, ob die versicherte Person selbst in Be- sitz der Hilfsmittel ist, oder ob diese durch den Transportdienstleister bereitgestellt oder bedient werden, wobei eine Bedienung durch das Personal nicht als fremde Hilfe angesehen wird.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall aufgrund von Alkohol-, Drogen-, Betäu- bungsmittelkonsum oder Medikamentenmissbrauch und deren jeweiligen Folgen eingetreten ist.

Fahrradfahren:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund motorischer Einschränkungen nicht mehr in der Lage ist, sich auf ein einspuriges nicht motorisiertes Fahrrad ohne Mittelstange (Oberrohr) und mit tiefem Einstieg zu setzen und damit 1 Kilometer auf ebener Strecke auf einem Radweg mit üblichem Belag innerhalb von 10 Minuten zu fahren.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall aufgrund von Alkohol-, Drogen-, Betäubungsmittelkonsum oder Medikamentenmissbrauch und deren jeweiligen Folgen eingetreten ist.

Eigenverantwortliches Handeln:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung nach deutschem Recht anhand eines psychiatrischen Gutachtens mindestens sechs Monate lang ununterbrochen rechtlich betreut werden muss oder seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen rechtlich betreut wird. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall aufgrund von Alkohol-, Drogen-, Betäubungsmittelkonsum oder Medikamentenmissbrauch und deren jeweiligen Folgen eingetreten ist.

Intellekt:

Ein Verlust liegt vor, wenn die allgemeine geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person in Bezug auf die Funktionen Arbeitsgedächtnis, Handlungsplanung, Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassung oder räumliche und zeitliche Orientierung sowie der Orientierung zur eigenen Person so stark eingeschränkt ist, dass diese nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten (z.B. Strukturierung des Tages, Haushaltsführung, Einkaufen, Essenszubereitung) eigenständig auszuführen.

Die Einschränkung der allgemeinen geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person in Bezug auf die oben genannten Funktionen muss auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung inklusive psychopathologischer Untersuchung sowie unter Verwendung normierter psychometrischer Tests (z.B. Mini-Mental-Status-Test, Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene) mittels eines fachärztlichen Gutachtens nachgewiesen werden.

Die Ergebnisse der Testverfahren müssen beim Vergleich mit der zur Normierung verwendeten Stichprobe ergeben, dass die versicherte Person in ihrem Altersbereich zu den schwächsten 10 Prozent gehört.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall aufgrund von Alkohol-, Drogen-, Betäubungsmittelkonsum oder Medikamentenmissbrauch und deren jeweiligen Folgen eingetreten ist.

Infektionen:

Ein Verlust liegt vor, wenn aufgrund einer von der versicherten Person ausgehenden Infektionsgefahr von der zuständigen Behörde aus rein medizinischen Gründen ein vollständiges Tätigkeitsverbot nach § 31 IfSG ausgesprochen wurde und dieses Tätigkeitsverbot für mindestens sechs Monate ununterbrochen bestanden hat oder für diesen Zeitraum ununterbrochen verfügt wird. Ein Verlust liegt dagegen nicht vor, sofern die versicherte Person für die Dauer des Verbots von ihrem Arbeitgeber mit einer anderen Tätigkeit betraut wird oder wenn die versicherte Person eine ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit tatsächlich ausübt und diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist unter anderem die Verfügung im Original oder in amtlich beglaubigter Form vorzulegen.

4 Unter welchen Voraussetzungen gilt Pflegebedürftigkeit als Verlust einer Grundfähigkeit?

4.1 Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, gilt dieser Zustand von Beginn an als Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne der Ziffer 3. Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die sechs Monate noch nicht erreicht sind, aber voraussichtlich erreicht werden.

4.2 Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person in Folge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch altersentsprechend) so hilflos ist, dass sie für die in Ziffer 4.3 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

4.3 Wir leisten, wenn die versicherte Person täglich für mindestens zwei der in der folgenden Auflistung genannten Verrichtungen in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person bedarf. Jede Art der Verrichtung ergibt einen Bewertungspunkt:

Fortbewegen im Zimmer:

Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung. Die versicherte Person kann nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder ins Bett gelangen.

An- und Auskleiden:

Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:

Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen und trinken.

Waschen, Kämmen und Rasieren:

Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, weil sie selbst nicht zu den notwendigen Bewegungen in der Lage ist.

Verrichten der Notdurft:

Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie

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

Allein durch eine Inkontinenz des Darms beziehungsweise der Blase ist allerdings kein Hilfebedarf gegeben, sofern sie durch Windeln oder spezielle Einlagen ausgeglichen werden kann.

4.4 Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person mindestens sechs Monate ununterbrochen an mittelschwerer oder schwerer Demenz erkrankt ist. Diese zeichnet sich durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten aus, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken. Die mittelschwere oder schwere Demenz muss von einem Facharzt für Neurologie und/oder Psychiatrie nach einer ausführlichen Befunderhebung, inklusive körperlicher und psychopathologischer Untersuchung, dokumentiert worden sein. In diesem Rahmen werden auch Demenztests (psychometrische Tests) durchgeführt.

Wir leisten, wenn mindestens der Schweregrad 5 (mittelschwere kognitive Leistungseinbußen) nach der Global Deterioration Scale (GDS) nach Reisberg vorliegt.

Die versicherte Person benötigt hier zum Beispiel

- Hilfe bei der korrekten Ankleidungsreihenfolge sowie bei der Auswahl von Kleidung, die der jeweiligen Jahreszeit oder dem Anlass entsprechen,
- ist nicht mehr in der Lage, sich an die eigene Adresse, Telefonnummer oder Namen von nahen Angehörigen, mit Ausnahme des Partners und der Kinder, zu erinnern oder an den Namen der Schule, die zuletzt besucht wurde,
- ist zeitlich (Datum, Wochentag, Jahreszeit) und örtlich nahezu vollständig desorientiert und
- hat Schwierigkeiten bei weniger anspruchsvollem Kopfrechnen, wie z.B. rückwärts zählen von 40 in 4-er-Schritten oder von 20 in 2-er-Schritten.

Alternativ kann auch ein entsprechender Schweregrad einer anderen anerkannten Demenzbeurteilungsskala zugrunde liegen.

Bei leichten oder mäßigen Störungen der Hirnleistung liegt keine Pflegebedürftigkeit wegen Demenz vor.

4.5 Eine nur vorübergehende Besserung des Gesundheitszustands hat keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht. Eine Besserung gilt erst dann nicht mehr als vorübergehend, wenn sie länger als drei Monate anhält.

4.6 Die übrigen Regelungen in den Versicherungsbedingungen, besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes sowie vertragliche Ausschlüsse zu dieser Versicherung gelten auch für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.

4.7 Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall aufgrund von Alkohol-, Drogen-, Betäubungsmittelkonsum oder Medikamentenmissbrauch und deren jeweiligen Folgen eingetreten ist.

5 Wie und wann erklären wir, ob wir leisten?

5.1 Wir werden uns jeweils innerhalb von drei Wochen, nachdem wir die Unterlagen von Ihnen erhalten haben, bei Ihnen melden. Wenn wir aufgrund der eingereichten Unterlagen keine abschließende Entscheidung treffen können, teilen wir Ihnen dies mit. Wir informieren Sie dann über weitere erforderliche Prüfungsschritte. Auch auf fehlende Unterlagen weisen wir Sie hin. Diese müssen Sie uns dann noch nachreichen. Wir informieren Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

Sobald uns alle erforderlichen Unterlagen vorliegen und alle erforderlichen Prüfungsschritte durchgeführt wurden, erklären wir innerhalb von zwei Wochen in Textform, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Nähere Informationen zu den erforderlichen Unterlagen finden Sie in "Teil C - Regelungen und Pflichten für den Versicherungsvertrag" Ziffer 5.

5.2 Wir erkennen unsere Leistungspflicht grundsätzlich unbefristet an. Wir können nur in begründeten Einzelfällen einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis für maximal zwölf Monate, unter einstweiliger Zurückstellung der Prüfung, ob die versicherte Person eine der versicherten Grundfähigkeiten gemäß Ziffer 3 verloren hat, aussprechen. Das zeitlich begrenzte Anerkenntnis ist für uns bis zum Ablauf der Frist bindend.

5.3 Erfahrungsgemäß kann die Prüfung der Ansprüche auch einmal etwas länger dauern. Deshalb stunden wir Ihnen auf Antrag die Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht. Zinsen verlangen wir für diese Stundung nicht.

Sobald die endgültige Entscheidung feststeht, endet die zinslose Stundung.

Falls wir den Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten nicht anerkennen, müssen die Beitragszahlungen wieder aufgenommen werden. Die gestundeten Beiträge müssen dann nachgezahlt werden. Falls Sie die Nachzahlung nicht in einer Summe leisten möchten, kann die Zahlung auch in maximal 24 gleichbleibenden Monatsraten erfolgen. Auf Wunsch informieren wir Sie über gegebenenfalls weitere Möglichkeiten zur Zahlung der gestundeten Beiträge.

6 Unter welchen Voraussetzungen können wir die Rechnungsgrundlagen oder die Versicherungsbedingungen anpassen?

6.1 Wir können die Rechnungsgrundlagen unter den in § 163 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) genannten Voraussetzungen anpassen.

6.2 Ist eine Bestimmung in diesen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, gilt: Wir können sie unter den in § 164 VVG genannten Voraussetzungen durch eine neue Regelung ersetzen.

7 Wer erhält die Versicherungsleistungen?

7.1 Leistungen aus dem Versicherungsvertrag zahlen wir grundsätzlich an die versicherte Person (Bezugsberechtigter).

Das Bezugsrecht kann eingeschränkt unwiderruflich oder unwiderruflich eingeräumt werden.

Nähere Informationen zum Bezugsrecht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Sie finden diese in den "Besonderen Regelungen für die Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG".

7.2 Haben Sie ausdrücklich ein unwiderrufliches Bezugsrecht bestimmt, erwirbt der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag sofort und unwiderruflich. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

7.3 Die Abtretung, Beleihung oder Verpfändung aus dieser Versicherung an Dritte wird ausgeschlossen.

7.4 Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) angezeigt worden sind.

8 Verlängerungsoption bei Erhöhung der Regelaltersgrenze

8.1 Sie haben bei Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder in den Berufständischen Versorgungseinrichtungen das Recht, die Versicherungs- und Leistungsdauer dieser Versicherung ohne Risikoprüfung zu verlängern. Die Versicherungs- und die Leistungsdauer verlängern sich um den gleichen Zeitraum.

8.2 Für die Verlängerung des Versicherungsschutzes müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Bei Vertragsabschluss wurde eine Versicherungsdauer mindestens bis Endalter 62 vereinbart.
- Für die versicherte Person wurden bislang keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Verlust einer Grundfähigkeit erbracht oder beantragt.
- Die versicherte Person darf nicht berufsunfähig oder erwerbsunfähig sein.
- Bei der versicherten Person liegt kein Verlust einer Grundfähigkeit vor.
- Die Versicherung muss beitragspflichtig sein und Sie haben die Beitragszahlung nicht nach "Teil D - Regelungen zur Kündigung, Beitragsfreistellung und Wiederinkraftsetzung" Ziffer 4 unterbrochen.

Die Versicherungs- und Leistungsdauer darf um den Zeitraum verlängert werden, um den die Regelaltersgrenze erhöht wurde. Dieser Zeitraum wird auf volle Jahre aufgerundet. Die Verlängerung darf zusätzlich maximal bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres der versicherten Person erfolgen.

Die Verlängerung des Versicherungsschutzes können Sie innerhalb von 12 Monaten verlangen, nachdem die gesetzliche Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze für die versicherte Person in Kraft getreten ist.

Ihre Leistungen bei Verlust einer Grundfähigkeit bleiben unverändert bestehen. Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bezogen auf die neue Versicherungs- und Leistungsdauer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu fest.

Die Anpassung erfolgt im bestehenden Versicherungsvertrag mit den dafür gültigen Rechnungsgrundlagen, Versicherungsbedingungen und allen sonstigen vertraglichen Vereinbarungen sowie den geltenden Tarifbestimmungen.

8.3 Sofern Sie eine Verlängerung wünschen, müssen Sie uns dies in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) mitteilen. Die Verlängerung führen wir zum nächsten Beitragszahlungstermin durch.

Sofern Sie die Option Psyche Plus vereinbart haben, gilt die folgende Ziffer ergänzend:

9 Option Psyche Plus

Haben Sie die Option Psyche Plus vereinbart, gilt:

Wenn für die versicherte Person während der Versicherungsdauer die Voraussetzungen nach Ziffer 9.1 vorliegen, gilt dies als Verlust einer Grundfähigkeit und wir erbringen die Versicherungsleistungen.

9.1 Die versicherte Person kann ausschließlich aufgrund einer psychischen Erkrankung (z.B. eine Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Schizophrenie)

- voraussichtlich in den nächsten zwölf Monaten ununterbrochen oder
- bereits seit mindestens zwölf Monaten ununterbrochen

keine drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen. Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt berücksichtigen wir dabei nicht. Wir sind nicht an den Bescheid eines Sozialversicherungsträgers gebunden.

Falls die versicherte Person ein Schüler ist, gilt abweichend, dass dieser ausschließlich aufgrund einer psychischen Erkrankung (z.B. eine Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Schizophrenie)

- voraussichtlich in den nächsten zwölf Monaten ununterbrochen oder
- bereits seit mindestens zwölf Monaten ununterbrochen

keine drei Stunden täglich als Schüler an einem regulären Schulunterricht teilnehmen kann.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall aufgrund von Alkohol-, Drogen-, Betäubungsmittelkonsum oder Medikamentenmissbrauch und deren jeweiligen Folgen eingetreten ist.

Sofern Sie die Option Sport Plus vereinbart haben, gilt die folgende Ziffer ergänzend:

10 Option Sport Plus

Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer für mindestens sechs Monate eine der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen gemäß Ziffer 10.1 verliert, erbringen wir die Versicherungsleistungen.

10.1 Folgende Grundfähigkeiten sind im Einzelnen versichert:

Herzfunktion:

Ein Verlust liegt vor, wenn die Pumpleistung des Herzens durch eine Verletzung oder eine Erkrankung derart gemindert ist, dass

- die Ejektionsfraktion kleiner gleich 30 Prozent oder
- das Fractional Shortening kleiner gleich 15 Prozent ist.

Die Pumpleistung des Herzens muss irreversibel gemindert und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein.

Wir erbringen die Versicherungsleistungen auch weiter, wenn sich die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessern.

Lungenfunktion:

Ein Verlust liegt vor, wenn die Leistungsfähigkeit durch eine Verletzung oder Erkrankung dauerhaft und unumkehrbar derart eingeschränkt ist, dass

- die versicherte Person eine Sauerstoff-Langzeit-Therapie mit einem Umfang von mindestens 8 Stunden pro Tag begonnen hat und diese Therapie noch andauert und
- die verordnete Sauerstoff-Langzeit-Therapie nach den gültigen medizinischen Leitlinien erfolgt.

Räumliches Sehen:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln auf einem der beiden Augen nur noch maximal 5 Prozent Sehkraft hat, so dass das räumliche Sehen nicht mehr möglich ist. Geeignete Hilfsmittel sind z.B. eine Brille oder Kontaktlinsen.

Koordination:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mit geschlossenen Augen den Zeigefinger in einer ausholenden Bewegung zur Nase führen und die Nasenspitze berühren kann. Der Verlust muss durch neurologische Erkrankungen erklärbar sein.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall aufgrund von Alkohol-, Drogen-, Betäubungsmittelkonsum oder Medikamentenmissbrauch und deren jeweiligen Folgen eingetreten ist.

Kopfdrehung:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person ihren Kopf aus der Null-Stellung nicht weiter als 20 Grad nach links oder rechts drehen kann.

Rumpfdrehung:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person ihren Rumpf im Sitzen mit fixiertem Beckengürtel aus der Null-Stellung nicht weiter als 10 Grad nach links oder rechts drehen kann.

Rumpfbeugung:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln ihren Oberkörper im Stehen mit gestreckten Beinen nicht so weit vorbeugen kann, dass sie mit den Fingerspitzen ihre Beine unterhalb der Knie berühren kann.

Geeignete Hilfsmittel sind z.B. Stützbandagen, Orthesen und Prothesen.

Hüftgelenk:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln nicht mehr auf einem Bein stehen und das andere Bein seitlich um 20 Grad abspreizen kann. Dies gilt auch, wenn sie sich dabei festhält.

Geeignete Hilfsmittel sind z.B. Stützbandagen, Orthesen und Prothesen.

Kniegelenk:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln ein Knie nicht mehr so weit anwinkeln kann, dass ein Winkel von 90 Grad zwischen Ober- und Unterschenkel erreicht wird.

Geeignete Hilfsmittel sind z.B. Stützbandagen, Orthesen und Prothesen.

Schulter- und Ellbogengelenk:

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr mit beiden Armen gleichzeitig eine nach oben und hinten gerichtete Bewegung ausführen und dabei ihren Nacken berühren sowie eine nach unten und hinten gerichtete Bewegung ausführen und dabei ihren unteren Rücken berühren kann.

Teil B - Regelungen zur Überschussbeteiligung

Inhaltsverzeichnis

- 1 Grundsätze zur Überschussbeteiligung
- 2 Wie beteiligen wir Ihre Versicherung an den Überschüssen?

1 Grundsätze zur Überschussbeteiligung

1.1 Wir beteiligen diese Versicherung und die Versicherungen der anderen Versicherungsnehmer an dem von uns erwirtschafteten Überschuss. Zusätzlich beteiligen wir diese Versicherung und die Versicherungen der anderen Versicherungsnehmer an den Bewertungsreserven, die nach den gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind. Die Beteiligung am Überschuss und die Beteiligung an den Bewertungsreserven werden zusammen als Überschussbeteiligung bezeichnet.

Die Überschüsse ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches. Wir legen unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Vorschriften den für die Beteiligung der Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit zur Verfügung stehenden Teil des Überschusses fest. Wir veröffentlichen die Überschüsse und Bewertungsreserven jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen schicken wir Ihnen auf Wunsch gern zu.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

1.2 Überschussquellen

Wir fassen gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammen. Nähere Informationen dazu finden Sie in Ziffer 1.5. Überschüsse der Bestandsgruppe, zu der Ihre Versicherung gehört, können insbesondere aus folgenden Gründen entstehen:

- aus dem Risikoergebnis, wenn sich die bei der Tarifikalkulation getroffenen Annahmen zum Verlust einer versicherten Grundfähigkeit als zu vorsichtig herausgestellt haben;
- aus dem übrigen Ergebnis, wenn sich die bei der Tarifikalkulation getroffenen Annahmen zu den Kosten als zu vorsichtig herausgestellt haben;
- aus den Kapitalerträgen, die auf die überschussberechtigten Versicherungen entfallen.

Die Beiträge sind so kalkuliert, dass wir sie vorrangig für die Deckung von Risiken, eine versicherte Grundfähigkeit zu verlieren, benötigen. Vor Eintritt des Verlustes einer versicherten Grundfähigkeit stehen daher keine oder nur geringe Beträge zur Bildung von Deckungskapital zur Verfügung. In dieser Zeit entstehen deshalb keine oder nur geringe Überschüsse aus Kapitalanlagen und Bewertungsreserven.

Nach Eintritt des Verlustes einer versicherten Grundfähigkeit entstehen Überschüsse in erster Linie aus den Kapitalerträgen, die auf die überschussberechtigten Versicherungen der Bestandsgruppe entfallen, zu der auch diese Versicherung gehört. Deshalb ist die Beteiligung der Versicherung an Bewertungsreserven prinzipiell höher als vor Eintritt des Verlustes einer versicherten Grundfähigkeit.

1.3 Angemessene Beteiligung

Die Versicherungsnehmer müssen nach § 153 VVG an den Überschüssen beteiligt werden. Die Angemessenheit richtet sich nach der Mindestzuführungsverordnung (MindZV). Maßgebend ist die jeweils geltende Fassung dieser Verordnung.

Aus den Erträgen der Kapitalanlagen finanzieren wir zunächst den Rechnungszins, den wir für die garantierten Leistungen benötigen. Nur die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung. Wir verwenden das Risikoergebnis und das übrige Ergebnis ebenfalls zur Finanzierung des Rechnungszinses, soweit die Erträge der Kapitalanlagen hierfür nicht ausreichen.

In Ausnahmefällen kann die Mindestbeteiligung der Versicherungsnehmer nach MindZV mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde gekürzt werden.

1.4 Rückstellung für Beitragsrückerstattung

Wir entscheiden jährlich, in welchem Verhältnis wir die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutschreiben (Direktgutschrift) oder der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zuführen.

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen in der Höhe der Überschussbeteiligung im Zeitablauf auszugleichen. Wir dürfen diese Rückstellung grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 VAG können wir im Interesse der Versicherungsnehmer die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um:

- einen drohenden Notstand abzuwenden;
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind oder
- die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn wir die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse anpassen müssen. Nähere Informationen zur Finanzierung einer Erhöhung der Deckungsrückstellung finden Sie in Ziffer 2.3.

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen (zweiter und dritter Aufzählungspunkt), belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

1.5 Zusammenfassung gleichartiger Versicherungen in Bestandsgruppen

Wir beteiligen Ihre Versicherung nach einem verursachungsorientierten Verfahren an dem auf die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit entfallenden Überschuss. Da verschiedene Versicherungsarten unterschiedlich zum Überschuss beitragen, haben wir gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Die Bildung einer solchen Bestandsgruppe richtet sich vor allem nach dem versicherten Risiko. Aber auch die Art der Kapitalanlage der Versicherungsart ist dafür wichtig.

Den Überschuss, der auf die Versicherungsnehmer entfällt, verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen. Dabei orientieren wir uns daran, in welchem Umfang die Bestandsgruppen zum Überschuss beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt diese keine Überschüsse zugewiesen.

Der Vorstand unseres Unternehmens legt auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars jedes Jahr die Höhe der Überschussanteilsätze für die einzelnen Tarife fest. Die Festlegung kann dazu führen, dass die einzelne Versicherung keine Überschussanteile erhält. Die Höhe der Überschussanteilsätze veröffentlichen wir in der Anlage zu unserem Geschäftsbericht (Anhang Überschussbeteiligung). Den Geschäftsbericht schicken wir Ihnen auf Wunsch gern zu.

2 Wie beteiligen wir Ihre Versicherung an den Überschüssen?

2.1 Verwendung von laufenden Überschussanteilen

An den entstehenden Überschüssen aus den in Ziffer 1.2 aufgeführten Überschussquellen beteiligen wir Ihre Versicherung wie folgt:

2.1.1 Überschussanteile vor Eintritt des Verlustes einer versicherten Grundfähigkeit

Sie haben bei Vertragsabschluss die Möglichkeit zwischen folgenden Überschussverwendungen zu wählen:

- Beitragsverrechnung
- Bonusrente

Die vereinbarte Überschussverwendung vor Eintritt des Verlustes einer versicherten Grundfähigkeit finden Sie in der Versicherungsurkunde. Sie finden diese im Abschnitt "Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?".

Haben Sie als Überschussverwendung vor Eintritt des Verlustes einer versicherten Grundfähigkeit die Beitragsverrechnung vereinbart, gilt:

Ihre Versicherung erhält zu jedem Beitragszahlungstermin laufende Überschussanteile. Diese verrechnen wir mit Ihren Beiträgen. Dadurch reduziert sich der zu zahlende Beitrag.

Mit der Zuteilung sind diese Überschussanteile unwiderruflich. Eine spätere Änderung der Überschussanteilsätze wirkt sich nicht auf bereits zugeteilte Überschussanteile aus.

Die Höhe der laufenden Überschussanteile, die wir Ihrer Versicherung zuteilen, bemessen wir jeweils in Prozent des für die Versicherung vereinbarten Beitrags.

Dabei werden Risikozuschläge aufgrund eines erhöhten Risikos nicht berücksichtigt. Maßgebend ist der jeweils zum Versicherungsstichtag gültige Verrechnungssatz für die Beitragsverrechnung.

Der Vorstand unseres Unternehmens legt die Höhe des Prozentsatzes jedes Jahr für ab dem Jahrestag im jeweiligen Geschäftsjahr zu zahlende Beiträge fest. Wir veröffentlichen den Prozentsatz in der Anlage zu unserem Geschäftsbericht (Anhang Überschussbeteiligung).

Die Überschussanteilsätze können auch jeweils Null betragen. Dies bedeutet, dass diese Versicherung möglicherweise trotz vorhandenem Überschuss für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit keine Anteile erhält.

Haben Sie als Überschussverwendung vor Eintritt des Verlustes einer versicherten Grundfähigkeit die Bonusrente vereinbart, gilt:

Ihre Versicherung erhält keine laufenden Überschussanteile. Überschussanteile, die auf Ihre Versicherung entfallen, verwenden wir für eine Bonusrente: Nur wenn die versicherte Person eine der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen verliert, teilen wir Ihrer Versicherung einen einmaligen Überschussanteil zu. Diesen verwenden wir zur Erhöhung der Grundfähigkeitsrente. Die Bonusrente zahlen wir zusammen mit der versicherten Grundfähigkeitsrente und so lange wie diese.

Die Bonusrente bemisst sich grundsätzlich in Prozent der garantierten Grundfähigkeitsrente. Diesen Prozentsatz bezeichnen wir als Bonusrentensatz. Den für die Berechnung der Bonusrente maßgeblichen Überschussanteilsatz (Bonusrentensatz) können wir jährlich neu festlegen. Während der Dauer des Verlustes einer der versicherten Grundfähigkeiten bleibt er unverändert.

Wenn die versicherte Person vor dem Jahrestag der Versicherung eine der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen verliert, ist der für das Vorjahr festgelegte Prozentsatz maßgeblich. Tritt der Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten ab dem Jahrestag der Versicherung ein, gilt der für das laufende Jahr festgelegte Prozentsatz. Den Jahrestag der Versicherung finden Sie in der Versicherungsurkunde. Sie finden diesen im Abschnitt "Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?".

Endet der Verlust der versicherten Grundfähigkeiten und verliert die versicherte Person danach erneut eine der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen, gilt: Die Bonusrente wird mit dem dann gültigen Prozentsatz neu berechnet.

Haben Sie eine garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente vereinbart, gilt:

Die Bonusrente bemisst sich grundsätzlich in Prozent der garantierten Grundfähigkeitsrente. Diese enthält die vereinbarten garantierten Erhöhung der Grundfähigkeitsrente.

Ob Sie zu Ihrer Versicherung eine garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente vereinbart haben, finden Sie in der Versicherungsurkunde. Sie finden dies im Abschnitt "Wer und was ist versichert?". Nähere Informationen zur garantierten Erhöhung der Grundfähigkeitsrente finden Sie in "Teil A - Art und Umfang der versicherten Leistungen der Grundfähigkeitsversicherung" Ziffer 1.1.3.

Der Vorstand unseres Unternehmens legt die Höhe des Bonusrentensatzes jedes Jahr neu fest. Wir veröffentlichen den Prozentsatz in der Anlage zu unserem Geschäftsbericht (Anhang Überschussbeteiligung).

Die Überschussanteilsätze können auch jeweils Null betragen. Dies bedeutet, dass diese Versicherung möglicherweise trotz vorhandenem Überschuss für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit keine Anteile erhält.

2.1.2 Überschussanteile **nach** Eintritt des Verlustes einer der versicherten Grundfähigkeiten

Die Versicherung erhält einen Zinsüberschussanteil. Den Zinsüberschussanteil teilen wir am Ende eines jeden Versicherungsjahres zu. Diese Zuteilung erfolgt aber erstmals am Ende des Versicherungsjahres, in dem der Anspruch auf Leistungen aus der Versicherung entstanden ist. Mit der Zuteilung ist der Zinsüberschussanteil unwiderruflich. Eine spätere Änderung des Zinsüberschussanteilsatzes wirkt sich nicht auf bereits zugeteilte Überschussanteile aus.

Wir verwenden den Zinsüberschussanteil unter Berücksichtigung von Verwaltungskosten zur Erhöhung der versicherten Grundfähigkeitsrente durch eine Zusatzrente. Diese zahlen wir gemeinsam mit der versicherten Grundfähigkeitsrente und solange wie diese aus. Endet der Verlust der versicherten Grundfähigkeiten, erlischt die bisher gezahlte Zusatzrente. Verliert die versicherte Person danach erneut eine der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen, gilt: Eine neue Zusatzrente entsteht unter Berücksichtigung von Verwaltungskosten mit dem dann gültigen Zinsüberschussanteilsatz. Maßgebend ist der jeweils zum Versicherungsstichtag gültige Prozentsatz für den Zinsüberschussanteil.

Haben Sie eine garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente vereinbart, gilt:

Eine bereits zugeteilte Zusatzrente erhöht sich jährlich mit demselben Steigerungssatz wie die garantierte Grundfähigkeitsrente.

Ob Sie zu Ihrer Versicherung eine garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente vereinbart haben, finden Sie in der Versicherungsurkunde. Sie finden dies im Abschnitt "Wer und was ist versichert?".

Der Vorstand unseres Unternehmens legt den zur Bildung der Zusatzrente herangezogenen Zinsüberschussanteilsatz jedes Jahr neu fest. Dies erfolgt unter Berücksichtigung des Ergebnisses unserer Kapitalanlagen sowie des Risiko- und Kostenverlaufs. Wir veröffentlichen den Prozentsatz in der Anlage zu unserem Geschäftsbericht (Anhang Überschussbeteiligung).

Die Überschussanteilsätze können auch jeweils Null betragen. Dies bedeutet, dass diese Versicherung möglicherweise trotz vorhandenem Überschuss für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit keine Anteile erhält.

Haben Sie als Überschussverwendung vor Eintritt des Verlustes einer der versicherten Grundfähigkeiten die Beitragsverrechnung vereinbart, gilt:

Den Zinsüberschussanteil zur Bildung der Zusatzrente bemessen wir in Prozent des überschussberechtigten Deckungskapitals Ihrer Versicherung und des überschussberechtigten Deckungskapitals gegebenenfalls schon zugeteilter Zusatzrenten.

Haben Sie als Überschussverwendung vor Eintritt des Verlustes einer der versicherten Grundfähigkeiten die Bonusrente vereinbart, gilt:

Den Zinsüberschussanteil zur Bildung der Zusatzrente bemessen wir in Prozent des überschussberechtigten Deckungskapitals Ihrer Versicherung und der überschussberechtigten Deckungskapitalien der Bonusrente sowie gegebenenfalls schon zugeteilter Zusatzrenten.

Das überschussberechtigte Deckungskapital ist eine rechnerische Größe: Es ist das Deckungskapital, das wir mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation berechnen. Das überschussberechtigte Deckungskapital von zugeteilten Zusatzrenten ist das Deckungskapital, das wir mit den Rechnungsgrundlagen berechnen, die wir den Zusatzrenten am Tag der Überschusszuteilung zugrunde gelegt haben.

Im Falle einer Erhöhung der Deckungsrückstellung gehört auch das durch Anteile der einzelnen Versicherungen am Überschuss finanzierte Deckungskapital zum überschussberechtigten Deckungskapital. Nähere Informationen zur Erhöhung der Deckungsrückstellung finden Sie in Ziffer 2.3.

Für die Bildung von Zusatzrenten gilt der bei Vertragsabschluss gültige Tarif.

2.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven

2.2.1 Grundsätze

Die Bewertungsreserve ist die Differenz zwischen dem aktuellen Marktwert einer Kapitalanlage und dem Buchwert der Kapitalanlage. Der Buchwert ist dabei der Wert, den die Kapitalanlage in der Bilanz hat. Bewertungsreserven bestehen also, wenn der aktuelle Marktwert einer Kapitalanlage höher als der Wert der Kapitalanlage in der Bilanz ist.

Wir beteiligen Ihre Versicherung nach den im Folgenden beschriebenen Grundsätzen an den Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Versicherungen zu berücksichtigen sind (verteilungsfähige Bewertungsreserven). Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Sicherstellung der dauernden Erfüllung der Verpflichtungen aus Versicherungen bleiben unberührt. Die Berücksichtigung der gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Versicherungen kann dazu führen, dass wir Versicherungen trotz vorhandener Bewertungsreserven nicht oder nur zu einem geringen Teil an diesen Bewertungsreserven beteiligen.

2.2.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven vor Eintritt des Verlustes einer der versicherten Grundfähigkeiten

Bis zum Eintritt des Verlustes einer der versicherten Grundfähigkeiten entstehen keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Wir berücksichtigen gegebenenfalls vorhandene verteilungsfähige Bewertungsreserven im Rahmen der Ermittlung der Überschussanteile.

2.2.3 Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt des Verlustes einer der versicherten Grundfähigkeiten

Solange wir eine Grundfähigkeitsrente erbringen, rechnen wir gegebenenfalls vorhandene verteilungsfähige Bewertungsreserven in den jährlichen Zinsüberschussanteil ein. Diesen erläutern wir in Ziffer 2.1.2.

2.3 Finanzierung einer Erhöhung der Deckungsrückstellung

Wir kalkulieren unsere Tarife mit vorsichtigen Rechnungsgrundlagen. Dennoch können sich diese aufgrund unvorhergesehener und von uns nicht beeinflussbarer Änderungen als nicht vorsichtig genug erweisen. In diesem Fall müssen wir zusätzliche Rückstellungen aufbauen. Wir werden dann:

- künftige Anteile der einzelnen Versicherungen am Überschuss teilweise oder vollständig für die Erhöhung der Deckungsrückstellung verwenden;
- die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherungsnehmer zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen. Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Nähere Informationen zu der Rückstellung für Beitragsrückerstattung finden Sie in Ziffer 1.4.

Dies geschieht solange, bis die Deckungsrückstellung so hoch ist, dass sie auch in Zukunft ausreichende Sicherheit für die Erfüllung der zugesagten Leistungen bietet.

Teil C - Regelungen und Pflichten für den Versicherungsvertrag

Inhaltsverzeichnis

- 1 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- 2 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
- 3 Was gilt bei einer Gefahrerhöhung nach Vertragsschluss?
- 4 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 5 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten?
- 6 Was gilt für die Nachprüfung des Verlustes einer der versicherten Grundfähigkeiten? Welche Mitwirkungspflichten sind in diesem Fall zu beachten?
- 7 Was gilt bei der Verletzung von Mitwirkungspflichten?
- 8 Welche Bedeutung hat die Versicherungsurkunde?
- 9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- 10 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 11 Was gilt bei Änderungen der Postanschrift oder des Namens?
- 12 Was gilt, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz in das Ausland verlegt?
- 13 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?
- 14 Welche Gerichte sind bei Klagen zuständig und welches Recht findet Anwendung?
- 15 Welche Beschwerdemöglichkeit haben Sie?

1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie die Versicherung mit uns abgeschlossen haben, frühestens aber zu dem in der Versicherungsurkunde genannten Beginn. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen. Dies gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen.

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

2.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, uns alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände anzuzeigen, nach denen wir in Textform gefragt haben. Gefahrerheblich ist ein Umstand, wenn er geeignet ist, Einfluss auf unseren Entschluss zu nehmen, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bedingungen abzuschließen. Gefahrerheblich sind deshalb insbesondere gegenwärtige oder frühere Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen, aber z.B. auch Risikosportarten, wenn wir danach gefragt haben. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

Soll eine andere Person versichert werden, gilt: Auch diese Person ist - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

2.2 Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

Wenn Sie oder die versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen, riskieren Sie den Versicherungsschutz. Bei einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen, folgende Rechte:

- Wir können den Vertrag rückwirkend ändern.
- Wir können den Vertrag kündigen.
- Wir können vom Vertrag zurücktreten.
- Wir können den Vertrag anfechten, wenn wir arglistig getäuscht worden sind.

Nachstehend erläutern wir Ihnen, unter welchen Voraussetzungen wir diese Rechte ausüben können.

2.2.1 Rückwirkende Vertragsänderung

Hätten wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände abgeschlossen, aber zu anderen Bedingungen, gilt: Wir sind nicht zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt. Stattdessen können wir verlangen, dass diese anderen Bedingungen rückwirkend zum Vertragsabschluss Vertragsbestandteil werden, soweit Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt haben. Andere Bedingungen können zum Beispiel ein Leistungsausschluss oder ein höherer Beitrag sein. Haben Sie oder die versicherte Person die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht zu vertreten, werden diese anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann zur Folge haben, dass wir auch bei einem bereits eingetretenen Versicherungsfall keine Leistungen erbringen.

Wenn wir einen Leistungsausschluss vornehmen, können Sie den Vertrag fristlos kündigen. Sie können den Vertrag auch dann fristlos kündigen, wenn sich Ihr Beitrag um mehr als zehn Prozent aus der rückwirkenden Vertragsänderung erhöht. Nachdem Ihnen unsere Mitteilung über die Vertragsänderung zugegangen ist, steht Ihnen das Recht zur Kündigung einen Monat lang zu. In unserer Mitteilung werden wir Sie auf Ihr Kündigungsrecht hinweisen.

Haben Sie oder die versicherte Person die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht zur Vertragsanpassung.

2.2.2 Kündigung

Wenn wir den Vertrag aufgrund einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kündigen, gilt: Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang unserer Kündigungserklärung bei Ihnen wirksam. Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände - wenn auch zu anderen Bedingungen - abgeschlossen hätten. Eine Vertragsänderung ist dann möglich.

Wir wandeln mit der Kündigung den Vertrag in eine beitragsfreie Versicherung um. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Mindestleistung erreicht wird. Ist die vereinbarte Mindestleistung nicht erreicht, erlischt die Versicherung und wir zahlen den Kündigungsbetrag, sofern vorhanden, aus.

Nähere Informationen zur Beitragsfreistellung und zum Kündigungsbetrag finden Sie in "Teil D - Regelungen zur Kündigung, Beitragsfreistellung und Wiederinkraftsetzung".

Haben Sie oder die versicherte Person die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht zur Kündigung.

2.2.3 Rücktritt

Wir können vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt jedoch nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde. Bei grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung können wir außerdem dann nicht zurücktreten, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände - wenn auch zu anderen Bedingungen - abgeschlossen hätten. Eine Vertragsänderung ist dann möglich.

Mit unserem Rücktritt endet die Versicherung. Sie haben damit für die Zukunft keinen Versicherungsschutz mehr. Bei einem Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt wurde. Wurde die Anzeigepflicht nicht arglistig verletzt, haben Sie Versicherungsschutz für diesen Versicherungsfall, wenn Sie uns nachweisen, dass der Umstand, zu dem falsche oder unvollständige Angaben gemacht wurden,

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich waren.

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, zahlen wir den Kündigungsbetrag, sofern vorhanden, aus. Nähere Informationen zum Kündigungsbetrag finden Sie in "Teil D - Regelungen zur Kündigung, Beitragsfreistellung und Wiederinkraftsetzung".

Sie haben keinen Anspruch auf Rückzahlung der Beiträge.

2.2.4 Anfechtung

Wenn Sie oder die versicherte Person bewusst und gewollt durch unrichtige oder unvollständige Angaben Einfluss auf unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags genommen haben, können wir den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

Hat uns die versicherte Person arglistig getäuscht, können wir die Anfechtung auch dann Ihnen gegenüber erklären, wenn Sie als Versicherungsnehmer nichts von der arglistigen Täuschung durch die versicherte Person wussten.

Wenn der Vertrag durch Anfechtung aufgelöst wird, zahlen wir den Kündigungsbetrag, sofern vorhanden, aus.

Sie haben keinen Anspruch auf Rückzahlung der Beiträge.

2.3 Voraussetzungen für Vertragsänderung, Kündigung, Rücktritt oder Anfechtung

2.3.1 Vertragsänderung, Kündigung oder Rücktritt sind nicht möglich, wenn wir den Umstand, zu dem Sie oder die versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben gemacht haben, kannten oder wussten, dass die Angaben unrichtig sind.

2.3.2 Unsere Rechte zur Vertragsänderung, zur Kündigung und zum Rücktritt stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

2.3.3 Vertragsänderung, Kündigung oder Rücktritt müssen wir innerhalb von einem Monat schriftlich erklären. Diese Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. In unserer Erklärung müssen wir die Umstände angeben, auf die wir uns berufen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die vorgenannte Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

2.3.4 Eine Vertragsänderung verlangen, den Vertrag kündigen oder von dem Vertrag zurücktreten können wir - wenn die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt wurde - nur in den ersten fünf Jahren nach Abschluss des Vertrags. Eine neue Frist von fünf Jahren beginnt aber bei jeder Vertragsanpassung mit erneuter Risikoprüfung. Diese neue Frist bezieht sich dann auf Leistungen, die durch die Vertragsanpassung erhöht wurden. Nach Ablauf der 5-Jahres-Frist können wir nur dann eine Vertragsänderung verlangen, kündigen oder zurücktreten, wenn der Versicherungsfall bereits innerhalb dieser fünf Jahre eingetreten ist.

Bei vorsätzlicher Verletzung der Anzeigepflicht erhöht sich die Frist auf zehn Jahre.

2.3.5 Wegen arglistiger Täuschung können wir den Vertrag innerhalb von einem Jahr anfechten, nachdem wir die Täuschung entdeckt haben. Die Anfechtung ist ausgeschlossen, wenn seit der Anzeigepflichtverletzung zehn Jahre verstrichen sind.

2.4 Erklärungsempfänger

Unsere Vertragsänderungs-, Kündigungs-, Rücktritts-, oder Anfechtungserklärung geben wir Ihnen gegenüber schriftlich ab. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, gilt: Wir können den Inhaber der Versicherungsurkunde als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

3 Was gilt bei einer Gefahrerhöhung nach Vertragsschluss?

Sie müssen uns nicht informieren, wenn sich bei der versicherten Person nach Vertragsschluss gefahrerhebliche Umstände (z.B. Raucherstatus, Beruf, Freizeitaktivitäten) ändern.

4 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Wie es zum Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen gekommen ist, spielt für den Versicherungsschutz grundsätzlich keine Rolle. Kein Versicherungsschutz besteht jedoch für folgende Fälle:

4.1 Die versicherte Person hat den Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat verursacht. Wir erbringen jedoch die vollen Leistungen bei fahrlässig oder grob fahrlässig begangenen Vergehen oder bei fahrlässigen, grob fahrlässigen oder vorsätzlich begangenen Ordnungswidrigkeiten sowie bei Vergehen im Straßenverkehr, bei denen bei der versicherten Person eine Blutalkoholkonzentration von unter 1,1 Promille festgestellt wurde.

4.2 Der Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen wurde in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen verursacht. Auch wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter an inneren Unruhen teilgenommen hat, ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Es besteht jedoch Versicherungsschutz in voller Höhe, wenn alle drei nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen eine der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen verloren.
- Die versicherte Person war diesen Kriegsereignissen während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt.
- Die versicherte Person war an diesen Kriegsereignissen nicht aktiv beteiligt.

4.3 Der Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen wurde durch außer Kontrolle geratene Kernenergie verursacht und die Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung musste tätig werden. Kernenergie kann zum Beispiel in Folge eines Reaktorunfalls außer Kontrolle geraten.

4.4 Der Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen wurde durch versuchte vorsätzliche Selbsttötung oder absichtliche Selbstverletzung der versicherten Person verursacht. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person selbst absichtlich Krankheit oder Kräfteverfall herbeiführt. Der Versicherungsschutz besteht aber in dem nachfolgenden Fall uneingeschränkt in voller Höhe: Die versicherte Person hat diese Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen. Dies muss uns nachgewiesen werden.

4.5 Der Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen wurde durch Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich mit einer widerrechtlichen Handlung herbeigeführt.

4.6 Der Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen wurde in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit einem der nachfolgenden Ereignisse verursacht:

- dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen;
- dem vorsätzlichen Einsatz oder dem vorsätzlichen Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Voraussetzung ist, dass der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden (Anschlag).

Wir leisten jedoch uneingeschränkt in voller Höhe, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem höchstens 1.000 Menschen

- unmittelbar sterben und/oder
- voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben und/oder
- dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden.

Für die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht gilt: Wir werden einen unabhängigen Gutachter mit der Prüfung beauftragen. Das Ergebnis der Prüfung muss innerhalb von sechs Monaten seit dem Ereignis vorliegen. Bestätigt der Gutachter, dass eine uneingeschränkte Leistungspflicht besteht, werden Ansprüche auf Versicherungsleistungen frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

5 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten?

5.1 Wenn die versicherte Person eine der versicherten Grundfähigkeiten verliert und eine Versicherungsleistung beantragt wird, reichen Sie uns bitte auf eigene Kosten unverzüglich folgende Unterlagen in deutscher Sprache ein:

- Einen Nachweis der Ursache des Eintritts des Verlustes einer der versicherten Grundfähigkeiten durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen.
- Ausführliche Berichte der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen sowie nichtärztlichen Personen (z.B. Psychotherapeuten, Krankengymnasten), die die versicherte Person aktuell oder in der Vergangenheit behandelt oder untersucht haben. Diese Berichte müssen Angaben zu Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtlicher Dauer des Leidens und zum Umfang des Verlustes einer der versicherten Grundfähigkeiten beinhalten.
- Wenn der Verlust der Grundfähigkeit durch Pflegebedürftigkeit verursacht wurde, benötigen wir zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.
- Eine Aufstellung der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Verlustes einer Grundfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Einschränkung der Erwerbsfähigkeit geltend machen könnte. Auf Anforderung ist die versicherte Person verpflichtet, alle Unterlagen vorzulegen, die ihr in diesem Zusammenhang zugänglich sind. Dies gilt nur, wenn sie diese berechtigterweise an uns herausgeben darf.
- Bei Anspruch auf die Versicherungsleistungen aufgrund des Verlustes der Grundfähigkeit Autofahren ist der Verlust der Fahrerlaubnis nachzuweisen. Hierzu benötigen wir das verkehrsmedizinische Gutachten einer dafür amtlich anerkannten Stelle.
- Bei Anspruch auf die Versicherungsleistungen aufgrund der gerichtlichen Bestellung eines Betreuers benötigen wir den gerichtlichen Beschluss über diese Bestellung.
- Bei Anspruch auf Versicherungsleistungen aufgrund eines Tätigkeitsverbotes benötigen wir zusätzlich den Bescheid über das Tätigkeitsverbot und die dazugehörigen Unterlagen.

5.2 Wir können darüber hinaus Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte in Deutschland verlangen. Wir übernehmen die dafür angefallenen üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Hierunter verstehen wir eine Bahnfahrt 2. Klasse, falls erforderlich einen Flug in der Economy Class oder einer vergleichbaren Buchungsklasse sowie Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel oder einer vergleichbaren Hotelkategorie. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt hat. Sollten weitere im Einzelfall notwendige Kosten entstehen, übernehmen wir auch diese.

Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, Großbritannien, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz, gilt: Wir prüfen - sofern Sie wünschen - ob dort eine qualitativ gleichwertige Untersuchung möglich und somit eine Reise vermeidbar ist.

Auch weitere notwendige Nachweise und zusätzliche Auskünfte, etwa über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen, können wir verlangen.

5.3 Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, gilt: Dies kann zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Verletzung der Mitwirkungspflichten kann dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird. Nähere Informationen dazu finden Sie in Ziffer 7.

5.4 Wir machen die Leistung grundsätzlich nicht davon abhängig, ob die versicherte Person ärztliche Anordnungen befolgt. Wenn jedoch eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erwarten ist, ist die versicherte Person verpflichtet

- geeignete Hilfsmittel zu verwenden (z.B. Brille, Prothese)
- sich zumutbaren Heilbehandlungen zu unterziehen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Nicht zumutbar sind Heilbehandlungen, die eine Operation vorsehen.

6 Was gilt für die Nachprüfung des Verlustes einer der versicherten Grundfähigkeiten? Welche Mitwirkungspflichten sind in diesem Fall zu beachten?

6.1 Wir haben das Recht folgende Kriterien nachzuprüfen:

- Der Verlust einer der versicherten Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen besteht weiterhin.
- Die Fahrerlaubnis wurde von der versicherten Person wiedererlangt.
- Die gerichtliche Bestellung eines Betreuers wurde aufgehoben.
- Das Tätigkeitsverbot nach § 31 IfSG wurde aufgehoben.
- Der Umfang der Pflegebedürftigkeit hat sich geändert.

6.2 Zur Nachprüfung können wir jederzeit auf unsere Kosten sachdienliche Auskünfte verlangen. Nähere Informationen finden Sie in Ziffer 5.2. Darüber hinaus können wir einmal jährlich auf unsere Kosten umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

6.3 Sie und die versicherte Person müssen uns unverzüglich informieren, wenn einer der folgenden Umstände eintritt:

- die versicherte Person erlangt ihre Fahrerlaubnis wieder;
- die gerichtliche Bestellung eines Betreuers für die versicherte Person wird aufgehoben;
- ein Tätigkeitsverbot nach § 31 IfSG wird für die versicherte Person aufgehoben.

6.4 Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in "Teil A - Art und Umfang der versicherten Leistungen der Grundfähigkeitsversicherung" genannten Voraussetzungen für unsere Leistungspflicht entfallen sind. Voraussetzung hierfür ist, dass wir Ihnen beziehungsweise dem Anspruchsberechtigten diese Veränderung in Textform darlegen.

Mit Ablauf des dritten Monats, nachdem Ihnen beziehungsweise dem Anspruchsberechtigten unsere Erklärung zugegangen ist, wird unsere Ankündigung wirksam und wir stellen unsere Versicherungsleistungen ein. Zu diesem Zeitpunkt muss dann für eine beitragspflichtige Versicherung auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

7 Was gilt bei der Verletzung von Mitwirkungspflichten?

7.1 Sie und die versicherte Person haben verschiedene Mitwirkungspflichten. Diese Mitwirkungspflichten beschreiben wir in den Ziffern 5 und 6. Solange eine dieser Mitwirkungspflichten vorsätzlich nicht erfüllt wird, müssen wir keine Versicherungsleistungen erbringen. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht können wir unsere Versicherungsleistung kürzen. Die Kürzung muss dabei der Schwere des Verschuldens entsprechen.

Wir dürfen Ihnen unsere Versicherungsleistungen nur verweigern beziehungsweise diese kürzen, wenn wir Sie in Textform auf diese Rechtsfolge der Verletzung einer Mitwirkungspflicht hingewiesen haben.

7.2 Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie oder die versicherte Person die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben, gilt: Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen.

7.3 Unsere Leistungspflicht bleibt auch bestehen, soweit Sie uns Folgendes nachweisen: Die Verletzung der Mitwirkungspflicht ist ohne Einfluss auf die Feststellung unserer Leistungspflicht oder deren Umfang. Wir

müssen jedoch keine Leistungen erbringen, wenn Sie oder die versicherte Person die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt haben.

7.4 Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, leisten wir ab Beginn des laufenden Monats, in dem sie erfüllt wird.

8 Welche Bedeutung hat die Versicherungsurkunde?

Wir können den Inhaber der Versicherungsurkunde als berechtigt ansehen, über die Ansprüche und Rechte aus dem Vertrag zu verfügen und insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können jedoch verlangen, dass uns der Inhaber der Versicherungsurkunde seine Berechtigung nachweist. Wenn vorher ein Bezugsrecht eingeräumt wurde und bei Abtretungen oder Verpfändungen, gilt: Wir brauchen den Nachweis der Berechtigung nur anzuerkennen, wenn uns bereits eine Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) vorliegt.

9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

9.1 Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zahlen. Sie müssen ihn jedoch nicht vor dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Beginn des Versicherungsschutzes zahlen.

Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zu Beginn einer Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr.

9.2 Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen.

9.3 Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Der Fälligkeitstag ist in Ziffer 9.1 geregelt.

Im Lastschriftverfahren gilt: Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zu dem in Ziffer 9.1 genannten Fälligkeitstermin abbuchen können. Vorausgesetzt ist: Sie widersprechen einer berechtigten Abbuchung nicht. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht abbuchen, gilt: Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Haben Sie es zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht abgebucht werden kann, können wir für die Zukunft die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens verlangen.

9.4 Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

9.5 Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

Erster Beitrag

10.1 Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

10.2 Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt jedoch nur unter folgender Voraussetzung: Wir haben Sie auf diese Rechtsfolge durch eine gesonderte Mitteilung in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis in der

Versicherungsurkunde aufmerksam gemacht. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeiträge

10.3 Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, gilt: Sie erhalten von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail). Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, gilt Folgendes: Der Versicherungsschutz entfällt oder vermindert sich, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Dies gilt nur, wenn wir Sie bereits in der Mahnung ausdrücklich auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

10.4 Wenn Sie sich nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit den Beiträgen, Verzugszinsen oder Mahnkosten in Verzug befinden, gilt: Wir können den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Alternativ können wir die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

Mit der Kündigung wandeln wir Ihren Vertrag in eine beitragsfreie Versicherung um. Die Regelungen finden Sie in "Teil D - Regelungen zur Kündigung, Beitragsfreistellung und Wiederinkraftsetzung" Ziffer 2.

10.5 Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Die Nachzahlung kann nur innerhalb eines Monats nach der Kündigung erfolgen. War hingegen die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden, kann die Nachzahlung nur innerhalb eines Monats nach Fristablauf erfolgen. Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

11 Was gilt bei Änderungen der Postanschrift oder des Namens?

Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu schicken. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Die vorgenannten Regelungen gelten entsprechend auch im Falle einer Namensänderung oder wenn Sie die Versicherung für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

Sofern eine andere Person als der Versicherungsnehmer versicherte Person ist, gilt: Bitte teilen Sie uns auch eine Änderung des Namens oder der Postanschrift der versicherten Person mit.

12 Was gilt, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz in das Ausland verlegt?

12.1 Der Versicherungsschutz besteht weltweit, soweit vertraglich nichts anderes vereinbart ist.

12.2 Der Versicherungsnehmer hat die Obliegenheit, uns rechtzeitig vor einem während der Vertragslaufzeit geplanten Wechsel seines Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltsortes oder vor einem Wechsel des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes der versicherten Person in einen Ort außerhalb Deutschlands zu informieren. Diese Obliegenheit können Sie beispielsweise erfüllen, indem Sie uns die neue Wohnadresse mitteilen.

Wird diese Obliegenheit verletzt, gilt: Wir sind mit den in § 28 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

13 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

13.1 Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu dieser Versicherung verpflichtet sind, gilt: Sie müssen uns die dafür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss unverzüglich zur Verfügung stellen. Dies gilt auch bei Änderungen nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage.

Soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrer Versicherung haben, maßgeblich für Datenerhebungen und Meldungen ist, gilt: Auch dann sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet.

13.2 Notwendige Informationen im Sinne der Ziffer 13.1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung der steuerlichen Ansässigkeit

- des Versicherungsnehmers,
 - dritter Personen, die Rechte an dieser Versicherung haben,
 - des Leistungsempfängers
- maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

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

13.4 Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten nach den Ziffern 13.1 und 13.2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

14 Welche Gerichte sind bei Klagen zuständig und welches Recht findet Anwendung?

14.1 Auf diese Versicherung findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

14.2 Klagen gegen uns sind an das für unseren Firmensitz zuständige Gericht zu richten. Wenn eine unserer Niederlassungen für diesen Vertrag zuständig ist, können Sie wahlweise bei dem dafür zuständigen Gericht klagen. Sind Sie eine natürliche Person, können Sie zudem wahlweise bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht klagen. Sind Sie eine natürliche Person und haben Sie keinen Wohnsitz, ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort haben.

14.3 Klagen aus dem Vertrag gegen Sie erheben wir bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht. Haben Sie keinen Wohnsitz, ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort haben. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

14.4 Falls Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder eines Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum verlegen, sind ausschließlich die Gerichte der Bundesrepublik Deutschland zuständig.

15 Welche Beschwerdemöglichkeit haben Sie?

15.1 Wir haben uns derzeit zur Teilnahme am Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann e.V. als allgemeine Schlichtungsstelle verpflichtet. Verbraucher oder Personen in einer verbraucherähnlichen Lage können Beschwerden an den Versicherungsombudsmann e.V. richten. Zudem besteht die Möglichkeit - auch für Unternehmer - ihre Beschwerde an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zu richten.

15.2 Die Anschrift des Versicherungsombudsmanns e.V. lautet:
Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin.

Er ist online zu erreichen über: www.versicherungsombudsmann.de.

Der Versicherungsombudsmann ist als Schlichtungsstelle unabhängig. Das Verfahren ist für Verbraucher oder für Personen in einer verbraucherähnlichen Lage kostenlos.

Sofern der Versicherungsombudsmann die Entscheidung zu Ihren Gunsten trifft, sind wir bis zu einem Betrag in Höhe von 10.000 Euro daran gebunden. Sie müssen sich hingegen nicht an die Entscheidung halten.

Der Ombudsmann behandelt Ihre Beschwerde erst dann, wenn Sie Ihren Anspruch zuvor uns gegenüber geltend gemacht haben. Sie müssen uns sechs Wochen Zeit gegeben haben, um den Anspruch abschließend zu beurteilen. Für die Dauer des Verfahrens verjähren Ihre Ansprüche nicht.

15.3 Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z.B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Ihre Beschwerde wird dann über die Plattform für außergerichtliche Online-Streitbeilegung dem Versicherungsombudsmann e.V. weitergeleitet.

15.4 Die Anschrift der BaFin lautet:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Online ist die BaFin zu erreichen unter: www.bafin.de.

Reichen Sie Ihre Beschwerden in Schrift- oder Textform ein. Dabei müssen der Sachverhalt sowie der Beschwerdegrund enthalten sein. Die BaFin kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden und erstellt keine Rechtsgutachten. Sie prüft nur, ob die Entscheidung rechtlich zu beanstanden ist.

15.5 Die Möglichkeit, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, bleibt Ihnen erhalten.

Teil D - Regelungen zur Kündigung, Beitragsfreistellung und Wiederinkraftsetzung

Inhaltsverzeichnis

- 1 Können Sie die Versicherung kündigen?
- 2 Können Sie die Versicherung beitragsfrei stellen?
- 3 Können Sie die Versicherung nach einer Beitragsfreistellung wieder in Kraft setzen?
- 4 Können Sie die Beitragszahlung unterbrechen oder eine Stundung der Beiträge verlangen?

1 Können Sie die Versicherung kündigen?

1.1 Sie können die Versicherung jederzeit zum nächsten Beitragszahlungstermin in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) kündigen.

Die Versicherung unterliegt den Bestimmungen des Betriebsrentengesetzes. Daher wandelt sie sich bei unverfallbaren Versorgungsansprüchen grundsätzlich nach der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um.

Die Auszahlung des Kündigungsbetrages ist aber in folgenden Fällen möglich:

- Die versicherte Person hat noch keine arbeitsrechtlich unverfallbaren Ansprüche erworben.
- Die Ansprüche der versicherten Person sollen abgefunden werden. Die Voraussetzungen für eine zulässige Abfindung regelt § 3 des Betriebsrentengesetzes (BetrAVG).
- Der Wert der Versorgung soll nach § 4 BetrAVG übertragen werden (Portabilität).

Sie müssen uns nachweisen, dass eine der Voraussetzungen erfüllt ist.

Ist keine dieser Voraussetzungen erfüllt, zahlen wir den Kündigungsbetrag nicht aus. Die Versicherung wandeln wir zur nächsten Beitragsfälligkeit in eine beitragsfreie Versicherung um. Es gelten daher die Regelungen in Ziffer 2 zur Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung.

1.2 Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

2 Können Sie die Versicherung beitragsfrei stellen?

2.1 Sie können in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) verlangen, ab dem nächsten Beitragszahlungstermin vollständig von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall wandeln wir die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung um. Dabei setzen wir die vereinbarte Grundfähigkeitsrente herab.

Ab Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung besteht der Versicherungsschutz nur noch in Höhe der beitragsfreien Grundfähigkeitsrente. Wir verfahren wie in Ziffer 2.3 beschrieben. Die Höhe der garantierten beitragsfreien Grundfähigkeitsrente finden Sie in der Versicherungsurkunde. Sie finden diese unter "Können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?".

2.2 Voraussetzung der Beitragsfreistellung

Die Umwandlung der Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung ist nur unter folgender Voraussetzung möglich: Die errechnete garantierte beitragsfreie Grundfähigkeitsrente beträgt monatlich mehr als 0 Euro. Wenn Sie uns belegen, dass die Beitragsfreistellung wegen einer Elternzeit oder Beendigung des Arbeitsverhältnisses erfolgt, gilt: Die Versicherung bleibt auch dann bestehen, wenn die beitragsfreie Grundfähigkeitsrente 0 Euro beträgt.

2.3 Berechnung der garantierten beitragsfreien Grundfähigkeitsrente

Die garantierte beitragsfreie Grundfähigkeitsrente errechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode. Bei einer Beitragsfreistellung entspricht das Deckungskapital mindestens dem Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Nähere Informationen finden Sie in "Teil E - Kosten für den Versicherungsvertrag" Ziffer 1.2. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir die Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig über die gesamte Beitragszahlungsdauer.

2.4 Abzug

Wir nehmen bei einer Beitragsfreistellung einen Abzug vor. Die Höhe des Abzugs können Sie der Versicherungsurkunde entnehmen. Sie finden diese im Abschnitt "Können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?"

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Zweifeln Sie die Angemessenheit des Abzuges an, ist diese von uns nachzuweisen.

Wir halten den Abzug für angemessen, weil wir mit ihm einen Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vornehmen. Zudem wird mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen.

Sofern Sie uns nachweisen, dass der von uns genommene Abzug in Ihrem Fall niedriger zu beziffern ist, gilt: Wir setzen den Abzug entsprechend herab. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

2.5 Bei einer Beitragsfreistellung bitten wir zu beachten, dass Sie mit Ihren Beiträgen in den ersten Vertragsjahren auch die einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten tilgen. Nähere Informationen finden Sie in "Teil E - Kosten für den Versicherungsvertrag" Ziffer 1.2. Dadurch stehen in den Anfangsjahren keine oder nur geringe Mittel zur Bildung einer beitragsfreien Grundfähigkeitsrente zur Verfügung. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Grundfähigkeitsrente zur Verfügung. Nähere Informationen zur Grundfähigkeitsrente und ihrer Höhe können Sie der Versicherungsurkunde entnehmen. Sie finden diese im Abschnitt "Wer und was ist versichert?".

2.6 Wird die unter Ziffer 2.2 genannte Mindestrente nicht erreicht, endet die Versicherung. In diesem Fall kommt kein Betrag zur Auszahlung.

Wenn Sie uns belegen, dass die Beitragsfreistellung wegen einer Elternzeit oder Beendigung des Arbeitsverhältnisses erfolgt, gilt: Die Versicherung bleibt auch dann bestehen, wenn keine beitragsfreie Grundfähigkeitsrente verbleibt.

2.7 Hat die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung mindestens eine der versicherten Grundfähigkeiten verloren, bleiben Ansprüche auf Grund eines bereits vor Beitragsfreistellung eingetretenen Versicherungsfalls unberührt.

3 Können Sie die Versicherung nach einer Beitragsfreistellung wieder in Kraft setzen?

3.1 Haben Sie die Versicherung vollständig beitragsfrei gestellt, gilt: Sie können die Beitragszahlung innerhalb von 36 Monaten nach dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung wieder aufnehmen. Das ist die sogenannte Wiederinkraftsetzung.

Sofern Sie eine Wiederinkraftsetzung beabsichtigen, gilt: Sie müssen uns dies spätestens einen Monat vor Beginn der Versicherungsperiode mitteilen, zu der Sie die Versicherung wieder in Kraft setzen möchten. Ihre Mitteilung muss in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) erfolgen. Eine Wiederinkraftsetzung ist nur bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer möglich.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung beitragsfrei gestellt ist.

3.2 Innerhalb von 18 Monaten ist eine Wiederinkraftsetzung ohne Risikoprüfung und ohne unsere Zustimmung möglich. Nach 18 Monaten ist eine Wiederinkraftsetzung nur mit unserer Zustimmung möglich. Unsere Zustimmung machen wir vom Ergebnis einer Risikoprüfung abhängig.

3.3 Nach Ablauf von 36 Monaten nach dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung vollständig beitragsfrei gestellt wurde, ist keine Wiederinkraftsetzung mehr möglich.

3.4 Wurde die Versicherung aufgrund einer gesetzlichen Elternzeit der versicherten Person vollständig beitragsfrei gestellt, gilt: Eine Wiederinkraftsetzung ist auch innerhalb von drei Monaten nach Ende der gesetzlichen Elternzeit ohne Risikoprüfung und ohne unsere Zustimmung möglich.

3.5 Sie können Ihre Versicherung in folgendem Fall nicht wieder in Kraft setzen: Die versicherte Person hat während der Beitragsfreistellung mindestens eine der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen verloren. Dies gilt auch dann, wenn der Vertrag aufgrund gesetzlicher Elternzeit der versicherten Person beitragsfrei gestellt wurde.

3.6 Bei einer Wiederinkraftsetzung erhöhen sich die garantierten Versicherungsleistungen wieder auf den ursprünglich vereinbarten Versicherungsschutz. Hierdurch erhöht sich die ursprünglich vereinbarte Höhe der Beiträge. Über die neuen Werte informieren wir Sie.

3.7 Bei einer Beitragsfreistellung setzen wir die Tilgung der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten aus. Nähere Informationen zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in "Teil E - Kosten für den Versicherungsvertrag" Ziffer 1.2. Bei einer Wiederinkraftsetzung wird die Tilgung wieder aufgenommen. Die bei Beitragsfreistellung erhobenen Abzüge werden wir dem Vertrag bei vollständiger Wiederinkraftsetzung gutschreiben.

4 Können Sie die Beitragszahlung unterbrechen oder eine Stundung der Beiträge verlangen?

4.1 Unterbrechung der Beitragszahlung

4.1.1 Sie können die Beitragszahlung für bis zu 24 Monate vollständig oder teilweise unterbrechen. Bei Elternzeit der versicherten Person können Sie davon abweichend die Beitragszahlung für bis zu insgesamt 36 Monate vollständig oder teilweise unterbrechen.

Bei einer vollständigen Unterbrechung der Beitragszahlung entfällt für die Dauer der Unterbrechung die Beitragszahlungspflicht.

Wollen Sie die Beitragszahlung unterbrechen, müssen Sie uns dies in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) mitteilen. Wir informieren Sie dann über die näheren Einzelheiten (z.B. zu welchem Termin die Unterbrechung der Beitragszahlung möglich ist). Möchten Sie aufgrund der Elternzeit der versicherten Person die Beitragszahlung mehr als 24 Monate unterbrechen, müssen Sie uns das Vorliegen der Elternzeit nachweisen.

4.1.2 Eine Unterbrechung der Beitragszahlung ist nur unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- Sie haben mindestens die Beiträge der ersten zwölf Versicherungsmonate gezahlt.
- Die ausstehende vereinbarte Beitragszahlungsdauer muss bis zum Vertragsende mindestens drei Jahre betragen.
- Die Höhe des Deckungskapitals und, falls die Beitragszahlungsweise teilweise unterbrochen wurde, die während der Beitragspause gezahlten Beiträge sind ausreichend, um die Verwaltungskosten und die Risikobeiträge während der Unterbrechung der Beitragszahlung entnehmen zu können.
- Das Ende der letzten Unterbrechung der Beitragszahlung liegt mindestens zwölf Monate zurück.
- Während einer teilweisen Unterbrechung der Beitragszahlung muss der Beitrag mindestens 120 Euro pro Jahr betragen.

4.1.3 Durch die vollständige oder teilweise Unterbrechung der Beitragszahlung vermindern sich die garantierten Versicherungsleistungen.

4.1.4 Während einer Unterbrechung der Beitragszahlung erfolgt keine beziehungsweise bei einer teilweisen Unterbrechung nur eine anteilige Tilgung der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten. Nähere Informationen finden Sie in "Teil E - Kosten für den Versicherungsvertrag" Ziffer 1.2. Die vorgesehene Tilgung verschiebt sich stattdessen auf den Zeitraum danach.

4.1.5 Die zur Deckung der Verwaltungskosten bestimmten Beträge verrechnen wir während der Unterbrechung der Beitragszahlung mit dem vorhandenen Deckungskapital. Bei einer teilweisen Unterbrechung der Beitragszahlung gilt: Wir ermitteln den Anteil der weiter zu zahlenden Beiträge bezogen auf den Beitrag vor der Unterbrechung der Beitragszahlung.

In Höhe dieses Anteils entnehmen wir die zur Deckung der Verwaltungskosten bestimmten Beträge dem Beitrag. Im Übrigen entnehmen wir sie dem Deckungskapital.

4.2 Stundung der Beiträge

4.2.1 Sie haben unter den in Ziffer 4.2.5 aufgeführten Voraussetzungen bis 3 Jahre vor Ablauf der Versicherung einen Anspruch auf Beitragsstundung. Diese können Sie für bis zu 12 Monate verlangen. Bei mehrmaliger Beitragsstundung können Sie diese insgesamt höchstens für 24 Monate während der gesamten Vertragslaufzeit verlangen. Wollen Sie eine Stundung, müssen Sie uns dies in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) mitteilen. Wir informieren Sie dann über die näheren Einzelheiten (z.B. zu welchem Termin die Stundung möglich ist).

Eine vorzeitige Beendigung der Beitragsstundung ist jederzeit zum Beginn der nächsten Versicherungsperiode möglich.

4.2.2 Sofern wir zum Zeitpunkt der Stundung Stundungszinsen erheben, werden wir diese mit Ihnen vertraglich vereinbaren.

4.2.3 Die garantierten Versicherungsleistungen bleiben unverändert.

4.2.4 Die gestundeten Beiträge und die darauf angefallenen Zinsen müssen Sie zum ersten Beitragszahlungstermin nach Ablauf der Stundung in einer Summe nachzahlen. Ab diesem Zeitpunkt führen wir Ihre Versicherung beitragspflichtig fort.

4.2.5 Eine Stundung ist nur unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- Sie haben mindestens die Beiträge der ersten 3 Versicherungsjahre gezahlt.
- Das Ende der letzten Stundung der Beiträge liegt mindestens 12 Monate zurück.
- Sie haben die Beitragszahlung nicht nach Ziffer 4.1 unterbrochen.
- Der Gesamtbeitrag im Jahr der Nachzahlung überschreitet nicht die Höchstgrenze nach § 3 Nr. 63 EStG.

Teil E - Kosten für den Versicherungsvertrag

Inhaltsverzeichnis

- 1 Wie verrechnen wir die Kosten Ihres Vertrages?
- 2 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

1 Wie verrechnen wir die Kosten Ihres Vertrages?

1.1 Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind bereits in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten. Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören Kosten, die im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen. Im Wesentlichen gehören hierzu:

- bei Tarifen mit Provisionen: Insbesondere die Provision, die wir dem Versicherungsvermittler zahlen;
- die Kosten für die Antragsprüfung und die Ausfertigung der Vertragsunterlagen;
- die Sachaufwendungen im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung;
- allgemeine Kosten für Werbemaßnahmen.

Neben den Verwaltungskosten sind keine weiteren übrigen Kosten einkalkuliert.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der Verwaltungskosten können Sie der Kundeninformation unter "Welche Kosten fallen an?" entnehmen.

1.2 Abschluss- und Vertriebskosten

1.2.1 Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Ver-

triebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 Prozent der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

1.2.2 Die beschriebene Tilgung der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags keine oder nur geringe Mittel zur Bildung der beitragsfreien Grundfähigkeitsrente vorhanden sind.

1.2.3 Kosten, die durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen und nicht bereits in den einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten enthalten sind, werden mit den Verwaltungskosten getilgt.

1.2.4 Abschluss- und Vertriebskosten fallen nicht nur bei Vertragsabschluss an, sondern bei jeder Erhöhung der Beiträge (z.B. bei der automatischen Anpassung der Beiträge und Versicherungsleistungen) für den erhöhten Beitragsteil.

1.3 Verwaltungskosten

Die einkalkulierten Verwaltungskosten verteilen wir über die gesamte Laufzeit.

1.4 Sonstige Kosten

Von den Ziffern 1.1 - 1.3 unberührt bleiben gesetzliche Schadensersatzansprüche.

2 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

2.1 Für den in folgenden Fällen anfallenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand stellen wir Ihnen Kosten pauschal gesondert in Rechnung:

- Ausstellung einer Ersatzurkunde für die Versicherungsurkunde;
- Ausstellung von Ersatzbescheinigungen für steuerliche Zwecke;
- Bearbeitung einer Abtretung oder Verpfändung.

2.2 Für diese zusätzlichen Kosten erheben wir Pauschalbeträge. Die Pauschalbeträge orientieren sich an den durchschnittlichen Kosten, die uns durch derartige Arbeiten entstehen. Die derzeit für zusätzliche Leistungen berechneten Kosten können Sie der Kundeninformation unter "Welche Kosten fallen an?" entnehmen. Wir sind berechtigt, die Höhe der Gebühren der allgemeinen Kostenentwicklung nach billigem Ermessen anzupassen. So regelt es § 315 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Eine Übersicht über die jeweils aktuellen Kostensätze schicken wir Ihnen auf Wunsch gern zu. Weisen Sie uns nach, dass der Pauschalbetrag bei Ihnen nicht gerechtfertigt ist, entfällt dieser oder verringert sich entsprechend. Dies gilt ebenfalls, wenn Sie uns nachweisen, dass dieser zu hoch veranschlagt wurde.

Teil F - Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

Inhaltsverzeichnis

- 1 Können Sie die Zahlungsweise der Beiträge ändern?
- 2 Können Sie die Versicherungsleistungen erhöhen?
- 3 Können Sie die Versicherungsleistungen ohne Risikoprüfung erhöhen?
- 4 Können Sie die Versicherungsleistungen herabsetzen?
- 5 Können Sie den nachträglichen Einschluss einer automatischen Anpassung der Beiträge und Versicherungsleistungen beantragen?

Sofern Sie eine garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente vereinbart haben, gilt die folgende Ziffer ergänzend:

- 6 Können Sie die garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente nach Ende des Verlustes der versicherten Grundfähigkeiten erhalten?

1 Können Sie die Zahlungsweise der Beiträge ändern?

Wenn die Versicherung beitragspflichtig ist und Sie haben die Beitragszahlung nicht nach "Teil D - Regelungen zur Kündigung, Beitragsfreistellung und Wiederinkraftsetzung" Ziffer 4.1 unterbrochen, gilt: Sie können eine Änderung der Zahlungsweise der Beiträge zum nächstmöglichen Termin vereinbaren. Dieser muss sowohl nach alter und nach neuer Beitragszahlungsweise ein Beitragszahlungstermin sein. Dies müssen Sie uns in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) mitteilen. Wir informieren Sie dann, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Änderung der Zahlungsweise möglich ist.

Durch eine Änderung der Zahlungsweise ändert sich die jährliche Beitragssumme nicht. Die garantierten Versicherungsleistungen werden angepasst. Darüber hinaus kann sich bei einer Änderung der Zahlungsweise die Höhe der Kosten ändern. Den neuen Beitrag sowie die Höhe der geänderten Kosten werden wir Ihnen dann mitteilen.

2 Können Sie die Versicherungsleistungen erhöhen?

2.1 Sie können beantragen, die Versicherungsleistungen zu erhöhen. Eine Erhöhung ist frühestens zum nächsten Beitragszahlungstermin möglich. Die Erhöhung müssen Sie in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) beantragen. Wir informieren Sie dann, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Erhöhung möglich ist. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen machen wir insbesondere vom Ergebnis einer Risikoprüfung abhängig.

2.2 Eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ist unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- Die Versicherung ist beitragspflichtig.
- Der Beitrag erhöht sich mindestens um 120 Euro pro Jahr.
- Die Beitragszahlung der Versicherung ist nicht nach "Teil D - Regelungen zur Kündigung, Beitragsfreistellung und Wiederinkraftsetzung" Ziffer 4.1 unterbrochen.
- Die versicherte Person darf keine der versicherten Grundfähigkeiten verloren haben.

2.3 Die Erhöhung der Versicherungsleistungen erfolgt nach versicherungsmathematischen Grundsätzen im bestehenden Versicherungsvertrag mit den dafür gültigen Rechnungsgrundlagen, Versicherungsbedingungen und allen sonstigen vertraglichen Vereinbarungen sowie den geltenden Tarifbestimmungen.

2.4 Durch eine Erhöhung der Versicherungsleistungen erhöht sich der Beitrag.

Hierdurch entstehen Abschluss- und Vertriebskosten. Auch die Verwaltungskosten erhöhen sich. Hierfür gelten die Regelungen aus "Teil E - Kosten für den Versicherungsvertrag" entsprechend. Die geänderten Versicherungsleistungen teilen wir Ihnen in einem Nachtrag zur Versicherungsurkunde mit.

Durch Beitragserhöhungen dürfen die Höchstgrenzen nach § 3 Nr. 63 EStG nicht überschritten werden. Näheres zu den steuerfreien Höchstbeträgen finden Sie in den Steuerhinweisen zur betrieblichen Grundfähigkeitsversicherung als Direktversicherung mit Förderung nach § 3 Nr. 63 EStG. Die geänderten Versicherungsleistungen teilen wir Ihnen in einem Nachtrag zur Versicherungsurkunde mit.

3 Können Sie die Versicherungsleistungen ohne Risikoprüfung erhöhen?

3.1 Sie können die Versicherungsleistungen ohne Risikoprüfung, ausgenommen finanzielle Angemessenheitsprüfung nach Ziffer 3.7, durch eine Nachversicherung erhöhen (Nachversicherungsgarantie).

Die Nachversicherung ist bei Vorliegen eines in Ziffer 3.2 genannten Ereignisses möglich. Unter den in Ziffer 3.5 genannten Voraussetzungen ist sie auch einmalig ohne ein konkretes Ereignis möglich.

3.2 Nachversicherung mit Vorliegen eines Ereignisses

Eine Nachversicherung ist möglich, wenn die versicherte Person:

- heiratet;

- Mutter oder Vater wird;
- ein minderjähriges Kind adoptiert;
- sich scheiden lässt;
- eine eingetragene Lebenspartnerschaft aufhebt;
- 18 Jahre alt wird (Volljährigkeit);
- eine berufliche Tätigkeit nach der Elternzeit wieder aufnimmt. Die Elternzeit wurde ohne Unterbrechung in Anspruch genommen (mindestens 12 Monate). Eine Erhöhung aus diesem Anlass ist nur möglich, wenn noch keine Erhöhung aufgrund von Geburt oder Adoption in Anspruch genommen worden ist.
- eine selbstgenutzte Immobilie zu Wohnzwecken erwirbt oder einen Darlehensvertrag für den Erwerb, den Bau oder die Renovierung einer Immobilie mit unserem Unternehmen oder mit einem Kreditinstitut über mindestens 50.000 Euro abschließt;
- einen Anspruch auf Invaliditätsschutz aus einer Berufsständischen Versorgungseinrichtung oder einer arbeitgeberfinanzierten Betrieblichen Altersversorgung hat und sich dieser unverschuldet verringert oder wegfällt;
- aufgrund einer Gesetzesänderung eine Verringerung oder Wegfall der gesetzlichen Erwerbsminderungsrente erhält;
- erstmalig eine freiberufliche oder selbstständige Tätigkeit mit Kammerzugehörigkeit aufnimmt;
- zum Prokuristen oder zum leitenden Angestellten gemäß § 5 Absatz 3 Betriebsverfassungsgesetz ernannt wird;
- mit ihrem Einkommen erstmalig die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung übersteigt;
- Arbeitnehmer ist und sich ihr Gehalt innerhalb eines Kalenderjahres um mindestens zehn Prozent erhöht;
- ihren durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre aus selbstständiger Tätigkeit um mindestens 30% erhöht. Hierfür vergleichen wir die letzten drei Jahre mit den drei davorliegenden Jahren;
- als Handwerker nicht mehr in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert ist;
- erstmalig eine anerkannte berufliche Qualifikation abschließt (Berufsausbildung oder Studium);
- eine höhere berufliche Qualifikation abschließt (z.B. Meisterbrief);
- eine akademische Weiterqualifizierung abschließt (z.B. Facharztausbildung, Promotion, Master). Voraussetzung ist, dass die versicherte Person eine der Weiterqualifizierung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt.

Den Eintritt eines der oben genannten Ereignisse müssen Sie durch geeignete Dokumente nachweisen (z.B. Heirats- oder Geburtsurkunde, Steuerbescheid, Rentenberechnung, Darlehensvertrag). Sie können die Erhöhung der Versicherungsleistungen innerhalb von 12 Monaten verlangen, nachdem ein solches Ereignis eingetreten ist. Dies müssen Sie uns in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) mitteilen. Wir informieren Sie dann über die näheren Einzelheiten. Zum Beispiel informieren wir Sie, zu welchem Termin die Nachversicherung möglich ist und in welcher Höhe Kosten anfallen.

3.3 Voraussetzungen für eine Nachversicherung:

- Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die Versicherung muss beitragspflichtig sein und Sie haben die Beitragszahlung nicht nach "Teil D - Regelungen zur Kündigung, Beitragsfreistellung und Wiederinkraftsetzung" Ziffer 4.1 unterbrochen.
- Für die versicherte Person wurden bislang keine Leistungen wegen Verlustes einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit erbracht oder beantragt.
- Die versicherte Person darf nicht berufsunfähig oder erwerbsunfähig sein.
- Bei der versicherten Person liegt kein Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten vor.
- Die monatliche Grundfähigkeitsrente muss sich mindestens um 50 Euro erhöhen.
- Die monatliche Grundfähigkeitsrente darf sich höchstens um 100 Prozent, maximal 500 Euro erhöhen.
- Sollten Sie bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer mehrfach die Grundfähigkeitsrente durch die Nachversicherungsgarantie erhöhen, gilt: Die Summe der Erhöhungen der monatlichen Grundfähigkeitsrente darf 1.000 Euro nicht übersteigen.

- Für die gesamte Jahresrente aus allen bei uns bestehenden Versicherungen gilt: Sie darf einschließlich der beantragten Grundfähigkeitsrente durch die Nachversicherungsgarantie nicht mehr als 30.000 Euro betragen.

3.4 Haben Sie die Überschussverwendung Bonusrente gewählt, gilt bei Absenkung des Bonusrentensatzes: Um die Absenkung der Bonusrente auszugleichen, können Sie innerhalb von drei Monaten nach Erhalt der Versicherungsübersicht die Erhöhung der garantierten Grundfähigkeitsrente ohne Risikoprüfung beantragen. Die garantierte Rente wird dann um den Betrag erhöht, der der Absenkung der Bonusrente entspricht. Damit entspricht die gesamte Grundfähigkeitsrente nach Absenkung der Bonusrente der gesamten Grundfähigkeitsrente vor Absenkung der Bonusrente. Durch die Erhöhung der garantierten Grundfähigkeitsrente erhöht sich der Beitrag.

Für diese Erhöhung gelten abweichend zu Ziffer 3.3 nur die folgenden Voraussetzungen:

- Die Versicherung muss beitragspflichtig sein und Sie haben die Beitragszahlung nicht nach "Teil D - Regelungen zur Kündigung, Beitragsfreistellung und Wiederinkraftsetzung" Ziffer 4.1 unterbrochen.
- Für die versicherte Person wurden bislang keine Leistungen wegen Verlustes einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit erbracht oder beantragt.
- Die versicherte Person darf nicht berufsunfähig oder erwerbsunfähig sein.
- Bei der versicherten Person liegt kein Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten vor.

3.5 Nachversicherung ohne Vorliegen eines Ereignisses

Sie können einmalig Ihre Versicherungsleistung ohne Risikoprüfung und ohne die in Ziffer 3.2 genannten Ereignisse erhöhen. Dies gilt in den ersten 5 Versicherungsjahren. Voraussetzung ist, dass die Versicherung nicht durch eine vereinfachte Risikoprüfung zustande gekommen ist.

Die in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen müssen ebenfalls erfüllt sein. Dabei gilt jedoch abweichend: Die versicherte Person hat das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet.

3.6 Weitere Regelungen für eine Nachversicherung

Sofern wir beim Vertragsabschluss eine Risikoprüfung vorgenommen haben, gilt: Wir legen der Nachversicherung deren Ergebnis zugrunde.

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen erfolgt nach versicherungsmathematischen Grundsätzen im bestehenden Versicherungsvertrag mit den dafür gültigen Rechnungsgrundlagen, Versicherungsbedingungen und allen sonstigen vertraglichen Vereinbarungen sowie den geltenden Tarifbestimmungen.

Durch die Beitragserhöhung dürfen die Höchstgrenzen nach § 3 Nr. 63 EStG nicht überschritten werden.

3.7 Die jährliche Summe der Grundfähigkeitsrenten muss insgesamt in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Wir rechnen bereits zu erwartende Ansprüche an. Hierzu zählen Ansprüche aus Invaliditätsversicherungen bei ERGO, anderen Gesellschaften und berufsständischen Versorgungseinrichtungen. Es gelten die zum Zeitpunkt der Nachversicherungsgarantie festgelegten allgemeinen und berufsspezifischen Regelungen zur finanziellen Angemessenheitsprüfung. Sie müssen hierfür geeignete Unterlagen zur finanziellen Angemessenheitsprüfung vorlegen (z.B. Gehaltsnachweise).

3.8 Durch die Nachversicherung erhöht sich Ihr Beitrag.

Hierdurch entstehen Abschluss- und Vertriebskosten. Hierfür gelten die Regelungen aus "Teil E - Kosten für den Versicherungsvertrag". Auch die Verwaltungskosten erhöhen sich. Die geänderten Versicherungsleistungen teilen wir Ihnen in einem Nachtrag zur Versicherungsurkunde mit.

4 Können Sie die Versicherungsleistungen herabsetzen?

4.1 Sie können die Versicherungsleistungen herabsetzen. Eine Herabsetzung ist frühestens zum nächsten Beitragszahlungstermin möglich.

Die Herabsetzung müssen Sie uns in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) mitteilen. Ihre Mitteilung muss uns spätestens einen Monat vor dem Beginn der Versicherungsperiode zugegangen sein, zu der wir die Versicherungsleistungen herabsetzen sollen. Die Definition des Begriffs Versicherungsperiode finden Sie in "Teil C - Regelungen und Pflichten für den Versicherungsvertrag" Ziffer 9.1.

4.2 Eine Herabsetzung der Versicherungsleistungen ist unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- Die Versicherung ist beitragspflichtig und Sie haben die Beitragszahlung nicht nach "Teil D - Regelungen zur Kündigung, Beitragsfreistellung und Wiederinkraftsetzung" Ziffer 4.1 unterbrochen.
- Es verbleibt mindestens eine garantierte monatliche Grundfähigkeitsrente von 50 Euro.

4.3 Bei einer Herabsetzung der Versicherungsleistungen verringert sich der Beitrag der Versicherung.

Die geänderten Versicherungsleistungen teilen wir Ihnen in einem Nachtrag zur Versicherungsurkunde mit.

4.4 Abzug:

Wir nehmen bei einer Herabsetzung der Versicherungsleistungen einen Abzug vor. Der Abzug entspricht einem Anteil des Abzugs bei vollständiger Beitragsfreistellung. Die Höhe des Abzugs können Sie der Versicherungsurkunde entnehmen. Sie finden dies im Abschnitt "Können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?".

Der Anteil ermittelt sich nach dem Verhältnis der ausstehenden Summe aus den durch die Herabsetzung der Versicherungsleistung wegfallenden Beiträgen dieser Versicherung zur ausstehenden Summe der Beiträge dieser Versicherung vor Herabsetzung der Versicherungsleistung.

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Zweifeln Sie die Angemessenheit des Abzuges an, ist diese von uns nachzuweisen.

Wir halten den Abzug für angemessen, weil wir mit ihm einen Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vornehmen. Zudem wird mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen.

Sofern Sie uns nachweisen, dass der von uns genommene Abzug in Ihrem Fall niedriger zu beziffern ist, gilt: Wir setzen den Abzug entsprechend herab. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

5 Können Sie den nachträglichen Einschluss einer automatischen Anpassung der Beiträge und Versicherungsleistungen beantragen?

Wenn die Versicherung noch beitragspflichtig ist und Sie haben die Beitragszahlung nicht nach "Teil D - Regelungen zur Kündigung, Beitragsfreistellung und Wiederinkraftsetzung" Ziffer 4.1 unterbrochen, können Sie den nachträglichen Einschluss einer automatischen Anpassung der Beiträge und Versicherungsleistungen (automatische Anpassung) beantragen. Dies müssen Sie uns in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) mitteilen. Voraussetzung für den Einschluss einer automatischen Anpassung ist insbesondere, dass die versicherte Person noch keine der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen verloren hat. Den Einschluss einer automatischen Anpassung machen wir darüber hinaus vom Ergebnis einer Risikoprüfung abhängig.

Ob und in welcher Form der nachträgliche Einschluss einer automatischen Anpassung möglich ist, teilen wir Ihnen auf Wunsch gern mit.

Der Prozentsatz für die Erhöhung der Beiträge darf höchstens 5 Prozent betragen.

Sofern Sie eine garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente vereinbart haben, gilt die folgende Ziffer ergänzend:

6 Können Sie die garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente nach Ende des Verlustes der versicherten Grundfähigkeiten erhalten?

6.1 Endet der Verlust der versicherten Grundfähigkeiten vor Ablauf der Versicherungsdauer, endet auch die garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente. Verliert die versicherte Person erneut eine der versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen, gilt: Die aufgrund der vereinbarten garantierten Erhöhung der Grundfähigkeitsrente bereits erfolgten Rentenerhöhungen werden nicht angerechnet. Die garantierte Erhöhung der Grundfähigkeitsrente beginnt dann wieder bei der garantierten Rente vor Eintritt des Leistungsfalls. Sie können jedoch die während des Leistungsbezugs erreichte Grundfähigkeitsrente ohne Risikoprüfung gegen einen erhöhten Beitrag erhalten.

Sie können den Erhalt der erreichten garantierten Grundfähigkeitsrente innerhalb von einem Monat nach Ende des Verlustes der versicherten Grundfähigkeiten und vor Ablauf der Versicherungsdauer ohne Risikoprüfung verlangen. Dies müssen Sie uns in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) mitteilen.

6.2 Der Erhalt der erhöhten Grundfähigkeitsrente erfolgt nach versicherungsmathematischen Grundsätzen im bestehenden Versicherungsvertrag mit den dafür gültigen Rechnungsgrundlagen, Versicherungsbedingungen und allen sonstigen vertraglichen Vereinbarungen sowie den geltenden Tarifbestimmungen.

Besondere Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

Sofern wir einen vorläufigen Versicherungsschutz gewähren, gelten hierfür die Regelungen für den vorläufigen Versicherungsschutz.

Inhaltsverzeichnis

- 1 Was ist vorläufig versichert?
- 2 Was ist ein Unfall im Sinne dieser Besonderen Bedingungen?
- 3 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?
- 4 Wann beginnt und wann endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn Sie eine unverbindliche Anfrage auf Erstellung eines Angebotes gestellt haben?
- 5 Wann beginnt und wann endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn Sie einen rechtsverbindlichen Antrag auf Abschluss einer Grundfähigkeitsversicherung gestellt haben?
- 6 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?
- 7 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

Der vorläufige Versicherungsschutz ergänzt den später beginnenden Versicherungsvertrag (Hauptvertrag).

1 Was ist vorläufig versichert?

1.1 Es besteht unter den in Ziffer 3 beschriebenen Voraussetzungen vorläufiger Versicherungsschutz für die vereinbarten beziehungsweise beantragten Versicherungsleistungen des Hauptvertrags. Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass der Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten der versicherten Person durch einen Unfall ausgelöst wird. Nähere Informationen zum Unfallbegriff finden Sie in Ziffer 2. Der Unfall muss während des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten sein. Der Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten der versicherten Person wiederum muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag eingetreten sein.

Die Leistung aus dem vorläufigen Versicherungsschutz ist auf höchstens 12.000 Euro im Jahr begrenzt.

Diese Höchstgrenze für unsere Leistung gilt auch, wenn für dieselbe versicherte Person vorläufiger Versicherungsschutz aus mehreren Verträgen besteht.

1.2 Die für den Hauptvertrag vorgesehenen Leistungsausschlüsse gelten auch für den vorläufigen Versicherungsschutz. Ein weiterer Leistungsausschluss kommt hinzu: Es besteht auch dann kein Versicherungsschutz, wenn der Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten der versicherten Person auf krankhaften Störungen durch psychische Reaktionen beruht. Dies gilt auch dann, wenn ein Unfall der Auslöser für die krankhaften Störungen durch psychische Reaktionen war.

2 Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Haben neben einem Unfall Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 25 Prozent zum Verlust einer der versicherten Grundfähigkeiten beigetragen, vermindert sich unsere Leistung. Wie sich unsere Leistung vermindert richtet sich nach dem prozentualen Anteil dieser Mitwirkung.

3 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

3.1 Haben Sie eine unverbindliche Anfrage auf Erstellung eines Angebots gestellt, ist der vorläufige Versicherungsschutz an folgende Voraussetzung gebunden:

Der Versicherungsbeginn des Hauptvertrags darf höchstens zwei Monate nach Zugang Ihrer Annahmeerklärung bei uns liegen.

3.2 Haben Sie einen rechtsverbindlichen Antrag auf Abschluss einer Grundfähigkeitsversicherung gestellt, ist der vorläufige Versicherungsschutz an folgende Voraussetzungen gebunden:

- Der beantragte Versicherungsbeginn des Hauptvertrags darf höchstens zwei Monate nach Eingang Ihres Antrags bei uns liegen.
- Sie dürfen das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben.
- Ihr Antrag darf nicht von den von uns angebotenen Tarifen und Bedingungen abweichen.

4 Wann beginnt und wann endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn Sie eine unverbindliche Anfrage auf Erstellung eines Angebots gestellt haben?

Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit Ablauf des Tages an dem Ihre Annahmeerklärung bei uns eingegangen ist. Er endet spätestens, wenn der Versicherungsschutz des Hauptvertrags beginnt.

Der vorläufige Versicherungsschutz endet aber auch, wenn

- Sie Ihre Annahmeerklärung angefochten oder zurückgenommen haben,
- der Hauptvertrag nicht zustande kommt, weil Sie Ihre Annahmeerklärung widerrufen,
- der Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz durch eine der Vertragsparteien gekündigt wird. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

Der vorläufige Versicherungsschutz endet weiterhin auch, wenn

- der erste Beitrag zum Hauptvertrag nicht abgebucht werden konnte und die Gründe dafür bei Ihnen liegen,
- der Abbuchung des ersten Beitrags widersprochen wurde.

Dies setzt jedoch voraus, dass wir Sie auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Der Hinweis muss in Form einer gesonderten Belehrung in Textform oder eines auffälligen Hinweises in der Versicherungsurkunde erfolgt sein. Sie finden diesen Hinweis in der Versicherungsurkunde unter "Wie hoch ist der Beitrag? Wann und wie lange müssen Sie ihn zahlen?".

5 Wann beginnt und wann endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn Sie einen rechtsverbindlichen Antrag auf Abschluss einer Grundfähigkeitsversicherung gestellt haben?

Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit Ablauf des Tages an dem Ihr Antrag bei uns eingeht. Er endet spätestens, wenn der Versicherungsschutz des beantragten Hauptvertrags beginnt.

Der vorläufige Versicherungsschutz endet aber auch, wenn

- Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben,
- Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Gebrauch gemacht haben,
- Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und Abs. 2 VVG mitgeteilten Abweichung der Versicherungsurkunde von Ihrem Antrag widersprochen haben,
- der Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz durch eine der Vertragsparteien gekündigt wird. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

Der vorläufige Versicherungsschutz endet weiterhin auch, wenn

- der erste Beitrag zum Hauptvertrag nicht abgebucht werden konnte und die Gründe dafür bei Ihnen liegen,
- der Abbuchung des ersten Beitrags widersprochen wurde.

Dies setzt jedoch voraus, dass wir Sie auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Der Hinweis muss in Form einer gesonderten Belehrung in Textform oder eines auffälligen Hinweises in der Versicherungsurkunde erfolgt sein. Sie finden diesen Hinweis in der Versicherungsurkunde unter "Wie hoch ist der Beitrag? Wann und wie lange müssen Sie ihn zahlen?".

6 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag. Nur wenn wir aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes Leistungen erbringen, gilt dies nicht. In diesem Fall verlangen wir als Beitrag für den vorläufigen Versicherungsschutz den Beitrag für das erste Versicherungsjahr des Hauptvertrags. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

7 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

Sofern nichts anderes bestimmt wurde, gelten für den vorläufigen Versicherungsschutz die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Hauptvertrags. Das für den Hauptvertrag festgelegte Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Besondere Bedingungen für die automatische Anpassung der Beiträge und Versicherungsleistungen

Haben Sie eine automatische Anpassung der Beiträge und Versicherungsleistungen vertraglich vereinbart, gelten die folgenden Regelungen.

Inhaltsverzeichnis

- 1 Wie berechnen wir die Erhöhung Ihrer Beiträge?
- 2 Wann erhöht sich der gesamte Beitrag? Wann endet die automatische Anpassung?
- 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?
- 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die automatische Anpassung?
- 5 Wann findet keine automatische Anpassung statt?

Bei Vereinbarung einer automatischen Anpassung der Beiträge und Versicherungsleistungen (automatische Anpassung) erhöhen sich der Beitrag und die Versicherungsleistungen dieser Versicherung nach folgenden Bedingungen:

1 Wie berechnen wir die Erhöhung Ihrer Beiträge?

1.1 Der gesamte Beitrag für diese Versicherung erhöht sich jährlich. Der gesamte Beitrag in diesem Sinne ist der Beitrag für diese Versicherung einschließlich eventueller Risikozuschläge. Wir legen der Erhöhung des gesamten Beitrags den mit Ihnen vereinbarten Prozentsatz zugrunde.

Zum Erhöhungstermin vergleichen wir diesen Prozentsatz mit der prozentualen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung in dem Kalenderjahr, in dem der Erhöhungstermin liegt. Für die Erhöhung legen wir den höheren Prozentsatz zugrunde.

1.2 Die steuerliche Förderung des Beitrags kann Ihr Arbeitnehmer nur nutzen, wenn der gesamte Beitrag den steuerfreien Höchstbetrag nicht überschreitet.

Wir begrenzen daher den Beitrag nach Anpassung auf maximal 8 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung. Besteht neben dieser Versicherung eine pauschal besteuerte Versorgung nach § 40b Einkommensteuergesetz (EStG) a.F., gilt: Deren Beiträge verringern den steuerfreien Höchstbetrag nach § 3 Nr. 63 EStG.

Wird durch die Erhöhung der steuerfreie Höchstbetrag überschritten, gilt: Wir erhöhen den gesamten Beitrag nur in entsprechend vermindertem Umfang.

Falls vereinbart, begrenzen wir den Beitrag nach Erhöhung auf den in der gesetzlichen Sozialversicherung beitragsfreien Höchstbetrag von 4 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung.

Näheres zu den steuerfreien Höchstbeträgen finden Sie in den Steuerhinweisen zur betrieblichen Grundfähigkeitsversicherung als Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG.

Erreicht diese Versicherung zusammen mit anderen entsprechend geförderten Verträgen, z.B. auch bei anderen Versicherern, den steuerfreien Höchstbetrag, gilt: Die automatische Anpassung sollte beendet oder ausgesetzt werden. Dies müssen Sie uns mitteilen.

1.3 Durch die Beitragserhöhung erhöhen sich die Versicherungsleistungen ohne erneute Risikoprüfung. Nähere Informationen finden Sie in Ziffer 3.

In der Versicherungsurkunde finden Sie eine Beschreibung zur Höhe und Dauer der automatischen Anpassung. Sie finden sie im Abschnitt "Wie hoch ist der Beitrag? Wann und wie lange müssen Sie ihn zahlen?".

2 Wann erhöht sich der gesamte Beitrag? Wann endet die automatische Anpassung?

2.1 Der gesamte Beitrag erhöht sich jeweils zum ersten Zahlungstermin eines jeden Kalenderjahres (Erhöhungstermin). Den Erhöhungstermin finden Sie in der Versicherungsurkunde unter "Wie hoch ist der Beitrag? Wann und wie lange müssen Sie ihn zahlen?".

Sie erhalten rechtzeitig vor dem vereinbarten Erhöhungstermin einen Nachtrag zur Versicherungsurkunde über die automatische Anpassung.

2.2 Die automatische Anpassung endet nach dem letzten Erhöhungstermin oder wenn die versicherte Person stirbt.

2.3 Haben Sie die Versicherung beitragsfrei gestellt, so endet damit die automatische Anpassung. Nähere Informationen zur Beitragsfreistellung finden Sie in "Teil D - Regelungen zur Kündigung, Beitragsfreistellung und Wiederinkraftsetzung" Ziffer 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

2.4 Sie haben die Möglichkeit, der automatischen Anpassung ohne Angabe von Gründen beliebig oft zu widersprechen. Ihr Recht auf weitere automatische Anpassungen bleibt erhalten, sofern Sie dieses nicht generell ausschließen.

2.5 Haben Sie Ihr Recht auf die automatische Anpassung nach Ziffer 2.4 ausgeschlossen, gilt: Sie können nachträglich wieder den Einschluss der automatischen Anpassung beantragen. Diesen Wiedereinschluss der automatischen Anpassung machen wir dann vom Ergebnis einer Risikoprüfung abhängig. Nähere Informationen finden Sie in "Teil F - Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten" Ziffer 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

3.1 Durch die automatische Anpassung erhöhen sich die Versicherungsleistungen:

- Es erhöht sich die garantierte Grundfähigkeitsrente.
- Die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gilt auch für den Mehrbeitrag durch die Erhöhungen.

Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen ermitteln wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen im bestehenden Versicherungsvertrag mit den dafür gültigen Rechnungsgrundlagen, Versicherungsbedingungen und allen sonstigen vertraglichen Vereinbarungen sowie den geltenden Tarifbestimmungen.

3.2 Die Erhöhung der Versicherungsleistungen wird zum vereinbarten Erhöhungstermin wirksam. Am Erhöhungstermin ist die versicherte Person älter als bei Vertragsabschluss und der Vertrag hat eine kürzere Restlaufzeit. Deshalb erhöhen sich die Versicherungsleistungen nicht im selben Verhältnis wie die Beiträge.

3.3 Durch eine Erhöhung des gesamten Beitrags entstehen Abschluss- und Vertriebskosten. Auch die Verwaltungskosten erhöhen sich. Die Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten und die Höhe der Verwaltungskosten teilen wir Ihnen dann mit. Hierfür gelten die Regelungen aus "Teil E - Kosten für den Versicherungsvertrag" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Grundfähigkeitsversicherung.

3.4 Den erhöhten gesamten Beitrag und die erhöhten Versicherungsleistungen dokumentieren wir im Nachtrag zur Versicherungsurkunde. Die neuen Werte können Sie dem Nachtrag zur Versicherungsurkunde unter "Wer und was ist versichert?" entnehmen.

4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die automatische Anpassung?

4.1 Wenn wir nichts anderes vereinbart haben, gelten alle zu Ihrer Versicherung getroffenen Vereinbarungen auch für die automatische Anpassung. Dies gilt insbesondere für die Bestimmung des Bezugsberechtigten.

4.2 Die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen enthaltenen Regelungen gelten auch für die automatische Anpassung.

Dies gilt beispielsweise für:

- die Regelungen zur Überschussbeteiligung und
- die Regelungen zur Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten.

4.3 Die Fristen im Fall der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht beginnen bei einer Erhöhung aufgrund einer automatischen Anpassung nicht von neuem.

4.4 Der ursprüngliche Beitrag Ihrer Versicherung und der Mehrbeitrag durch die Erhöhung bilden zusammen einen Gesamtbeitrag. Nach der Erhöhung der Versicherungsleistungen ist dieser Gesamtbeitrag der neue Beitrag für Ihre Versicherung. Die Bestimmungen zum Folgebeitrag in "Teil C - Regelungen und Pflichten für den Versicherungsvertrag" Ziffer 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden auf diesen Gesamtbeitrag Anwendung.

5 Wann findet keine automatische Anpassung statt?

5.1 Die automatische Anpassung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin widersprechen.

Sie haben folgende Möglichkeiten, der automatischen Anpassung zu widersprechen:

- Sie teilen uns mit, dass Sie keine automatische Anpassung wünschen (z.B. telefonisch) oder
- Sie zahlen den erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin.

Möchten Sie die automatische Anpassung aus Ihrem Vertrag ausschließen, müssen Sie uns dies in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) mitteilen.

5.2 Haben Sie die Beitragszahlung vollständig oder teilweise unterbrochen, so wird für die Dauer dieser Unterbrechung die automatische Anpassung ausgesetzt. Wenn Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen, gilt: Die automatische Anpassung setzt zum nächsten vereinbarten Erhöhungstermin wieder ein. Nähere Informationen zur Beitragsunterbrechung finden Sie in "Teil D - Regelungen zur Kündigung, Beitragsfreistellung und Wiederinkraftsetzung" Ziffer 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

5.3 Wenn die versicherte Person Rentenleistungen aus dieser Versicherung nach "Teil A - Art und Umfang der versicherten Leistungen der Grundfähigkeitsversicherung" erhält, gilt:

Für die Dauer der Rentenleistungen erfolgt keine weitere automatische Anpassung. Dies gilt ab Beginn des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Anspruch auf Rentenleistung eingetreten ist.

Dies gilt auch dann, wenn wir unsere Leistungspflicht aus dieser Versicherung rückwirkend anerkannt haben. Lag zwischen dem Eintritt des Anspruchs und Anerkennung auf Leistung ein Erhöhungstermin, gilt: Die automatische Anpassung entfällt rückwirkend. Wir erstatten Ihnen den zu viel gezahlten Beitrag, wenn der erhöhte Beitrag bereits gezahlt wurde. Nähere Informationen hierzu finden Sie in Ziffer 2.1.

Endet der Anspruch auf die Rentenleistungen und lebt die Beitragszahlungspflicht wieder auf, gilt: Die automatische Anpassung setzt zum nächsten vereinbarten Erhöhungstermin wieder ein.