

Versicherungsbedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

willkommen bei der AXA Lebensversicherung!

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen. Sie haben sich für den Abschluss unserer Berufsunfähigkeitsversicherung entschieden. Sie sind als Versicherungsnehmer unser Vertragspartner. Die nachfolgenden Bedingungen informieren Sie ausführlich über Ihren Versicherungsschutz. Bitte heben Sie diese Unterlagen sorgfältig auf.

Unser Tipp: Im Bedingungstext haben wir wichtige Fachbegriffe abgedruckt. Erklärungen zu diesen Begriffen finden Sie im Glossar am Ende dieser Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

1 Leistungen	1
1.1 Welche Leistungen erbringen wir?	1
1.2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?	3
1.3 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird und welche Mitwirkungspflichten bestehen?.....	5
1.4 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflichten?	6
1.5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	7
1.6 Müssen Sie bis zur Leistungsentscheidung Beiträge erbringen?.....	7
1.7 Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?	7
1.8 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?.....	8
1.9 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	9
1.10 Wer erhält die Versicherungsleistungen?	9
1.11 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	9
1.12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?.....	10
2 Beiträge	11
2.1 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?	11
2.2 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?.....	11
2.3 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? ...	11
3 Gestaltungsmöglichkeiten	11
3.1 Welche Möglichkeiten haben Sie bei vorübergehenden Beitragszahlungsschwierigkeiten?.....	11
3.2 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?	12
3.3 Was gilt bei einem Einstieg in das Berufsleben?.....	12
3.4 Wie kann der Versicherungsschutz in eine selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung umgetauscht werden?	13
4 Allgemeine Bestimmungen	13
4.1 Welche Kosten und Gebühren fallen an und wie werden sie ausgeglichen?	13
4.2 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?.....	14
4.3 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?	14
4.4 Welches Recht findet Anwendung und wo ist der Gerichtsstand? ...	14
4.5 Gibt es Möglichkeiten zur außergerichtlichen Streitbeilegung?.....	14
4.6 Unter welchen Voraussetzungen können wir die vereinbarten Beiträge neu festsetzen oder Bestimmungen für Ihre Versicherung ändern?	14
4.7 Wann verjähren Ihre Ansprüche?.....	14
4.8 Was gilt bei Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit im Beamtenverhältnis oder im Öffentlichen Dienst?.....	15

4.9 Wie können Sie eine unabhängige Stelle in die Leistungsprüfung einbeziehen?	15
---	----

Anhang

Ergänzende Bedingungen für die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Versicherungsmathematische Hinweise

Glossar

1 Leistungen

1.1 Welche Leistungen erbringen wir?

Rentenzahlung und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit

1.1.1 Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung berufsunfähig (siehe Abschnitt "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?"), erbringen wir - längstens für die vereinbarte Leistungsdauer - folgende Versicherungsleistungen:
a) Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus und
b) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.

1.1.2 Die Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung ist der Zeitraum, in dem der Versicherungsschutz besteht. Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, in dem wir die vereinbarten Leistungen erbringen, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig geworden ist.

Rentenzahlung und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

1.1.3 Wir erbringen auch dann die volle Leistung, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit wird. Die Voraussetzungen hierfür sind geregelt in Abschnitt "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?", unter dem Absatz "Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor?".

Rentenzahlung und Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz

1.1.4 Wir erbringen auch dann die volle Leistung, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung berufsunfähig infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz wird. Die Voraussetzungen hierfür sind geregelt in "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?", unter dem Absatz "Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz vor?".

Rentenzahlung und Beitragsbefreiung bei speziellen Beeinträchtigungen

1.1.5 Wir erbringen auch dann - für maximal 24 Monate - die volle Leistung, wenn bei der versicherten Person während der Dauer dieser Versicherung eine spezielle Beeinträchtigung eintritt. Die Voraussetzungen hierfür sind geregelt in Abschnitt "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?", unter dem Absatz Leistungen bei speziellen Beeinträchtigungen.

Beginn des Leistungsanspruches

1.1.6 Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eintritt. Abweichend kann für die Berufsunfähigkeitsrente ein aufgeschobener Leistungsbeginn individuell vereinbart sein. In diesem Fall beginnt die Leistung frühestens zu diesem Termin.

Ende des Leistungsanspruches

1.1.7 Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung erlischt, wenn

Berufsunfähigkeit gemäß Abschnitt "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?" nicht mehr vorliegt, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

Wiederaufleben der Leistung nach Ablauf der Versicherungsdauer

1.1.8 Ist die Leistungsdauer länger als die vereinbarte Versicherungsdauer und wurde die Leistung vor dem Ende der Leistungsdauer eingestellt, weil Berufsunfähigkeit gemäß des Abschnittes "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?" nicht mehr vorliegt, lebt die Leistung innerhalb der Leistungsdauer wieder auf, sofern die versicherte Person wegen der ursprünglichen Ursache erneut mindestens sechs Monate ununterbrochen berufsunfähig wird. Die Bestimmungen des Abschnittes "Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?" gelten entsprechend.

Weltweiter Versicherungsschutz

1.1.9 Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeitsversicherung besteht, sofern nichts anderes vertraglich vereinbart wurde, weltweit.

Sonstige Leistungen

1.1.10 Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe Abschnitt "Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?").

Besonderheiten zum Beginn des Leistungsanspruches bei der Existenzschutzversicherung

1.1.11 Ist der Versicherungsschutz aufgrund der Ausübung Ihres "Optionsrechts auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung" aus der Existenzschutzversicherung der AXA Versicherung AG zustande gekommen, entsteht der Anspruch auf Rente mit Ablauf des siebten Monats nach dem der Versicherungsschutz begonnen hat (Wartezeit) und wenn die Berufsunfähigkeit dann noch ununterbrochen besteht. Die Wartezeit entfällt, wenn der Leistungsanspruch aufgrund eines Unfalls eingetreten ist.

Garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall

Ihrem Versicherungsschein können Sie entnehmen, ob eine garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall Bestandteil Ihrer Versicherung ist. Für diese gelten die nachfolgenden Regelungen:

1.1.12 Ist zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung vereinbart, dass nach Eintritt der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit eine planmäßige Steigerung der Rente erfolgt, wird diese ab dem Jahrestag des Versicherungsbeginns durchgeführt, der auf den Monat der Anerkennung der Berufsunfähigkeit folgt.

Einzelheiten zum Maßstab und Umfang der mitversicherten garantierten Steigerung der Rente im Leistungsfall können Sie Ihrem Versicherungsschein und den Bedingungen für die Dynamik entnehmen.

1.1.13 Eine mitversicherte garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall erfolgt jährlich, solange der Leistungsanspruch aus der Berufsunfähigkeitsversicherung besteht.

1.1.14 Während der Dauer des Leistungsanspruches aus der Berufsunfähigkeitsversicherung sind Sie von der Beitragszahlungspflicht auch für die garantierten Steigerungen befreit.

1.1.15 Endet unsere Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeitsversicherung, gilt Ihre wieder auflebende Beitragszahlungspflicht nur für die Höhe der garantierten Berufsunfähigkeitsrente zu Beginn der Leistung. Diese gilt als neue Ausgangsbasis für die garantierte Steigerung der Rente. Wünschen Sie, dass auch die während des Leistungsbezuges erfolgten Rentenerhöhungen weiterhin Berücksichtigung finden, müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt unseres Schreibens zur Beendigung unserer Leistungspflicht in Textform beantragen, dass Ihre wieder auflebende Beitragszahlungspflicht auch hierfür gelten soll.

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

1.1.16 Wir beraten und unterstützen Sie während der Vertragslaufzeit. Gerne stehen wir Ihnen auch telefonisch zur Verfügung, wenn Sie Fragen z. B. zum Versicherungsumfang, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung haben. Ebenso erhalten Sie Auskünfte zu erforderlichen Unterlagen, Nachweisen oder zur Beschreibung der beruflichen Tätigkeit und entsprechende Formulare.

Medizinische und berufliche Rehabilitations- und Integrationsberatung

Folgender Absatz gilt nicht, wenn die Versicherung die Rückdeckungsversicherung für eine Unterstützungskasse ist:

1.1.17 Wir bieten der versicherten Person bei Eintritt von Berufsunfähigkeit im Sinne der Absätze 1.2.1 ff. kostenlos eine Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch von uns beauftragte anerkannte Spezialisten an. Von uns als sinnvoll bestätigte Maßnahmen werden von unseren Spezialisten eingeleitet und begleitet. Maßnahmen sind sinnvoll, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass die Aufnahme einer Berufstätigkeit dadurch erfolgen kann.

Wir übernehmen während der Versicherungsdauer die Kosten für eine vollständig durchgeführte Maßnahme. Die Kosten übernehmen wir jedoch maximal bis zum sechsfachen der vereinbarten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente, höchstens 12.000,- Euro. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet diese Hilfe anzunehmen.

Leistung bei Einstellung von Krankentagegeld bzw. Krankengeld (Überbrückungshilfe)

Folgender Absatz gilt nicht, wenn die Versicherung die Rückdeckungsversicherung für eine Unterstützungskasse ist:

1.1.18 Wir erbringen Leistungen in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente und gewähren Beitragsbefreiung als Überbrückungshilfe, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer einen Anspruch auf Zahlung von

- Krankentagegeld gegen einen privaten Krankenversicherer erworben hat und diese Zahlung eingestellt wird, weil aus medizinischen Gründen eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen für die Krankentagegeldversicherung vorliegt, oder
- Krankengeld gegen einen gesetzlichen Krankenversicherer erworben hat und diese Zahlung eingestellt wird, weil die versicherte Person eine Rente wegen voller Erwerbsminderung von der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht. Zudem muss die versicherte Person in gesunden Tagen mindestens sechs Stunden am Tag gearbeitet haben.

Die Überbrückungshilfe ist in Textform zu beantragen. Sie kann nur dann beantragt werden, wenn zeitgleich Leistungen infolge Berufsunfähigkeit beantragt werden. Als Nachweis für die Überbrückungshilfe genügt die Übermittlung der Mitteilung des Krankenversicherers über die Leistungseinstellung.

Die Überbrückungshilfe kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden.

Wenn Ausschlüsse zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes vertraglich vereinbart sind, dann gelten diese Ausschlüsse auch für Leistungen bei Überbrückungshilfe.

Der Anspruch auf Überbrückungshilfe entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Krankentagegeldzahlungen des privaten Krankenversicherers bzw. die Krankengeldzahlungen des gesetzlichen Versicherers entfallen. Geht uns diese Entscheidung erst nach der Leistungseinstellung zu, so

entsteht der Anspruch auf Überbrückungshilfe erst mit Beginn des Monats des Zugangs, sofern zu diesem Zeitpunkt noch Versicherungsschutz besteht. Dies gilt nicht, wenn die verspätete Meldung ohne schuldhaftes Versäumen der versicherten Person erfolgt ist.

Der Anspruch auf Überbrückungshilfe besteht bis zu dem Ablauf des Monats unserer Leistungsentscheidung, maximal jedoch für sechs Monate. Der Anspruch auf Überbrückungshilfe endet ferner, wenn die versicherte Person stirbt oder die Leistungsdauer der Versicherung endet.

Ein Anspruch auf Überbrückungshilfe besteht nicht, wenn wir für den Zeitraum der Überbrückungshilfe Leistungen infolge Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder speziellen Beeinträchtigungen erbringen oder erbracht haben.

Bei einer rückwirkenden Anerkennung von Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder speziellen Beeinträchtigungen rechnen wir erbrachte Überbrückungshilfe auf diese Leistungen an. Ergibt unsere Prüfung, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, müssen als Überbrückungshilfe erbrachte Leistungen nicht zurückgezahlt werden.

Die Zahlung einer Überbrückungshilfe ist nicht mit einer Leistungsanerkennung der Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder speziellen Beeinträchtigungen gleichzusetzen. Wenn wir eine Überbrückungshilfe zahlen, können wir auch bezogen auf die Überbrückungshilfe unsere Rechte aufgrund einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht geltend machen (siehe Abschnitt "Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?").

1.2 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?

1.2.1 Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihren vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung zuletzt ausgeübten Beruf (für Heilberufe: Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut), so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistungen.

1.2.2 Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1.2.1 liegt auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit wegen Infektionsgefahr ganz oder teilweise fortzuführen (Tätigkeitsverbot nach § 31 Infektionsschutzgesetz (IfSG)) und sich dieses Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt. Zum Nachweis des Vorliegens eines Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

Liegt ein solches Tätigkeitsverbot nicht vor, wird die Ansteckungsgefahr nach objektiven Kriterien und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft beurteilt. Im Zweifel wird dazu ein entsprechendes Gutachten eingeholt.

1.2.3 Übt die versicherte Person jedoch eine andere, ihrer Ausbildung oder Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit (für Heilberufe: Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut) konkret aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Als entsprechend wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich abweichenden Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei in der Regel eine Einkommensminderung von 20 % oder mehr gegenüber dem jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, wobei die individuellen Gegebenheiten sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung zu berücksichtigen sind. Im begründeten Einzelfall kann auch eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar sein. Auf eine abstrakte Verweisung wird verzichtet.

Für Heilberufe gilt zusätzlich:

Hat die versicherte Person innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit auf Weisung des Arbeitgebers eine andere Tätigkeit ausgeübt, so wird auf Wunsch der versicherten Person die vorherige Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit berücksichtigt. Auf eine abstrakte Verweisung wird verzichtet.

1.2.4 Bei einer selbstständig oder freiberuflich tätigen versicherten Person setzt Berufsunfähigkeit zusätzlich voraus, dass sie außerstande ist, durch zumutbare Umorganisation ihres Arbeitsplatzes oder ihres Tätigkeitsbereichs sowie durch Zuweisung betrieblich anfallender Arbeitsabläufe an Mitarbeiter, sich ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das mindestens 50%ige Berufsunfähigkeit ausschließt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann, nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert. Die Stellung als Betriebsinhaber muss erhalten bleiben.

Wir verzichten bei Betrieben auf die Prüfung einer Umorganisation, wenn

- der Betrieb weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Als Mitarbeiter in diesem Sinne zählen ausschließlich aus- oder angeleitete Angestellte. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt, oder
- die selbstständig oder freiberuflich tätige versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in ihrer täglichen Arbeitszeit zu mindestens 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten in dem Betrieb ausübt.

Für Heilberufe gilt:

Bei einer als niedergelassener oder freiberuflicher Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut tätigen versicherten Person setzt Berufsunfähigkeit zusätzlich voraus, dass sie außerstande ist, durch zumutbare Umorganisation ihres Arbeitsplatzes oder ihres Tätigkeitsbereichs sowie durch Zuweisung betrieblich anfallender Arbeitsabläufe an Mitarbeiter, sich ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das mindestens 50%ige Berufsunfähigkeit ausschließt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann, nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert. Die Stellung als Praxis- oder Apothekeninhaber muss erhalten bleiben.

Wir verzichten bei Betrieben auf die Prüfung einer Umorganisation, wenn

- der Betrieb weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Als Mitarbeiter in diesem Sinne zählen ausschließlich Angehörige eines akademischen Heilberufes im Angestelltenverhältnis, oder
- die selbstständig oder freiberuflich tätige versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in ihrer täglichen Arbeitszeit zu mindestens 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten in dem Betrieb ausübt.

1.2.5 Wird die versicherte Person nach Ausscheiden aus dem Berufsleben berufsunfähig und werden dann Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, kommt es bei der Anwendung der Absätze 1.2.1 und 1.2.4 darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben entspricht. Ausscheiden aus dem Berufsleben liegt nicht vor, wenn es sich nur um eine vorübergehende Unterbrechung der Berufsausübung von bis zu fünf Jahren handelt (z. B. wegen Mutterschutz, gesetzlicher Elternzeit, Arbeitslosigkeit). In diesen Fällen ist bei der Prüfung der Leistungsansprüche im Sinne der Absätze 1.2.1 und

1.2.4 der vor der Unterbrechung ausgeübte Beruf und die damit verbundene Lebensstellung maßgeblich.

Für Heilberufe gilt abweichend:

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Leistungsbeeinträchtigung aus dem Beruf als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausgeschieden, so ist Maßstab für die Leistungsprüfung die zuletzt als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausgeübte Tätigkeit und ihre Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens. Absatz 1.2.4 gilt entsprechend. Ein Ausscheiden aus dem Berufsleben liegt nicht vor, wenn es sich nur um eine vorübergehende Unterbrechung der Berufsausübung von bis zu fünf Jahren handelt (z.B. wegen Mutterschutz, gesetzlicher Elternzeit, Arbeitslosigkeit). In diesen Fällen ist bei der Prüfung der Leistungsansprüche im Sinne der Absätze 1.2.1 bis 1.2.4 die vor der Unterbrechung ausgeübte berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut und die damit verbundene Lebensstellung maßgeblich.

Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor?

1.2.6 Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie zumindest bei einer der unten genannten Verrichtungen (Pflegepunkte) - auch bei Einsatz technischer oder medizinischer Hilfsmittel - täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen. Der Abschnitt "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn eine Prognose nicht möglich ist?" gilt entsprechend.

1.2.7 Bewertungsmaßstab für die Feststellung der Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit sind Art und Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Für die Bewertung sind folgende Verrichtungen (Pflegepunkte) maßgebend:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- Fortbewegen im Zimmer
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.
- An- und Auskleiden
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Bekleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.
- Verrichten der Notdurft
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
 - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

Pflegebedürftigkeit liegt ferner vor, wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in

hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung.

Vorübergehende Verbesserungen führen nur dann zu einer veränderten Beurteilung, wenn sie länger als drei Monate andauern.

Wann liegt Berufsunfähigkeit infolge mittelschweren oder schweren Demenz vor?

1.2.8 Berufsunfähigkeit infolge Demenz liegt vor, bei mittelschweren oder schweren Hirnleistungsstörungen (Definition siehe unten), die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden, wenn als deren Folge die versicherte Person voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich selbst oder andere sonst erheblich gefährden würde.

Eine mittelschwere oder schwere Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken.

Die Diagnose einer mittelschweren oder schweren Demenz ist durch einen Facharzt (Neurologie) auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 5 "Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen", ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5, Global Deterioration Scale - GDS, Einteilung der Demenz in sieben Grade, Stand 08/2014) nach Reisberg vorliegen. Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden. Leichte oder mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere oder schwere Demenz im oben genannten Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

Wann liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn eine Prognose nicht möglich ist?

1.2.9 Kann nicht festgestellt werden, dass ein Zustand gemäß den vorstehenden Absätzen voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen andauern wird, gilt es als Berufsunfähigkeit von Beginn an, wenn der entsprechend beeinträchtigende Zustand tatsächlich länger als sechs Monate andauert hat.

Leistungen bei speziellen Beeinträchtigungen

Die folgenden beiden Absätze gelten nicht, wenn die Versicherung die Rückdeckungsversicherung für eine Unterstützungskasse ist.

1.2.10 Ist die versicherte Person weder berufsunfähig noch berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit oder Demenz, tritt bei ihr während der Versicherungsdauer aber eine spezielle Beeinträchtigung im Sinne des nachfolgenden Absatzes ein, erbringen wir folgende Leistungen - längstens für 24 Monate:

- Wir zahlen die versicherte Berufsunfähigkeitsrente,
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung wegen einer speziellen Beeinträchtigung entsteht mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem die spezielle Beeinträchtigung (siehe nachfolgender Absatz) eingetreten ist.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung wegen einer speziellen Beeinträchtigung endet in folgenden Fällen mit Ablauf des jeweiligen Versicherungsmonats:

- Die 24-monatige Leistungsdauer läuft ab.
- Die spezielle Beeinträchtigung im Sinne des nachfolgenden Absatzes liegt nicht mehr vor oder die versicherte Person wird berufsunfähig bzw. berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit oder De-

menz. War unsere Leistungspflicht wegen spezieller Beeinträchtigung anerkannt oder gerichtlich festgestellt, gilt für eine Anspruchsbeendigung vor Ablauf der 24-monatigen Leistungsdauer der Abschnitt "Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?" entsprechend, insbesondere in Bezug auf die formalen Voraussetzungen und Fristen der Leistungseinstellung.

- Die versicherte Person stirbt.
- Die Versicherungsdauer läuft ab.

Leistungen wegen einer speziellen Beeinträchtigung können nur einmalig in Anspruch genommen werden. Mit der Anspruchsbeendigung erlischt die Leistungspflicht insofern insgesamt und endgültig. Dies gilt auch dann, wenn die 24-monatige Leistungsdauer bis zur Beendigung noch nicht voll ausgeschöpft war.

1.2.11 Eine spezielle Beeinträchtigung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund einer ärztlich nachgewiesenen Gesundheitsstörung

- voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen bei der Fortbewegung ständig auf einen Rollstuhl angewiesen oder dies bereits sechs Monate ununterbrochen gewesen ist; in diesem Fall liegt eine spezielle Beeinträchtigung bereits von Beginn der Sechsmonats-Frist an vor.
- die Hörfähigkeit beider Ohren vollständig verloren hat und der Hörverlust und dessen Ausmaß nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Hörgerät) gebessert werden kann (der Hörverlust für gesprochene Wörter (500 Hz - 3 kHz) muss auf beiden Ohren jeweils mindestens 80 Dezibel betragen);
- die Sehfähigkeit beider Augen vollständig verloren hat und der Sehverlust und dessen Ausmaß nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Brille/Kontaktlinsen) gebessert werden kann (Alternative 1: Das Restsehvermögen (Restsehschärfe/Visus) beträgt insgesamt nicht mehr als 0,05 oder 3/60; Alternative 2: Das Gesichtsfeld für die Schwarz-Weiß-Wahrnehmung ist auf weniger als 15 Grad Abstand vom Zentrum in alle Richtungen eingeschränkt).

Wenn Ausschlüsse zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes vertraglich vereinbart sind, dann gelten diese Ausschlüsse auch für Leistungen bei speziellen Beeinträchtigungen.

Ergänzende Bestimmungen zum Abschnitt "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?" für freiwillig Wehrdienst Leistende, Leistende des Bundesfreiwilligendienstes, Auszubildende und Studenten

1.2.12 Bei Personen, die den Freiwilligen Wehrdienst (FWD) oder den Bundesfreiwilligendienst (BFD) ableisten, liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, seine vorherige Tätigkeit auszuüben und, wenn die versicherte Person noch keiner Tätigkeit nachgegangen ist, eine Berufsausbildung oder ein Studium aufzunehmen.

1.2.13 Bei Auszubildenden liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, die begonnene Berufsausbildung fortzusetzen. Beginnt die versicherte Person eine neue Berufsausbildung und erreicht mit dieser einen vergleichbaren Ausbildungsstand wie mit der vorhergehenden Berufsausbildung, liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor. Ergreift die versicherte Person ohne erneute Berufsausbildung einen Beruf und erreicht eine dem ursprünglich erzielten Ausbildungsstand vergleichbare Lebensstellung, liegt ebenfalls keine Berufsunfähigkeit mehr vor. Hat die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit mindestens die Hälfte der vorge-

sehenen Ausbildungszeit absolviert, wird auf die Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung abgestellt, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss einer solchen Berufsausbildung verbunden ist.

1.2.14 Bei Studenten liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, ihr zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübtes Studium fortzusetzen. Als Studium gilt ein Vollzeitstudium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule oder Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung. Der angestrebte akademische Studienabschluss muss in Deutschland anerkannt sein.

Wir verzichten auf die Möglichkeit der Verweisung auf ein anderes Studium oder die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit (Verzicht auf abstrakte Verweisung). Absolviert die versicherte Person jedoch ein anderes Studium oder übt sie eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit konkret aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor (konkrete Verweisung).

Beginnt die versicherte Person ein neues Studium und erreicht sie mit diesem einen vergleichbaren Studienstand wie mit dem vorhergehenden Studium, liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor.

Ist mindestens die Hälfte der Regelstudienzeit nach Studienordnung absolviert und ist die Regelstudienzeit um nicht mehr als fünf Semester überschritten, wird im Rahmen der konkreten Verweisung (vgl. Absatz 1.2.3) auf die Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung abgestellt, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums bei Eintritt der Berufsunfähigkeit verbunden ist. Ist das Studium nicht derart fortgeschritten, wird zur Prüfung der konkreten Verweisung die Lebensstellung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit zugrunde gelegt.

1.3 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird und welche Mitwirkungspflichten bestehen?

Nachweise und Pflichten im Leistungsfall

1.3.1 Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung und ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person verlangen.

1.3.2 Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Dabei sind uns von der Anspruch stellenden Person unverzüglich insbesondere folgende Unterlagen einzureichen:

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles;

b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit, bzw. der Pflegebedürftigkeit oder der Demenz;

c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, ihre Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;

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

e) bei Berufsunfähigkeit infolge Demenz eine Demenzeinstufung aufgrund der Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, ausgestellt durch eine Pflegeeinrichtung oder von einem Arzt, sowie ein Testat des behandelnden Arztes;

f) bei Berufsunfähigkeit nach Absatz 1.2.2 zusätzlich die Verfügung der zuständigen Behörde im Original oder amtlich beglaubigt;

g) eine Aufstellung

- der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird,
- der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder vergleichbarer Leistungsbegründender Umstände geltend machen könnte,
- über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat die Anspruch stellende Person zu tragen.

1.3.3 Auf unsere Kosten können wir außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere auch zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen durch Angehörige von nichtärztlichen Heilberufen und über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person (z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen) sowie ihre jeweiligen Veränderungen.

Folgender Absatz gilt nicht, wenn die Versicherung die Rückdeckungsversicherung für eine Unterstützungskasse ist:

Wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält, können wir verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die allgemein üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class sowie die Unterbringung in einem 4-Sterne Hotel. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen. Sofern sich die versicherte Person in Deutschland aufhält, übernehmen wir ebenfalls die angefallenen Untersuchungskosten sowie die allgemein üblichen Reise- und Aufenthaltskosten.

Die versicherte Person hat Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, bei denen sie in den letzten zehn Jahren vor Antragsstellung untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt hat, zu ermächtigen, uns auf Verlangen sachdienliche Auskunft zu erteilen. Alternativ hat die versicherte Person uns diese erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen.

Weiterhin hat die versicherte Person ihre bisherigen Arbeitgeber zu ermächtigen, uns auf Verlangen sachdienliche Auskunft über die finanziellen Gegebenheiten und über die Ausgestaltung der konkreten Tätigkeit zu erteilen. Alternativ hat die versicherte Person uns diese erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen.

Ist die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit selbstständig tätig, so sind uns auf Verlangen alle erforderlichen Auskünfte und Nachweise zur Verfügung zu stellen, die für die Prüfung benötigt werden, ob der Betrieb der versicherten Person, in dem sie selbstständig tätig ist, so umorganisiert werden kann, dass die Fortdauer der selbstständigen Tätigkeit möglich ist.

1.3.4 Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende und behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht

durchführen, steht dies einer Anerkennung der Berufsunfähigkeit grundsätzlich nicht entgegen. Die versicherte Person ist jedoch im Rahmen der allgemeinen Schadenminderungspflichten angehalten, zumutbaren Anweisungen ihrer Ärzte zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten.

Zumutbar sind Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem sichere Aussicht auf Besserung des Gesamtzustandes bieten. Dabei handelt es sich um Maßnahmen wie die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

Klarstellung zu Abschnitt "Leistungen bei speziellen Beeinträchtigungen": Der Tatbestand der speziellen Beeinträchtigung setzt voraus, dass keine Möglichkeit besteht, den vollständigen Hörverlust bzw. die vollständige Erblindung durch ein zumutbares Hilfsmittel (Hörgerät, Brille, Kontaktlinsen etc.) zu bessern. D. h., es liegt bereits kein Versicherungsfall vor, wenn eine (hypothetische) Verwendung des Hilfsmittels dazu führte, dass der Hörverlust bzw. die Erblindung nicht mehr vollständig im Sinne des Absatz 1.2.11 wäre.

Pflichten bei laufender Rentenzahlung

1.3.5 Bei laufenden Rentenzahlungen haben wir das Recht, in einem den Umständen nach angemessenen Zeitabstand ein amtliches Zeugnis darüber zu verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

Pflichten im Todesfall

1.3.6 Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich mitzuteilen.

1.3.7 Für die Erbringung einer Leistung im Todesfall ist eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende, Sterbeurkunde vorzulegen.

Leistungszahlung in ein Land außerhalb der EU

1.3.8 Wenn Sie bei Abschluss des Versicherungsvertrages Ihren im Versicherungsvertrag genannten Wohnsitz innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes hatten und die Zahlung von Versicherungsleistungen in einen Staat außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes wünschen, erfolgt die Überweisung der Versicherungsleistung auf Kosten und Gefahr des Empfangsberechtigten.

Zu Unrecht empfangene Leistungen

1.3.9 Zu Unrecht empfangene Leistungen sind unverzüglich an uns zurückzuzahlen.

1.4 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflichten?

1.4.1 Bis zur Erfüllung der Mitwirkungspflichten der Abschnitte "Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?" und "Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird und welche Mitwirkungspflichten bestehen?" können wir Versicherungsleistungen zurückbehalten. Dies gilt auch, wenn wir aufgrund Widerrufs oder Einschränkung der erteilten Schweigepflichtentbindung und/oder Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung gehindert sind, unsere Leistungspflicht zu prüfen.

1.4.2 Nach Erfüllung der Mitwirkungspflichten sind wir grundsätzlich nur für die Zeiträume zur Leistung verpflichtet, für die uns das Vorliegen des Versicherungsfalles nachgewiesen ist.

1.4.3 Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten arglistig nicht erfüllt wurden, sind wir leistungsfrei.

1.4.4 Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten vorsätzlich nicht erfüllt wurden, sind wir leistungsfrei. Unsere Leistungspflicht bleibt aber insoweit bestehen, als die Verletzung für die Feststellung weder des Ver-

sicherungsfalles, noch des Umfanges der Leistungspflicht ursächlich war.

1.4.5 Für Zeiträume, für die die Mitwirkungspflichten grob fahrlässig nicht erfüllt wurden, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dass die Fahrlässigkeit nicht grob war, muss der Versicherungsnehmer nachweisen. Der zweite Satz des vorstehenden Absatzes gilt entsprechend.

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

1.5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

1.5.1 Nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterlagen erklären wir innerhalb von höchstens einer Woche in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Solange entscheidungserhebliche Unterlagen fehlen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

1.5.2 Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus. Wir können aber in begründeten Einzelfällen, in denen einem endgültigen Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen, einmalig ein auf maximal zwölf Monate zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Anschließend wird die Berufsunfähigkeit erneut beurteilt.

1.6 Müssen Sie bis zur Leistungsentscheidung Beiträge erbringen?

1.6.1 Wenn Sie eine Leistung beantragt haben, müssen Sie bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückerzahlen.

1.6.2 Sie können verlangen, dass wir die Beiträge für mögliche Zeiten unserer Leistungspflicht stunden und hierfür keine Stundungszinsen erheben. Die während der Leistungsprüfung gestundeten Beiträge sind unverzüglich nachzuzahlen, wenn die Leistungsablehnung ausgesprochen oder eine ggf. binnen drei Monaten eingeleitete gerichtliche Auseinandersetzung mit der Bestätigung der Leistungsablehnung beendet wird. Sie können verlangen, dass die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung oder durch Verrechnung mit den Gewinnanteilen der Hauptversicherung, soweit vorhanden, getilgt werden. Sollte die Tilgung auf diesem Wege nicht möglich sein, teilen wir Ihnen das unverzüglich mit. Außerdem können Sie die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 48 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen erheben wir in diesem Fall nicht.

1.7 Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?

Nachprüfung

1.7.1 Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen des Versicherungsfalles gemäß dem Abschnitt "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?" sowie das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen.

Zu den sachdienlichen Auskünften zählen insbesondere Erklärungen zu:

- Beginn, Ursache, Art, Verlauf der Krankheit, Störungen des Heilungsprozesses,

- medizinischen Behandlungen und gesundheitsrelevanten Lebensumständen,
- der beruflichen Tätigkeit und den wirtschaftlichen und steuerlichen Verhältnissen der versicherten Person sowohl vor dem Eintritt des Versicherungsfalles als auch deren Veränderungen bis zur aktuellen Nachprüfung.

Die Bestimmungen des Abschnittes "Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird und welche Mitwirkungspflichten bestehen?" gelten entsprechend.

1.7.2 Wir können erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit im Sinne von Abschnitt "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?" konkret ausübt, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. durch Umschulung bzw. Fort- oder Weiterbildung) zu berücksichtigen sind.

Wiedereingliederungs- und Umorganisationshilfe

1.7.3 Im Einzelfall können Sie eine Wiedereingliederungs- bzw. eine Umorganisationshilfe beantragen,

- wenn durch Aneignung neuer Kenntnisse und Fähigkeiten eine neue berufliche Tätigkeit konkret ausgeübt werden kann und
- diese auch der Lebensstellung im Sinne von Abschnitt "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?" vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.

Eine Umorganisationshilfe für eine selbständige oder freiberuflich tätige, versicherte Person erbringen wir im Einzelfall:

- wenn die Umorganisation im Sinne des Abschnittes "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?" betrieblich sinnvoll ist, d. h. sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden kann und
- wenn die Lebensstellung (Stellung als Betriebsinhaber) der vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht, d. h. nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert.

Grundvoraussetzung für die Zahlung von Wiedereingliederungs- oder Umorganisationshilfe ist außerdem, dass eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert ist, aus der noch mindestens zwölf Monate Leistungen fließen.

Ein Anspruch auf Wiedereingliederungs- oder Umorganisationshilfe besteht jedoch nicht.

Mitteilungspflicht bei Änderungen

1.7.4 Sofern Sie Leistungen aus diesem Vertrag erhalten oder beantragt haben, müssen Sie uns die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit unverzüglich mitteilen.

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Berufsunfähigkeit

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

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Pflegebedürftigkeit

1.7.6 Ist die Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit weggefallen, gilt der vorstehende Absatz entsprechend.

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Demenz

1.7.7 Ist die Berufsunfähigkeit infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz weggefallen oder hat sich der Umfang der Demenz auf einen Schweregrad von weniger als fünf nach Reisberg (GDS 5) reduziert, gilt Abschnitt "Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?", Absatz "Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Berufsunfähigkeit" entsprechend.

Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung einer speziellen Beeinträchtigung

1.7.8 Ist eine spezielle Beeinträchtigung weggefallen oder hat sich der Umfang einer speziellen Beeinträchtigung so reduziert, dass die Voraussetzungen des Absatzes 1.2.11 nicht mehr vorliegen, gilt Abschnitt "Was gilt für das Nachprüfungsverfahren und welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person?", Absatz "Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Berufsunfähigkeit" entsprechend.

1.8 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?

Überschüsse können sich aus unterschiedlichen Quellen ergeben; sie werden - wie nachfolgend beschrieben - ermittelt und verteilt.

Überschussquellen

1.8.1 Überschüsse können entstehen, wenn der Verlauf des versicherten Risikos günstiger ist (Risikoüberschuss) und/oder die Kosten niedriger ausfallen (Kostenüberschuss), als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen beteiligen wir die Versicherungsnehmer angemessen in der jeweils aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Höhe.

Überschussermittlung

1.8.2 Überschüsse aus Kapitalanlageerträgen werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Ermittlung der Risiko- und Kostenüberschüsse erfolgt auf der Grundlage des Jahresabschlusses unter Vergleich des tatsächlichen mit dem erwarteten Risiko- und Kostenverlauf aller bei uns bestehenden Versicherungen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen. Die Höhe der Überschussanteile wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

1.8.3 Die Höhe der sich zum Ende eines jeden Geschäftsjahres ergebenden Bewertungsreserven wird im Lagebericht unseres Geschäftsberichtes ausgewiesen.

Überschussverteilung

1.8.4 Die Erträge unserer Kapitalanlagen verwenden wir zunächst zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. An den Kosten- und Risikoüberschüssen beteiligen wir die Verträge der Versicherungsnehmer in der jeweils aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Höhe. Soweit die Überschüsse nicht unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben werden (Direktgutschrift), führen wir sie der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zu. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes sowie zur Verlustabdeckung und zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen (§ 140 Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG). Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

1.8.5 Eine Beteiligung an Überschüssen kann in Form einer laufenden Beteiligung und/oder einer einmaligen Ausschüttung bei Fälligkeit der Versicherungsleistung erfolgen.

1.8.6 Eine Beteiligung der einzelnen Versicherungsnehmer an den Bewertungsreserven erfolgt gemäß § 153 Absatz 3 Versicherungervertragsgesetz (VVG) verursachungsorientiert.

Bei der Berechnung der dem einzelnen Vertrag zustehenden verteilungsfähigen Bewertungsreserve werden die Laufzeit und die Höhe des zins erzeugenden Kapitals berücksichtigt. Die Ihrem Vertrag zuzuordnenden vorhandenen Bewertungsreserven werden monatlich neu ermittelt und unterliegen Schwankungen. Bei Beendigung der Versicherung (durch Ablauf, Tod oder Kündigung) teilen wir den für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelten Betrag Ihrer Versicherung zur Hälfte zu.

Überschusshöhe

1.8.7 Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden und kann gegebenenfalls auch ganz entfallen. Sie hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind - allein schon wegen der langen Vertragslaufzeit - nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Bei der Ermittlung, Feststellung und Verteilung der Überschüsse auf die einzelnen Versicherungen steht uns im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ein Ermessensspielraum zu.

Bestandsgruppen

1.8.8 Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zur Bildung von Überschüssen bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bei deren Bildung berücksichtigen wir derzeit beispielsweise

- das versicherte Risiko (z. B. Tod, Langlebigkeit, Berufsunfähigkeit),
- die Art der Kapitalanlage (z. B. konventionell, fondsgebunden).

Die Verteilung der Überschüsse auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu ihrer Entstehung beigetragen haben. Des Weiteren berücksichtigen wir insbesondere

- die Grundlagen der Beitragskalkulation (z. B. Rechnungszins, Sterbetafel),
- die Art des Versicherungsvertrages (z. B. laufende Beitragszahlung, Einmalbeitrag),
- die Kapitalmarktverhältnisse.

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, der Ihr Vertrag zugeordnet ist. Das ist im Einzelgeschäft die Bestandsgruppe 114, im Kollektivgeschäft die Bestandsgruppe 125.

Überschussbeteiligung vor Eintritt des Versicherungsfalles

1.8.9 Die Überschussbeteiligung vor Eintritt des Versicherungsfalles kann sich zusammensetzen aus:

- dem jährlichen Zinsüberschussanteil in Prozent des Deckungskapitals,
- dem jährlichen Kostenüberschussanteil in Prozent des Bruttobeitrages, und
- dem jährlichen Risikoüberschussanteil in Prozent des Risikobeitrages.

1.8.10 Bis zur Zuteilung von Überschüssen bestehen bei den Überschussystemen Leistungsfallbonus und Beitragsverrechnung keine Wartezeiten.

Überschussbeteiligung nach Eintritt des Versicherungsfalles

1.8.11 Die Überschussbeteiligung nach Eintritt des Versicherungsfalles kann aus dem jährlichen Zinsüberschussanteil in Prozent des Deckungskapitals bestehen.

1.8.12 Überschüsse nach Eintritt des Versicherungsfalles können jährlich zugeteilt werden. Die Zuteilung erfolgt erstmals nach Ablauf eines Jahres seit Versicherungsbeginn. Dies gilt aber nur

dann, wenn seit Leistungsanerkennung zu diesem Zeitpunkt sechs Monate vergangen sind. Ansonsten erfolgt die Zuteilung ein Jahr später.

Überschussysteme

1.8.13 Folgende Überschussysteme können - abhängig von dem mit Ihnen vereinbarten Tarif - gewählt werden:

Vor Eintritt des Versicherungsfalles:

- Leistungsfallbonus: Die im Leistungsfall fällige Rente wird um einen bestimmten Prozentsatz erhöht und zusammen mit dieser ausbezahlt. Solange der Leistungsfall noch nicht eingetreten ist, wird der für den Leistungsfallbonus maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) jährlich neu festgesetzt, er kann ggf. auch Null betragen. Bei Beginn der Rentenzahlung wird der aktuelle Prozentsatz verbindlich festgelegt, damit ist die Höhe der Rente aus dem Leistungsfallbonus für die weitere Dauer der Berufsunfähigkeit garantiert.
- Beitragsverrechnung: Die Überschussanteile werden mit dem Tarifbeitrag der Versicherung verrechnet, so dass sich ein geringerer zu zahlender Beitrag ergibt.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles:

- Dynamische Gewinnrente: Die Rente kann sich um einen jährlich neu festgelegten Prozentsatz erhöhen. Dies ist nicht garantiert und hängt von der Überschussentwicklung ab.

Welches Überschussystem Sie gewählt haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

1.8.14 Haben Sie das Überschussystem "Leistungsfallbonus" gewählt und der Leistungsfall ist noch nicht eingetreten, gilt folgendes:

Sollte der für den Leistungsfall maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) künftig herabgesetzt werden, sind Sie berechtigt, innerhalb von drei Monaten, nachdem wir Sie über die Herabsetzung informiert haben, zum Herabsetzungstermin die versicherte Rente gegen einen zusätzlichen Beitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung so zu erhöhen, dass der bisherige Versicherungsschutz einschließlich der Rente aus dem Leistungsfallbonus wieder erreicht wird.

1.9 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

1.9.1 Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag geschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Der Versicherungsschutz entfällt bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (siehe Abschnitt "Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?" und "Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?").

1.9.2 Ist mit Ihnen ein vorläufiger Versicherungsschutz vereinbart, wird dieser durch die Regelungen im vorstehenden Absatz nicht berührt.

1.9.3 Der Versicherungsschutz beginnt stets um 12.00 Uhr mittags.

1.10 Wer erhält die Versicherungsleistungen?

An wen leisten wir?

1.10.1 Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, der die Leistungen zustehen sollen (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Der Widerruf ist wirksam, wenn er uns vor Eintritt des Versicherungsfalles zugegangen ist.

Unwiderrufliches Bezugsrecht

1.10.2 Sie können ausdrücklich bestimmen, dass die bezugsberechtigter Person die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. Sobald wir eine solche Erklärung von

Ihnen erhalten haben, kann dieses unwiderrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung der Person aufgehoben oder eingeschränkt werden, der Sie es eingeräumt haben.

Abtretung / Verpfändung

1.10.3 Soweit dies unter Berücksichtigung der Pfändungsschutzvorschriften zulässig ist, können Sie Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag abtreten oder verpfänden. Unsere Bestätigung, dass wir die Abtretung oder Verpfändung berücksichtigen werden, ist gebührenpflichtig. Die gegenwärtige Höhe dieser Gebühr können Sie der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen" entnehmen.

1.10.4 Alle in den vorstehenden Absätzen genannten Verfügungen sind wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. In den Fällen, in denen die Rechtswirksamkeit Ihrer Verfügung von der Einverständniserklärung oder von sonstigen Rechtshandlungen eines Dritten abhängt (beispielsweise, weil Sie vorher schon ein unwiderrufliches Bezugsrecht eingeräumt oder die Versicherung abgetreten haben), gilt das auch für die Erklärungen bzw. Rechtshandlungen des Dritten.

1.11 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1.11.1 Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Versicherungsfall gekommen ist.

1.11.2 Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:

a) Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
Dagegen besteht Versicherungsschutz, wenn

- der Versicherungsfall in unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- die versicherte Person als Angehöriger der Deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich beauftragter Organisationen an deren rein humanitären Hilfeleistungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland teilnimmt und während oder infolge derartiger Einsätze der Versicherungsfall eintritt;

b) Durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat oder eines Vergehens durch die versicherte Person. Bei Verkehrsdelikten und fahrlässigen Verstößen leisten wir trotzdem;

c) Durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall, einer speziellen Beeinträchtigung, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung; hingegen besteht Versicherungsschutz, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freien Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;

d) Durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich den Versicherungsfall bei der versicherten Person herbeigeführt haben;

e) Durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;

f) Unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen ge-

eignet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Die Einschränkung unserer Leistungspflichten nach e) und f) besteht nur dann, wenn es sich um Großschadensereignisse handelt, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen gefährden. Die Gefährdung muss dabei zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führen, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies ist der Fall, wenn mehr als 1 % des Versichertenbestandes davon betroffen ist. Das Vorliegen der Voraussetzungen muss von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt werden. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf der Prüfung fällig.

Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu erbringen.

1.11.3 Bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder bei arglistiger Täuschung kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen entfallen. Die Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zu den Rechtsfolgen von deren Verletzung finden Sie im Abschnitt "Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?".

1.12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

1.12.1 Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.

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

Rücktritt

1.12.2 Haben Sie oder die versicherte Person Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben (vgl. vorstehenden Absatz), nicht oder nicht richtig angegeben, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir - unabhängig vom Bestehen eines Ursachenzusammenhangs - zur Leistung nicht verpflichtet.

Wird der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben, erlischt der Vertrag ohne dass eine Leistung fällig wird. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

1.12.3 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

1.12.4 Kündigen wir die Versicherung, besteht kein Versicherungsschutz. Auch die Rückzahlung der geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Rückwirkende Vertragsanpassung

1.12.5 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden diese anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden diese anderen Bedingungen ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung von Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung

1.12.6 Die in den vorstehenden Absätzen genannten Rechte stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen diese Rechte innerhalb eines Monats ausüben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

Wir können uns auf diese Rechte allerdings nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bei Vertragsschluss kannten.

Diese Rechte können wir innerhalb von fünf Jahren und, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben, innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Fristen eingetreten sind, können wir unsere Rechte ohne diese zeitliche Beschränkung ausüben. Die Ausübung dieser Rechte erfolgt durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

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

Anfechtung

1.12.8 Falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist, können wir den Vertrag wegen arglistiger Täuschung auch anfechten. Handelt es sich um Angaben der (mit-)versicherten Person(en), können wir die Anfechtung Ihnen gegenüber erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

Mit Zugang unserer Anfechtungserklärung ist der Versicherungsvertrag von Anfang an nichtig. Dies hat zur Folge, dass zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz bestand. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Ausübung der Anfechtung

1.12.9 Die Anfechtung müssen wir innerhalb eines Jahres ab Kenntnis der arglistigen Täuschung schriftlich ausüben. Die Anfechtung können wir nur innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss erklären.

Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

1.12.10 Die vorvertragliche Anzeigepflicht und die aus der Verletzung dieser Pflicht resultierenden Rechte nach den vorstehenden Absätzen gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die in den vorstehenden Absätzen genannten Fristen gelten mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils.

2 Beiträge

2.1 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?

Ihre Beiträge dienen der Abdeckung des von uns versicherten Risikos (Risikobeitrag). Darüber hinaus decken sie Abschluss- und Verwaltungskosten.

Näheres zu den Kosten entnehmen Sie bitte dem Abschnitt "Welche Kosten und Gebühren fallen an und wie werden sie ausgeglichen?".

2.2 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

2.2.1 Ihre Versicherungsbeiträge sind je nach Vereinbarung in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag) oder durch jährliche, halbjährliche, vierteljährliche oder monatliche Beitragszahlungen (laufende Beitragszahlung) zu entrichten.

Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Bei laufender Beitragszahlung ist ein Wechsel der Beitragszahlungsweise mit einer Frist von einem Monat zum Ende einer jeden Versicherungsperiode möglich. Die Höhe der Beiträge hängt von der gewählten Beitragszahlungsweise ab. Die tariflichen Leistungen bleiben von dem Wechsel der Beitragszahlungsweise unberührt.

2.2.2 Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist abweichend von der gesetzlichen Regelung (§ 152 Absatz 3 VVG) unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

2.2.3 Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Könnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Hierfür berechnen wir eine Gebühr. Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Gebühr können Sie der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen" entnehmen. Die Gebühr für die fehlgeschlagene Lastschriftabbuchung entfällt oder verringert sich, wenn und insoweit Sie uns nachweisen, dass uns aus der fehlgeschlagenen Lastschriftabbuchung kein oder ein wesentlich niedrigerer Schaden erwächst.

2.2.4 Die Übermittlung der Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Kosten.

2.2.5 Etwaige Beitragsrückstände werden wir mit dem Überschussguthaben oder einer fälligen Versicherungsleistung verrechnen. Bis zur Verrechnung erheben wir die im Abschnitt "Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?" genannten Verzugszinsen.

2.2.6 Die Beiträge sind längstens bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer zu entrichten. Bei Tod der versicherten Person sind sie bis zum Ende des Beitragszahlungsabschnittes zu entrichten, in dem der Tod eingetreten ist.

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

Einlösungsbeitrag

2.3.1 Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie haben die nicht rechtzeitige Zahlung nachweislich nicht zu vertreten. Wir können eine angemessene Geschäftsgebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages (Geschäftsgebühr nach § 39 Absatz 1 Satz 3 VVG) erheben. Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Gebühr können Sie der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen" entnehmen.

Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nachweislich nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

2.3.2 Zahlen Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir in der Mahnung ausdrücklich hinweisen. Für jede Mahnung berechnen wir eine Gebühr. Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Gebühr können Sie der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen" entnehmen. Diese Gebühr entfällt oder verringert sich, wenn und insoweit Sie uns nachweisen, dass uns durch die Mahnung kein oder ein wesentlich niedrigerer Schaden erwächst.

Verzugsfolgen

2.3.3 Für Beiträge, mit denen Sie in Verzug sind, berechnen wir Verzugszinsen in gesetzlicher Höhe (Bürgerliches Gesetzbuch), mindestens aber in Höhe des Zinssatzes, den wir für die Gewährung von Pendarlehen für konventionelle Rentenversicherungen in der Privatversicherung durchschnittlich erheben. Soweit die Zinsen nicht gesondert in Rechnung gestellt und ausgeglichen werden, werden wir sie mit dem Überschussguthaben oder einer fälligen Versicherungsleistung verrechnen.

Die Verzugsfolgen treten nur ein, wenn Sie den Verzug zu verantworten haben.

3 Gestaltungsmöglichkeiten

3.1 Welche Möglichkeiten haben Sie bei vorübergehenden Beitragszahlungsschwierigkeiten?

Haben Sie vorübergehend Schwierigkeiten, den vollen Beitrag zu zahlen (z. B. wegen Arbeitslosigkeit, Erziehungsurlaub o. ä.), möchten aber Ihren Versicherungsschutz nicht verlieren, stehen Ihnen folgende Möglichkeiten offen:

Änderung der Beitragszahlungsweise

3.1.1 Sie können bei laufender Beitragszahlung eine Änderung der Beitragszahlungsweise zum Ablauf der Versicherungsperiode mit einer Frist von einem Monat verlangen. Es gilt der Abschnitt "Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?".

Stundung der Beiträge

3.1.2 Wenn es Ihnen vorübergehend nicht möglich ist Ihre Beiträge zu zahlen, können Sie mit uns vereinbaren, Ihre Beiträge bis zu 24 Monate ganz oder teilweise auszusetzen (Stundung), wenn die nach Ablauf der Stundung verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens zwei Jahre beträgt.

Voraussetzung für eine Stundung ist, dass Sie die Beiträge für die ersten zwölf Monate vollständig bezahlt haben, sich der Vertrag noch nicht im Mahnverfahren gemäß § 38 VVG befindet und nicht von Ihnen gekündigt bzw. beitragsfrei gestellt wurde. Sieht die Versicherung einen abgesenkten Anfangsbeitrag vor, kann während des Zeitraums mit abgesenktem Anfangsbeitrag keine Stundung durchgeführt werden. Die Stundung beginnt frühestens, wenn Ihr nächster Beitrag fällig ist. Wir berechnen für eine Stundung Zinsen. Die Höhe der Zinsen richtet sich nach den Zinssätzen, die zu Beginn der Stundung gültig sind. Die aktuellen Zinssätze teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

Während der Dauer der Stundung finden keine dynamischen Erhöhungen Ihres Vertrages statt.

In folgenden Fällen berechnen wir keine Zinsen:

- Sie befinden sich in der gesetzlichen Elternzeit,
- Sie nehmen ein Sabbatical (Sabbatjahr) oder
- Sie sind erwerbsgemindert oder pflegebedürftig.

Der Stundungszeitraum für ein Sabbatical ist für die gesamte Beitragszahlungsdauer auf zwölf Monate begrenzt.

Als Nachweis benötigen wir zum Beispiel einen Bescheid eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers oder Versorgungswerks oder einen Nachweis des Arbeitgebers. Wenn keiner der genannten Fälle mehr zutrifft, müssen Sie uns darüber informieren. Für die weitere Stundung berechnen wir dann Zinsen.

Wenn der vereinbarte Zeitraum für die Stundung endet, informieren wir Sie über die Höhe Ihres Stundungskontos. Sie können den offenen Betrag wie folgt ausgleichen:

- Vollständig in einem Betrag oder
- in gleichmäßigen Raten von höchstens 48 Monaten, jedoch niemals länger als die noch verbleibende Beitragszahlungsdauer nach Ablauf der Stundung.

Die Raten können Sie jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zahlen. Eine Rate muss mindestens 25,- EUR betragen.

Sie sollten innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Information beginnen, den offenen Betrag auszugleichen. Sofern Ihnen die Zahlung des gestundeten Betrages zuzüglich Stundungszinsen nicht möglich ist, werden wir etwaige Beitragsrückstände mit dem Überschussguthaben oder einer fälligen Versicherungsleistung verrechnen. Wenn das Guthaben nicht ausreicht, um den offenen Betrag auszugleichen, werden wir den offenen Betrag anmahnen; unter Umständen erlischt dann der Versicherungsschutz (s. Ziffern 2.3.2 ff.). Eine neue Stundung ist erst möglich, wenn Sie den offenen Betrag vollständig ausgeglichen haben.

Beginn- und Ablaufverlegung

3.1.3 Sie können beantragen, dass der Beginn der Versicherung

um die Anzahl der Monate nach hinten verlegt wird, für die keine Beiträge gezahlt wurden. Hierdurch kann sich, sofern sich der Versicherungsbeginn in ein neues Kalenderjahr verschiebt, aufgrund des höheren Eintrittsalters der versicherten Person ein anderer, auch höherer Beitrag ergeben.

Die Beginn- und Ablaufverlegung ist nur im ersten Versicherungsjahr, nur einmal und auch nur möglich, wenn seit Vertragsabschluss noch keine Vertragsänderung erfolgt ist. Sie darf ausschließlich zum Ausgleich bestehender Beitragsrückstände erfolgen und nur, wenn die Beitragszahlung sofort wieder aufgenommen wird.

Wir werden Ihrem Antrag stattgeben, wenn keine gewichtigen versicherungstechnischen Gründe, z.B. Überschreitung des zulässigen versicherbaren Endalters der versicherten Person oder Unterschreitung der Mindestrente, entgegenstehen.

Beitragsfreistellung

3.1.4 Eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung ist ausgeschlossen.

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

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

Sie können Ihre Versicherung ganz oder teilweise jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

Die Kündigung muss in Textform erfolgen.

Kündigung

3.2.1 Mit der Kündigung erlischt die Versicherung, ohne dass eine Leistung fällig wird, d.h. es besteht kein Rückkaufwert.

Teilkündigung

3.2.2 Eine Teilkündigung Ihrer Versicherung ist nur wirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige versicherte Rente monatlich 50,- Euro nicht unterschreitet und der verbleibende Beitrag 180,- Euro jährlich nicht unterschreitet. Ist die Kündigung wegen Unterschreitens dieser Mindestbeiträge unwirksam und wollen Sie Ihre Versicherung beenden, müssen Sie eine neue Kündigung aussprechen.

3.2.3 Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor der Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

3.3 Was gilt bei einem Einstieg in das Berufsleben?

3.3.1 Ist die versicherte Person bei Versicherungsbeginn Student, Referendar, Auszubildender oder Beamtenanwärter hat sie das Recht, eine Bessereinstufung der bei Antragsstellung zugrunde gelegten Berufsgruppe ohne erneute Gesundheitsüberprüfung zu verlangen. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- die versicherte Person hat ihre Ausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder ihr Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule oder ihr Referendariat erfolgreich abgeschlossen;
- die versicherte Person nimmt eine zeitlich unbefristete berufliche Tätigkeit auf;
- die entsprechende Beantragung der Bessereinstufung in Textform erfolgt bis spätestens sechs Monate nach Abschluss ihrer Ausbildung, ihres Studiums, ihres Referendariats bzw. Aufnahme der erstmaligen beruflichen Tätigkeit. Sofern eine Probezeit vereinbart ist, muss diese erfolgreich beendet sein und die Frist von sechs Monaten beginnt nach Ablauf der Probezeit;
- die Versicherung hat maximal vor fünf Jahren begonnen;
- die ausgeübte Tätigkeit lässt, nach den gültigen Grundlagen der Tarifierung, eine Bessereinstufung zu.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, erfolgt eine Berufsgruppeneinstufung nach der dann ausgeübten Tätigkeit. Die Bessereinstufung erfolgt jedoch nicht rückwirkend, sondern ab dem 01. des Folgemonats, in dem uns alle erforderlichen Unterlagen (Nachweis des Ausbildungsabschlusses, Nachweis der dann ausgeübten Tätigkeit) vorliegen. Bereits vereinbarte Leistungsausschlüsse und Zuschläge bleiben bestehen.

Sofern eine Verlängerung der Versicherungs- und Leistungsdauer gewünscht wird, erfolgt eine erneute Gesundheitsüberprüfung.

3.3.2 Eine Erhöhung der versicherten Rente ist im Rahmen einer anlassabhängigen Erhöhung (beruflicher Anlass) möglich:

- Erfolgreicher Abschluss der Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder des Studiums an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule und Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit.

Hierbei sind die in den "Bedingungen für die Ausübung von Optionen" aufgeführten Regelungen zu beachten.

3.4 Wie kann der Versicherungsschutz in eine selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung umgetauscht werden?

3.4.1 Sie können jederzeit in Textform beantragen Ihren Versicherungsschutz in Form einer selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung in der Privatversorgung weiterzuführen.

Hierbei ist zu beachten, dass der Versicherungsschutz einer Erwerbsunfähigkeitsversicherung vom Versicherungsschutz einer Berufsunfähigkeitsversicherung abweicht, insbesondere unterscheiden sich die Leistungsvoraussetzungen. Die Voraussetzungen für eine Leistung aus einer Erwerbsunfähigkeitsversicherung sind regelmäßig höher.

Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich für mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, irgendeine Erwerbstätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes für mindestens drei Stunden täglich auszuüben und aus Erwerbstätigkeit kein Einkommen erzielt, das in dem Zeitraum, für den Versicherungsleistungen beansprucht werden, über der monatlichen Grenze für eine geringfügige Beschäftigung gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) IV liegt.

Als Erwerbstätigkeit gilt jede Tätigkeit, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich ist sowie selbstständige Tätigkeiten. Unberücksichtigt bleiben Tätigkeiten, die von Behinderten nur in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausgeführt werden können.

Bei der Entscheidung über das Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit kommt es ausschließlich auf die gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Person an; keine Rolle spielen

- die Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen,
- der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers oder eines beruflichen Versorgungswerkes über eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente,
- der zuletzt ausgeübte Beruf und
- die bisherigen Lebens- und Einkommensverhältnisse der versicherten Person.

In der Regel wird der Beitrag für eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung geringer ausfallen als für eine Berufsunfähigkeitsversicherung.

3.4.2 Sofern der Versicherungsschutz in Form einer selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung weitergeführt werden soll, gilt zum Umstellungstermin:

- die Berufsunfähigkeitsversicherung erlischt, ohne dass eine Leistung fällig wird,
- die Erwerbsunfähigkeitsversicherung wird als rechtlich selbständiger Versicherungsvertrag mit gesonderten Beiträgen und Versicherungsleistungen abgeschlossen,
- Für die Erwerbsunfähigkeitsversicherung gelten die zum Umstellungstermin gültigen bzw. angebotenen Tarife, Rechnungsgrundlagen, Annahmerichtlinien, ggf. die dann aktuelle Berufstarifierung sowie eventuelle Berücksichtigung von vorhandenen Klauseln und Zuschlägen.

4 Allgemeine Bestimmungen

4.1 Welche Kosten und Gebühren fallen an und wie werden sie ausgeglichen?

Welche Kosten werden durch Ihre Beiträge gedeckt?

4.1.1 Ihre Beiträge dienen der Abdeckung des von uns versicherten Risikos (Risikobeitrag).

Darüber hinaus decken sie folgende Kosten:

- Abschlusskosten
Diese umfassen unmittelbar zurechenbare Aufwendungen, wie insbesondere Abschlussvergütungen an die Versicherungsvermittler (Vertriebskosten), Aufwendungen für die Aufnahme des Vertrages in den Versicherungsbestand und Aufwendungen für die Risikoprüfung im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages. Sie umfassen auch mittelbar zurechenbare Aufwendungen, wie insbesondere Produktentwicklungskosten, allgemeine Werbeaufwendungen und Aufwendungen im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung und Policierung.
- Verwaltungskosten
Diese umfassen insbesondere die Aufwendungen für den Beitrags-einzug, die Bestandsverwaltung und für die Regulierung von Versicherungsfällen. Ein Teil dieser Verwaltungskosten wird in Abhängigkeit von der Höhe Ihres Beitrags kalkuliert, ein anderer Teil fällt als fester Betrag für Ihren Vertrag an (Stückkosten).

Wie werden die Kosten verrechnet?

4.1.2 Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV i.V.m. § 169 Absatz 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

Sieht Ihr Vertrag eine laufende Beitragszahlung über weniger als fünf Jahre vor, werden die Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die in diesem Zeitraum gezahlten Beiträge verteilt.

Welche Gebühren werden nicht von den Beiträgen gedeckt?

4.1.3 Sollten Sie Leistungen oder Geschäftsvorfälle veranlassen, die über die gewöhnliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen, können wir Ihnen Gebühren in Rechnung stellen. Diese Leistungen und Geschäftsvorfälle sowie die Höhe der derzeit erhobenen Gebühren entnehmen Sie bitte der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen". Für Leistungen und Geschäftsvorfälle, die es zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch nicht gibt und die über die gewöhnliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen, können wir weitere Gebührentatbestände einführen und deren Höhe unter Berücksichtigung des tatsächlichen durchschnittlichen Verwaltungsaufwandes und nach billigem Ermessen festsetzen. Soweit die Gebühren nicht gesondert in Rechnung gestellt und

ausgeglichen werden, werden wir sie mit dem Überschussguthaben oder einer fälligen Versicherungsleistung verrechnen. Die Gebühren entfallen oder verringern sich, wenn und insoweit Sie uns nachweisen, dass die der pauschalen Berechnung zugrunde gelegten Aufwände nicht oder nicht in dem unserer Berechnung zugrundeliegenden Umfang anfallen.

4.2 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

4.2.1 Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen und Leistungen in Empfang zu nehmen.

4.2.2 Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

4.3 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

Änderung der Postanschrift und Namensänderung

4.3.1 Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

4.3.2 Bei Änderung Ihres Namens gilt vorstehender Absatz entsprechend.

Kosten für Recherche

4.3.3 Wird es aus von Ihnen zu vertretenden Gründen erforderlich, dass wir Ihre aktuelle Anschrift recherchieren müssen, erheben wir hierfür eine Gebühr. Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Gebühr können Sie der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen" entnehmen. Diese Gebühr entfällt, wenn und insoweit Sie uns nachweisen, dass uns aus der fehlenden Mitteilung kein oder ein wesentlich niedrigerer Schaden erwächst.

Nennung eines Zustellungsbevollmächtigten bei Auslandsaufenthalten

4.3.4 Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns in Ihrem Interesse eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

4.3.5 Sie können jederzeit von uns Kopien der Erklärungen fordern, die Sie in Bezug auf Ihren Vertrag abgegeben haben.

4.4 Welches Recht findet Anwendung und wo ist der Gerichtsstand?

4.4.1 Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

4.4.2 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem Sitz der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person und wohnen in Deutschland, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

4.4.3 Sind Sie eine natürliche Person und wohnen in Deutschland, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können wir Sie vor dem für unseren Sitz zuständigen Gerichtsstand verklagen. Sind Sie eine juristische Person, be-

stimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

4.4.4 Andere nach deutschem Recht begründete Gerichtsstände werden durch diese Vereinbarung nicht ausgeschlossen.

4.5 Gibt es Möglichkeiten zur außergerichtlichen Streitbeilegung?

Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie als Verbraucher zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann anzurufen:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Telefon: 0800/3696000
Fax: 0800/3699000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Webseite: www.versicherungsombudsmann.de

Das geht aber nur, solange in der gleichen Angelegenheit kein Rechtssstreit anhängig ist. Das Schlichtungsverfahren ist bis zu einem Beschwerdewert von 100.000,- Euro möglich und für Sie kostenfrei.

Mit unserem Beitritt zum Versicherungsombudsmann e.V. haben wir uns zur Teilnahme an Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann verpflichtet.

Verbraucher, die diesen Vertrag online (z.B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden.

4.6 Unter welchen Voraussetzungen können wir die vereinbarten Beiträge neu festsetzen oder Bestimmungen für Ihre Versicherung ändern?

4.6.1 Unter den Voraussetzungen von § 163 VVG sind wir berechtigt, den Beitrag neu festzusetzen oder die Versicherungsleistung herabzusetzen. Sollte eine Erhöhung der Beiträge erforderlich sein, können Sie stattdessen die Herabsetzung der Versicherungsleistung verlangen.

Eine Neufestsetzung des Beitrages oder Herabsetzung der Versicherungsleistung können wir nur vornehmen, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die weiteren Voraussetzungen nach § 163 Absatz 1 Nr. 1 und 2 VVG überprüft und bestätigt hat

Änderungen nach § 163 VVG werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem wir Sie davon benachrichtigt haben.

4.6.2 Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir unter den Voraussetzungen des § 164 VVG diese durch eine neue Regelung ersetzen. Eine neue Regelung wird zwei Wochen nach Mitteilung wirksam.

4.7 Wann verjähren Ihre Ansprüche?

4.7.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Versicherungsleistung verlangt werden kann und die Anspruch stellende Person von den Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

4.7.2 Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung der Anspruch stellenden Person in Textform zugeht. Der Zeitraum zwischen der Anmeldung und dem Zugang unserer Entscheidung bleibt damit bei der Berechnung der Frist unberücksichtigt.

4.8 Was gilt bei Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit im Beamtenverhältnis oder im Öffentlichen Dienst?

Nimmt die versicherte Person eine berufliche Tätigkeit im Beamtenverhältnis oder im Öffentlichen Dienst (ÖD) auf, gilt: Sie können den Berufsunfähigkeitsschutz um eine Klausel zur Dienstunfähigkeit bzw. um die Regelungen für Angestellte im ÖD erweitern.

Dazu übertragen wir Ihren gesamten Vertrag auf die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG (DBV-ZN). Maßgeblich bei der Erweiterung des Berufsunfähigkeitsschutzes ist dann die berufliche Tätigkeit, welche die versicherte Person als Beamter, Beamter im Kirchenrecht, Richter oder Soldat bzw. als Angestellter im ÖD zum Umstellungstermin ausübt. Es gelten die zum Umstellungstermin gültigen bzw. angebotenen Tarife, Rechnungsgrundlagen, Annahmerichtlinien und ggf. die aktuelle Berufstarifizierung; eventuelle vorhandene Klauseln und Zuschläge werden mit berücksichtigt.

Wir überprüfen die Gesundheit der versicherten Person nicht, wenn Sie die Übertragung innerhalb von 24 Monaten beantragen, nachdem die versicherte Person seine berufliche Tätigkeit als Beamter, Beamter im Kirchenrecht, Richter oder Soldat bzw. als Angestellter im ÖD aufgenommen hat. Es erfolgt jedoch eine finanzielle Angemessenheitsprüfung.

4.9 Wie können Sie eine unabhängige Stelle in die Leistungsprüfung einbeziehen?

Diese Regelung gilt nicht, wenn die Versicherung die Rückdeckungsversicherung für eine Unterstützungskasse ist.

Lehnen wir Ihren Leistungsantrag gemäß Ziffer 1.5.1 ab, haben Sie die Möglichkeit unsere Leistungsentscheidung überprüfen zu lassen. Sie können sich beispielsweise an Fachanwälte oder Fachmediziner wenden. Diese Stellen muss die versicherte Person aus Gründen des Datenschutzes schriftlich bevollmächtigen. Im Rahmen der erteilten Vollmacht dürfen dann für die Leistungsprüfung relevante Daten und Unterlagen (z. B. der formelle Leistungsantrag, Arztberichte, Gutachten) an diese Stelle weitergeleitet werden.

Wir übernehmen 50% der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch 1.500,- Euro. Die Stellungnahme kann innerhalb von einem Monat abgegeben werden. Wir werden mögliche Bedenken oder Anregungen aus der Stellungnahme in unsere erneute Entscheidungsfindung einbeziehen.

Dieses Recht steht Ihnen auch zu, wenn wir gemäß den Absätzen 1.7.5 bis einschl. 1.7.8 im Rahmen eines Nachprüfungsverfahrens unsere bisher anerkannten Leistungen einstellen.

Anhang

Ergänzende Bedingungen für die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Haben Sie die Absicherung der Arbeitsunfähigkeit mitversichert, was Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen können, gelten ergänzend die nachfolgenden Regelungen:

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Arbeitsunfähigkeit?

(1) Leistungsumfang

Haben Sie "Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit" vereinbart und wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung arbeitsunfähig im Sinne von § 2 dieser ergänzenden Bedingung, erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- Zahlung einer Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente
- volle Befreiung von der Beitragspflicht

Die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit entsprechen der Höhe nach den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit setzt zudem voraus, dass auch Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt worden sind.

Der Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit bedingt nicht automatisch auch einen Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Beide Leistungen werden unabhängig voneinander geprüft und bewilligt.

(2) Leistungsdauer

Die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir, solange

- die versicherte Person ununterbrochen arbeitsunfähig ist und
- die vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für Leistungen bei Berufsunfähigkeit, für eine Überbrückungshilfe oder für Leistungen wegen einer speziellen Beeinträchtigung nicht geendet hat und
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, keine Überbrückungshilfe oder keine Leistungen wegen einer speziellen Beeinträchtigung erbringen und
- die versicherte Person lebt.

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden jeweils befristet für den Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit vorgelegt werden.

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir über die gesamte Vertragslaufzeit für maximal 24 Monate. Zeiträume, für die wir bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, werden auf den maximalen Leistungszeitraum von 24 Monaten angerechnet.

Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch V stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar. Bei Mitgliedern einer privaten Krankenkasse stellt eine Teilarbeitsunfähigkeit nur dann keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar, wenn die Arbeitsunfähigkeit mit mindestens 50% bescheinigt wird. Diese erkennen wir für höchstens sechs Wochen an.

Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit oder eine spezielle Beeinträchtigung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, erbringen wir mit Beginn des nächsten Monatsersten nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Leistungen wegen einer speziellen Beeinträchtigung. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit eingestellt.

§ 2 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn

- für die versicherte Person für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens vier Monaten Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen gemäß § 4 Absätze 1 bis 3 dieser ergänzenden Bedingung ausgestellt wurden und ein Facharzt das Fortdauern der Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende eines insgesamt sechs Monate ununterbrochenen Zeitraums bescheinigt oder
- für die versicherte Person für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Monaten Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen gemäß § 4 Absätze 1 bis 3 dieser ergänzenden Bedingung ausgestellt wurden.

(2) Wird die versicherte Person innerhalb von sechs Monaten nach Wegfall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung wieder ununterbrochen arbeitsunfähig geschrieben, beginnt die Frist von sechs Monaten im Sinne von Ziffer 1 nicht erneut zu laufen.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne diese Bedingungen liegt nicht vor, falls zur Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit von anderer Seite bereits die Vorlage einer amts- bzw. schulärztlichen Bescheinigung verlangt oder ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)

erstellt wurde und das entsprechende Nachprüfungsverfahren das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt hat..

§ 3 Wann entsteht bzw. wann endet der Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit?

(1) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in den der Beginn der Arbeitsunfähigkeit fällt, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn der Berufsunfähigkeitsversicherung. Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit besteht zudem nur, wenn auch Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt worden sind.

(2) Der Anspruch endet mit Beginn des Monats, in dem Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Leistungen wegen einer speziellen Beeinträchtigung oder Überbrückungshilfe erbracht werden oder mit Ablauf des Monats, in den die letzte Krankmeldung fällt.

(3) Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, wegen einer speziellen Beeinträchtigung oder Überbrückungshilfe erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit, Leistungen wegen einer speziellen Beeinträchtigung oder Überbrückungshilfe ist ausgeschlossen.

(4) Wenn Berufsunfähigkeit oder eine spezielle Beeinträchtigung vorliegt oder Überbrückungshilfe erbracht wird, werden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, einer speziellen Beeinträchtigung oder Überbrückungshilfe mit den in diesem Zeitraum bereits vorher erbrachten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verrechnet. Auf den maximal 24-monatigen Leistungszeitraum wegen Arbeitsunfähigkeit werden dann diese Zeiträume, für die ursprünglich Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, nicht angerechnet.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten hat die versicherte Person, wenn Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit verlangt werden?

(1) Zur Beantragung von Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit sind uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchshebenden die folgenden Unterlagen einzureichen:

Für Personen, für die ein gesetzlicher Anspruch auf Entgeltfortzahlung, ein Anspruch auf Krankengeld oder eine Anzeigepflicht der Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Agentur für Arbeit besteht: Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen entsprechend der in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen.

Für andere Personen (z.B. Selbständige ohne gesetzlichen Krankengeldanspruch oder nicht erwerbstätige Personen) entsprechende privatärztliche Atteste, wie etwa Bescheinigungen zur Beantragung von Krankentagegeld, Dienstunfähigkeitsbescheinigungen oder Bescheinigungen zur Beurlaubung vom Unterricht aus gesundheitlichen Gründen.

Soweit vorliegend, amts- bzw. schulärztliche Bescheinigungen sowie Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

(2) Die Bescheinigungen müssen von einem in der EU oder Nordamerika zugelassenen und praktizierenden Arzt ausgestellt worden sein. Praktiziert der Arzt nicht in dem Land, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz oder ihren Arbeitsplatz hat, behalten wir uns vor, eine Bescheinigung durch einen zu benennenden unabhängigen, dort ansässigen Arzt zu verlangen.

(3) Die Bescheinigungen müssen die der Arbeitsunfähigkeit zugrundeliegenden Diagnosen entsprechend den aktuellen in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen (Diagnoseschlüssel entsprechend der jeweils geltenden internationalen Klassifikation - ICD) enthalten. Mindestens eine der Bescheinigungen muss von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein.

(4) Der Antrag auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit kann auch schon gestellt werden, wenn die Arbeitsunfähigkeit noch keine sechs Monate andauert, frühestens jedoch sechs Wochen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit. In diesem Fall müssen mit dem Leistungsantrag Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen nur für den Zeitraum ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zum Zeitpunkt der Antragstellung eingereicht werden, die übrigen Bescheinigungen sind nachzureichen, sobald ein Zeitraum von sechs Monaten erreicht ist.

§ 5 Was gilt für die Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit?

(1) Wenn wir Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person nachzuprüfen. Dazu können wir verlangen, dass uns Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen gemäß § 4 Absätzen 1 und 2 dieser ergänzenden Bedingung eingereicht werden, die belegen, dass nach wie vor eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person vorliegt.

(2) Wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit beziehen oder einen Antrag auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit gestellt haben, müssen Sie uns unverzüglich informieren, wenn keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.

§ 6 Sonstige Regelungen

(1) Sie können die Vereinbarung zur Arbeitsunfähigkeit jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform kündigen. Voraussetzung ist, dass keine Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden oder beantragt sind. Ein Rückkaufswert wird bei Kündigung nicht fällig.

(2) Soweit nichts anderes geregelt ist, gelten die Regelungen der Berufsunfähigkeits-Versicherung entsprechend. Dies gilt insbesondere für die Regelungen und Folgen bei vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung und für das Nachprüfungsverfahren.

(3) Soweit in Ihrem Versicherungsschein geregelt ist, dass bestimmte Ursachen und Umstände bei der Ermittlung der Berufsunfähigkeit nicht berücksichtigt werden, so gilt dies auch bei Arbeitsunfähigkeit.

Versicherungsmathematische Hinweise

Für die Ermittlung der Beiträge, die erforderlich sind, um die Versicherungsleistungen zu erbringen, haben wir als Rechnungszins 0,9 Prozent p. a. angesetzt und folgende unternehmenseigene geschlechtsunabhängige Wahrscheinlichkeitstafeln verwendet:

- Sterbetafel "AXA 2019 T_BU"
- Invalidisierungstafel "AXA 2019I_BU"
- Invalidensterbetafel "AXA 2019 TI_BU"
- Reaktivierungstafel "AXA 2019 RI_BU"

Bei Leistungserhöhungen (zum Beispiel durch dynamische Anpassung) berechnen wir die hinzukommenden Leistungen in der Regel mit den Rechnungsgrundlagen, die wir bei Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegt haben. Wir sind allerdings berechtigt, den Erhöhungen die Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde zu legen. Sofern wir die Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde legen, werden wir Sie hierüber informieren.

Glossar

Anzeigepflichtverletzung

Bei Antragstellung obliegen Ihnen Anzeigepflichten. Diese verletzen Sie, wenn Sie oder die versicherte Person unvollständige und/oder falsche Angaben machen. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn Sie unsere Gesundheitsfragen falsch beantworten. Anzeigepflichten obliegen Ihnen auch im Laufe des Vertrages, z. B. bei Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person bei anerkannter Berufsunfähigkeit. Die

Verletzung dieser Anzeigepflichten kann mit erheblichen Nachteilen für Sie verbunden sein.

Arglist

Liegt vor, wenn bewusst falsche Angaben gemacht werden oder Informationen verschwiegen werden mit dem Vorsatz, uns in die Irre zu führen. Sie handeln arglistig, wenn Sie bei uns vorsätzlich einen Irrtum hervorrufen, um uns zur Abgabe einer Willenserklärung zu veranlassen. Diese Täuschung kann durch Vorspiegelung falscher Tatsachen, aber auch durch einfaches Verschweigen einer Tatsache hervorgerufen werden. Hierzu müssen Sie wissen, oder es zumindest in Erwägung ziehen, dass die vorgespiegelten Tatsachen falsch sind.

Ausbildung

Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder Laufbahnausbildung für Beamte.

Beitragszahlungsdauer

Zeitraum, in dem Sie vertraglich verpflichtet sind, die Beiträge für Ihren Vertrag zu zahlen.

Bezugsberechtigter

Im Vertrag bestimmte Person, welche im Versicherungsfall die Leistungen erhalten soll.

Deckungsrückstellung

Versicherer sind gesetzlich verpflichtet, für ihre Verpflichtungen gegenüber ihren Versicherungsnehmern Deckungsrückstellungen zu bilden. Sie entsprechen dem Betrag, der bereitgestellt werden muss, damit zusammen mit künftigen Versicherungsbeiträgen die garantierten Versicherungsleistungen finanziert werden können.

Erklärungen

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

Geschäftsbericht

Der Geschäftsbericht enthält u. a. die deklarierten Überschüsse für das jeweilige Geschäftsjahr. Er kann über unsere Internetseite www.AXA.de eingesehen werden.

grob fahrlässig

Sie handeln grob fahrlässig, wenn Sie die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maß nicht beachten. Dies ist auch der Fall, wenn Sie schon einfachste, ganz naheliegende Überlegungen nicht anstellen.

juristische Personen

Eine rechtlich selbständige Vereinigung von Personen oder eine Vermögensmasse, die Träger von Rechten und Pflichten sein und daher am Rechtsverkehr teilnehmen kann. Deshalb kann sie zum Beispiel Verträge abschließen. Eine GmbH ist ein Beispiel für eine juristische Person.

Kostenüberschüsse

Entstehen, wenn die Kosten niedriger sind, als wir bei der Kalkulation des Tarifes angenommen haben.

Laufende Überschüsse / Überschussbeteiligung

Sie werden regelmäßig, z.B. jährlich, neu festgelegt. Die laufenden Überschüsse fließen in Ihr Vertragsvermögen und erhöhen dieses.

Leistungsdauer

Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Mitwirkungspflichten

Bei der Feststellung von Leistung aus dieser Versicherung sind wir auf das Mitwirken von Ihnen, der versicherten Person und dem Anspruch-

steller angewiesen. Sie haben z. B. die Pflicht, die von uns für die Leistungsprüfung benötigten Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Rechnungsgrundlagen

Als Rechnungsgrundlagen bezeichnet man die verwendeten Parameter, die den versicherungsmathematischen Berechnungen zugrunde liegen.

Rechnungszins

Der Rechnungszins ist der Zinssatz, der für die Finanzierung der garantierten Leistungen erforderlich ist.

Risikoprüfung

Die Risikoprüfung wird zur individuellen Risikoeinstufung durchgeführt. Sie besteht aus der Gesundheitsprüfung und weiteren Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person (z.B. Beruf, Tätigkeitsmerkmale, ausgeübte Sportarten, Hobbys und Rauchverhalten) sowie der finanziellen Angemessenheitsprüfung.

Risikoüberschüsse

Entstehen, wenn der Verlauf des versicherten Risikos günstiger ist als bei der Kalkulation des Tarifes angenommen.

RfB Rückstellung für Beitragsrückerstattung

Wir führen einen Teil der Überschüsse zunächst der Rückstellung für die Beitragsrückerstattung zu. Hieraus erfolgt ggf. zu einem späteren Zeitpunkt die einzelvertragliche Überschussbeteiligung Ihres Vertrages im Rahmen der laufenden Überschussbeteiligung und des Schlussüberschusses.

Würden die Gewinne direkt den einzelnen Verträgen zugeordnet, könnten deren Gewinnbeteiligung von Jahr zu Jahr beträchtlich schwanken.

Studium

Gemeint ist ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule.

Stundung

Sie können unter bestimmten Voraussetzungen für eine begrenzte Zeit die Zahlung Ihrer Beiträge aussetzen. Der Versicherungsschutz bleibt während dieser Zeit bestehen. Die nicht gezahlten Beiträge müssen Sie später verzinst nachzahlen.

Textform

Ihre Mitteilungen an uns genügen der Textform, wenn sie als E-Mail oder Fax versandt werden. Ein unterschriebener Brief ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Überschüsse

Überschüsse ergeben sich aus Gewinnen, die aus unterschiedlichen Quellen stammen können. Diese sind: Kostenüberschüsse, Zinsüberschüsse und Risikoüberschüsse.

unverzüglich

Bedeutet ohne schuldhaftes Zögern, d. h. so schnell wie möglich.

versicherte Person

Die im Vertrag bezeichnete Person, für die wir Versicherungsschutz gewähren. In der Privatversorgung können Sie als Versicherungsnehmer oder auch eine dritte Person sein. Fallen Versicherungsnehmer und versicherte Person auseinander, bedarf es der Zustimmung der versicherten Person zum Vertrag.

Versicherungsdauer

Wenn innerhalb dieses Zeitraums der Versicherungsfall (Berufsunfähigkeit) eintritt, erbringen wir unsere Leistung.

Versicherungsfall

Ist der Auslöser dafür, dass wir eine vertraglich vereinbarte Leistung zahlen. Zum Beispiel: Die versicherte Person wird berufsunfähig.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem Beginndatum der Versicherung um 12:00 Uhr und beträgt einen Zeitraum von genau 12 Monaten. Das bedeutet, dass alle folgenden Versicherungsjahre zu diesem Zeitpunkt beginnen oder enden. Beginnt beispielweise eine Versicherung zum 01.04., dann endet das Versicherungsjahr am 31.03. des folgenden Jahres. Ein Versicherungsjahr beginnt und endet immer um 12:00 Uhr des jeweiligen Tages.

Versicherungsnehmer

Sind Sie als unser Vertragspartner. Dieser ist im Versicherungsschein genannt und erhält diesen.

Versicherungsschein

Auch Police genannt - Urkunde über den Versicherungsvertrag. Sie gibt Auskunft über die wesentlichen Vertragsinhalte. Sie benötigen diese Urkunde, wenn Sie Ihre Ansprüche auf Leistungen aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

vorsätzlich

Sie handeln vorsätzlich, wenn sie den Eintritt eines Ereignisses für sicher oder zumindest für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen bzw. herbeiführen oder verhindern wollen.

Zinsüberschüsse

Entstehen, wenn die Erträge unserer Kapitalanlagen höher sind, als der Betrag, den wir zur Finanzierung unsere garantierten Leistungen benötigen.