

Inhalt

<i>I</i>	<i>Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung „XL“ zur fondsgebundenen Rentenversicherung</i>	<i>2</i>
§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	2
§ 2	Welche Zusatzleistungen erbringen wir, wenn eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert und ein Rentenanspruch entstanden ist?	3
§ 3	Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	4
§ 4	Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	6
§ 5	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	7
§ 6	Welche Besonderheiten gelten bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?	8
§ 7	Wie erfolgt die Beitragszahlung?	8
§ 8	Wann können Sie Ihren Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung überprüfen lassen?	8
§ 9	Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?	8
§ 10	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	11
§ 11	Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	11
§ 12	Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?	11
§ 13	Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	11
<i>II</i>	<i>Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur fondsgebundenen Rentenversicherung</i>	<i>12</i>

I Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung „XL“ zur fondsgebundenen Rentenversicherung

Sofern für Ihre fondsgebundene Rentenversicherung zusätzlich eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung „XL“ vereinbart wurde, gelten für unser Vertragsverhältnis zusätzlich die nachfolgenden Besonderen Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit

1. Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig (vgl. § 3), so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:
 - a) volle Befreiung von der Beitragspflicht für die gesamte Versicherung, soweit eine solche Verpflichtung bei Beginn des Zahlungsanspruchs noch besteht;
 - b) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist. Die Rente zahlen wir entsprechend der vereinbarten Rentenzahlungsweise im Voraus, erstmals anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode.

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

2. Versicherungsdauer ist der Zeitraum, in dem Versicherungsschutz besteht. Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer zuerkannte Leistung längstens gewährt wird.

Ist eine gegenüber der Versicherungsdauer längere Leistungsdauer vereinbart, so werden Ansprüche, die durch Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, auch dann noch anerkannt, wenn sie nach Ablauf der Versicherungsdauer geltend gemacht werden, sofern die Leistungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Entsprechendes gilt für den Fall, dass eine innerhalb der Versicherungsdauer fällig gewordene Leistung infolge Wiederherstellung der Berufsfähigkeit (Reaktivierung) erloschen ist und nach Ablauf der Versicherungsdauer eine erneute Berufsunfähigkeit angezeigt wird, die ihren Ursprung in der ersten Berufsunfähigkeit hat.

Unsere schnelle Leistung im Falle einer Krebserkrankung

3. Bei Eintritt einer Krebsdiagnose (Erstdiagnose) im Sinne der Bedingungen (vgl. Nr. 16 und 17) der versicherten Person während der vereinbarten Versicherungsdauer zahlen wir eine Leistung in Höhe von insgesamt maximal bis zu 15 Monatsrenten. Voraussetzung hierfür ist, dass die Erstdiagnose nach Ablauf der Wartezeit gemäß Nr. 6 gestellt wurde.

4. Die Leistung im Falle einer Krebserkrankung endet vorzeitig bei dem Eintritt eines der folgenden Ereignisse während des 15-monatigen Leistungszeitraumes:
 - a) mit dem Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung;
 - b) mit dem Tod der versicherten Person;
 - c) bei der Anerkennung einer Leistung aus der Berufsunfähigkeit (vgl. Nr. 1 und 2) zum Wirksamkeitstermin der Anerkennung. Die ab diesem Termin bereits erbrachten schnellen Leistungen wegen Krebserkrankung werden mit den Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet;
 - d) wenn trotz Krebserkrankung innerhalb der 15 Monate eine berufliche Tätigkeit tatsächlich ausgeübt wird.
5. Nach Eintritt des ersten Versicherungsfalles aufgrund einer Krebserkrankung wird keine Versicherungsleistung für weitere Krebsdiagnose gezahlt, auch dann, wenn die erneute Krebsdiagnose eine Erstdiagnose darstellt.
6. Die Versicherungsleistung gemäß Nr. 3 wird frühestens nach der Wartezeit fällig. Die Wartezeit beträgt sechs Monaten ab dem Abschluss des Versicherungsvertrages. Dies ist der Zeitpunkt zu dem wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags angenommen haben, frühestens jedoch der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn.
7. Wenn die Erstdiagnose gemäß Nr. 3 während der Wartezeit gestellt wurde, erfolgt keine Leistung.
8. Sind zu einer Krebserkrankung im Sinne von Nr. 16 und 17 bereits Symptome während der Wartezeit gemäß Nr. 6 aufgetreten, ist eine Leistung aufgrund dieser Krebserkrankung ausgeschlossen.

Unsere schnelle Leistung bei plötzlichem Rollstuhlbedarf

9. Kann die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen nur mit Hilfe eines Rollstuhles fortbewegen, zahlen wir einmalig eine Leistung in Höhe von insgesamt maximal bis zu 15 Monatsrenten.
10. Die Leistung für den ständigen Rollstuhlbedarf endet vorzeitig bei dem Eintritt eines der folgenden Ereignisse während des 15-monatigen Leistungszeitraumes:
 - a) mit dem Ablauf der Leistungsdauer des Versicherungsvertrages;
 - b) mit dem Tod der versicherten Person;
 - c) bei der Anerkennung einer Leistung aus der Berufsunfähigkeit (vgl. Nr. 1 und 2) zum Wirksamkeitstermin der Anerkennung. Die ab diesem Termin bereits erbrachten schnellen Leistungen wegen des ständigen Rollstuhlbedarfs werden mit den Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet;
 - d) falls sich innerhalb der 15 Monate der Gesundheitszustand soweit bessert, dass der ständige Rollstuhlbedarf nicht mehr gegeben ist.

Unsere schnelle Leistung bei Erwerbsminderung

11. Wenn die deutsche Rentenversicherung eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente allein aus gesundheitlichen Gründen anerkennt, liegt im Sinne unserer Bedingungen Berufsunfähigkeit vor. Dies gilt nur, wenn bei Vertragsabschluss kein individueller Leistungsausschluss vereinbart wurde, der Vertrag schon seit mindestens 10 Jahren besteht und die Restlaufzeit des Vertrages noch maximal 15 Jahre beträgt.

Weitere Regelungen zu unseren Leistungen

Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit

12. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Beginn des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit gemäß § 3 eingetreten ist.
13. Bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge weiter entrichten; wir werden jedoch die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Beiträge bei Anerkennung der Leistungspflicht verzinst mit dem Rechnungszins des Vertrages zurück zahlen. Auf ihren Wunsch hin sind wir bereit, die Beiträge bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos zu stunden. Im Falle eines Rechtsstreits über unsere Leistungspflicht stunden wir Ihnen die Beiträge bis zur rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung. Nach einer abschlägigen Entscheidung sind die gestundeten Beiträge innerhalb von 30 Tagen nachzuzahlen. Anstelle der Zahlung der offenen Beiträge innerhalb dieser Frist können Sie die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung bzw. durch Verrechnung mit dem Fondsguthaben tilgen oder in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen erheben wir in diesem Falle nicht.
14. Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Rentenleistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 4).
15. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung endet, wenn
 - Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
 - bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (§ 3 Nr. 13 bis 16), wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
 - die versicherte Person stirbt oder
 - die vereinbarte Leistungsdauer abläuft.Einzelheiten zu den ersten beiden Aufzählungspunkten regelt § 11 Nr. 3.

Wann liegt der Versicherungsfall „Krebserkrankung“ im Sinne der Bedingungen vor?

16. Krebs im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn ein invasiv wachsender Krebs, der sich durch ein eigenständiges Wachstum auszeichnet und bereits in das umliegende Gewebe eingedrungen ist oder Metastasen (Fernableger) gebildet hat, eindeutig festgestellt wurde. Bei Krebsvorstufen und Krebsfrühformen wie zum Beispiel das Carcinoma in situ (Cis) oder Gebärmuttermundveränderungen wie die Zervixdysplasie (CIN I-III, PAP 1-4) wird daher nicht von uns

geleistet. Unter dem Begriff „Krebs“ verstehen wir auch bösartige Tumore des Blutes (Leukämien), der blutbildenden Organe und des Lymphsystems (Morbus Hodgkin, maligne Lymphome). Die Diagnose muss durch Vorlage des histopathologischen Befundes bestätigt werden.

17. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:
 - Chronisch lymphatische Leukämie mit einem Schweregrad unter RAI Klasse I oder Binet Klasse A1;
 - Hautkrebs, der nicht dem schwarzen Hautkrebs (dem malignen Melanom) zugeordnet werden kann, wie zum Beispiel der weiße Hautkrebs;
 - Schwarzer Hautkrebs (malignes Melanom) in den frühen Stufen T1 und T2. Liegen bereits Metastasen vor, dann leisten wir auch in diesen frühen Stufen;
 - Prostatakrebs Stadium T1;
 - Schilddrüsenkrebs, wenn er als papillär eingestuft wurde und die Stufen T1–T3 aufweist. Liegen bereits Metastasen des Krebses außerhalb der Schilddrüse vor oder ist der Tumor in andere Organe eingewachsen, dann leisten wir auch in diesen Stufen;
 - Harnblasenkarzinom des Stadiums T1;
 - Non-Hodgkin-Lymphome des Stadium 1 (nach der Ann Arbor Klassifikation).

Der feingewebliche Nachweis kann nicht ersetzt werden durch Testverfahren, die lediglich auf dem Nachweis von zirkulierenden Tumorzellen oder Tumor-assoziierten Molekülen in Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin oder Stuhl beruhen.

Geltungsbereich

18. Der Versicherungsschutz besteht weltweit, auch wenn die versicherte Person nach Vertragsabschluss ihren Wohnsitz und/oder ihren Arbeitsplatz ins Ausland verlegt. Die Verlegung des Wohnsitzes ist uns vor dem Umzug mitzuteilen.

§ 2 Welche Zusatzleistungen erbringen wir, wenn eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert und ein Rentenanspruch entstanden ist?

1. Ist eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert und ein Anspruch auf Rentenzahlung entstanden, erbringen wir folgende Zusatzleistungen:
 - a) Behinderungsbedingte Kosten
Innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren nach Eintritt der Berufsunfähigkeit übernehmen wir die Kosten für folgende Maßnahmen bis zu einer Höhe von insgesamt zwei Monatsrenten, höchstens aber 10.000 €, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der Berufsunfähigkeit erforderlich werden:
 - behindertengerechter Umbau des PKW der versicherten Person;
 - behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung;
 - Prothesen und Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl);
 - Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.

Die Kosten sind uns anhand entsprechender Belege nachzuweisen. Im Falle eines zeitlich begrenzten Anerkennnisses (vgl. § 10 Nr. 2) entsteht kein Anspruch auf diese Leistung.

b) Rehabilitationshilfen

Wir übernehmen die Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen bis zu einer Höhe von zwei Monatsrenten, höchstens 10.000 €, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass die Aufnahme einer Berufstätigkeit dadurch früher erfolgen kann.

c) Hilfen zur Umorganisation

Wenn die versicherte Person nach einer Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereiches wieder ihren bisherigen Beruf oder eine andere Tätigkeit so ausübt, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3 mehr gegeben ist und unsere Leistungspflicht daher endet, beteiligen wir uns an den Umgestaltungskosten bis zu einer Höhe von vier Monatsrenten, höchstens aber 20.000 €.

d) Wiedereingliederungshilfen

Endet der Anspruch auf Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, weil Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3 nicht mehr gegeben ist, zahlen wir als Einmalleistung eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von zwei Monatsrenten. Der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe entsteht an dem Tag, an dem die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden muss (vgl. § 11 Nr. 3). Nach Ablauf eines zeitlich befristeten Anerkennnisses (vgl. § 10 Nr. 2) wird eine Wiedereingliederungshilfe nicht gezahlt. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden. Tritt innerhalb eines Jahres ab Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe erneut Berufsunfähigkeit ein, entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe. Ist die Wiedereingliederungshilfe bereits ausgezahlt, so wird sie mit zukünftigen Versicherungsleistungen verrechnet.

2. Obergrenzen für Zusatzleistungen

Die Summe der von uns als behinderungsbedingte Kosten, Rehabilitationshilfen und Wiedereingliederungshilfen zu erbringenden Leistungen ist während der Versicherungsdauer auf insgesamt vier Monatsrenten und einschließlich Hilfen zur Umorganisation auf sechs Monatsrenten begrenzt.

§ 3 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder altersentsprechenden sowie mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich außerstande sein wird, ihrem zuletzt ausgeübten Beruf wie in gesunden Tagen nachzugehen (= Verzicht auf abstrakte Verweisung) und auch keine andere Tätigkeit konkret ausübt, die sie aufgrund ihrer

Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (= konkrete Verweisung). Wir erbringen in diesem Fall unsere Leistungen bereits ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraumes.

2. Eine Tätigkeit entspricht dann der bisherigen Lebensstellung, wenn

- sie wirtschaftlich und hinsichtlich ihrer sozialen Wertschätzung mit dem zuletzt ausgeübten Beruf vergleichbar ist und
- das daraus erzielbare jährliche Einkommen mindestens 80 % des durchschnittlichen Einkommens aus Erwerbstätigkeit der letzten drei Jahre vor der Berufsunfähigkeit beträgt.

Bei der Ermittlung werden krankheitsbedingte Einkommensausfälle ausgeglichen. Die Umstände des Einzelfalls werden bei der Festlegung der zumutbaren Einkommensminderung berücksichtigt. Sollte der Bundesgerichtshof einen höheren Prozentsatz für das durchschnittliche Einkommen festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich.

3. Vollständige Berufsunfähigkeit liegt ebenso vor, wenn für die zuletzt in gesunden Tagen zu mindestens 50 % ausgeübte Tätigkeit, wegen einer Infektion oder wegen der Gefahr einer Infizierung Dritter, durch die zuständige Behörde ein vollständiges Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz ausgesprochen wird (Infektionsklausel). Das vollständige Tätigkeitsverbot muss sich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstrecken. Mit der Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes entfällt der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistung. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit zu mehr als 50 % konkret ausübt, die entsprechend ihrer Ausbildung und Fähigkeiten und ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübt werden kann, und die ihrer Lebensstellung gemäß Nr. 2 entspricht, die vor Eintritt des Tätigkeitsverbotes bestanden hat.

4. Als Beruf gilt die berufliche Tätigkeit, die zuletzt ohne erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübt wurde. Setzt sich die zuletzt ausgeübte Tätigkeit aus einer Teil-Erwerbstätigkeit und einer Haushaltsführung zugunsten anderer im Sinne von Nr. 6 a) (Hausfrau/Hausmann) und/oder zur Versorgung pflegebedürftiger Familienangehöriger zusammen, so werden alle Bestandteile dieser beruflichen Betätigung zusammengekommen als Beruf zugrunde gelegt. Werden mehrere Berufe in Teilzeit nebeneinander ausgeübt, so werden alle Bestandteile dieser beruflichen Betätigungen zusammengekommen als Beruf zugrunde gelegt.
5. Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine berufliche Tätigkeit aus aufgrund von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, Mutterschutz, Elternzeit, Pflege von nahen Angehörigen, Sabbatical mit ruhendem Arbeitsverhältnis, passive Altersteilzeit, besteht Versicherungsschutz auf Grundlage der zuletzt ohne erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung vor Ausscheiden aus dem Beruf ausgeübten Tätigkeit und ihrer Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens.

Nur wenn die versicherte Person die Tätigkeit als Hausmann/frau dauerhaft aufgenommen hat, gilt dies als Berufswechsel und dann legen wir für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit die Tätigkeit als Hausfrau/mann zu Grunde.

6. Als Beruf gilt:
- bei Hausfrauen und Hausmännern die Tätigkeit eines Hauswirtschafters;
 - bei Auszubildenden wird als versicherter Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild zu Grunde gelegt. Dies gilt für die gesamte Dauer der Ausbildung;
 - bei Studenten an einer staatlich anerkannten Universität oder Fachhochschule gilt bis zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit als versicherter Beruf der mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums angestrebte Beruf.
7. Bei Schülern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist als Schüler am regulären Unterricht, so wie er zuletzt ohne erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung stattgefunden hat, teilzunehmen. Berufsunfähigkeit bei Schülern liegt nur dann vor, wenn die versicherte Person keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt oder andere Schulform konkret besucht. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung auf eine andere Schulform.
- Zur Ermittlung der Berufsunfähigkeit bei Schülern berücksichtigen wir folgende Punkte:
- Ausstattung des Schulgebäudes;
 - kann der Schüler den Schulweg bewältigen sowie die erforderlichen Verkehrsmittel nutzen;
 - kann der Schüler dem Unterricht folgen (Aufnahmefähigkeit und Konzentration) und sich daran beteiligen (schriftlich und mündlich);
 - kann der Schüler die Hausaufgaben bewältigen.
8. Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit brauchen Sie uns einen Wechsel oder das Ende der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person nicht anzuzeigen.
9. Wird während der Laufzeit des Vertrages eine Meisterprüfung erfolgreich bestanden, kann eine Überprüfung der dem Vertrag zugrundeliegenden Berufsgruppe beantragt werden.
10. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in zumutbarer Weise weiterhin als Selbstständiger nach einer Umorganisation innerhalb ihres Betriebes tätig sein könnte. Als selbstständig gilt, wer (Mit-) Inhaber der Organisationsgewalt über einen Betrieb ist (z. B. Freiberufler, Gewerbetreibende, sonstige Selbstständige, nicht sozialversicherungspflichtige Geschäftsführer). Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn der versicherten Person die Stellung als Betriebsinhaber erhalten bleibt, die Kosten für die Umorganisation zumutbar sind und sich die durch die Umorganisation ergebende Minderung des Gewinns vor Steuern auf höchstens 20 % bezogen auf

den durchschnittlichen jährlichen Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre beläuft bzw. voraussichtlich belaufen wird. Zur Beurteilung der umorganisationsbedingten Minderung des Gewinns vor Steuern sind uns geeignete Unterlagen (z. B. Betriebswirtschaftliche Auswertung, Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung, etc.) der letzten drei Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit einzureichen.

In folgenden Fällen entfällt eine Prüfung auf Umorganisation:

- Der Selbstständige hat einen Hochschulabschluss und ist zu mindestens 90 % der durchschnittlichen Arbeitszeit kaufmännisch, planerisch, leitend oder organisatorisch tätig, oder
- der Selbstständige beschäftigt in seinem Betrieb in den letzten zwei Jahren durchgehend weniger als 5 Mitarbeiter. Ausgenommen sind Praktikanten, Werkstudenten und Auszubildende.

11. Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern erfolgt keine Prüfung der Umorganisation des Arbeitsplatzes.
12. Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % ist gegeben, wenn die in Nr. 1 genannten Voraussetzungen mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % erfüllt waren oder voraussichtlich erfüllt sein werden.

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

13. Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % wird auch bei Pflegebedürftigkeit angenommen. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich sein wird, dass sie für eine oder mehrere der in Nr. 14 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Im Falle von Pflegebedürftigkeit erbringen wir unsere Leistungen ebenfalls bereits ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraumes. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
14. Pflegebedürftigkeit ist gegeben, wenn wenigstens eine der folgenden Voraussetzungen zutrifft:
- 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;
 - Aufstehen und Zubettgehen: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann;
 - An- und Auskleiden: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann;
 - Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann;

- e) Waschen, Kämmen oder Rasieren: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen;
- f) 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 Bett-schüssel 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, und kann die versicherte Person diese Hilfsmittel selbstständig verwenden, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor.

- 15. Unabhängig von diesen Voraussetzungen liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf. Das Gleiche gilt für eine versicherte Person, die dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann, oder die 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.
- 16. Ebenso ist Pflegebedürftigkeit gegeben, wenn die versicherte Person an Demenz erkrankt ist. Es muss mindestens Schweregrad 5 („mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“) vorliegen, der über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg ermittelt wurde.
- 17. Vorübergehende akute Erkrankungen oder Besserungen sowie Unterbrechungen der Pflegebedürftigkeit werden bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit besteht oder fortbesteht, nicht berücksichtigt. Eine Erkrankung, Besserung oder Unterbrechung der Pflegebedürftigkeit gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

1. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen, den Kapitalerträgen, dem Risikoergebnis und dem übrigen Ergebnis.

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung. Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt und zwar nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 %.

Weitere Überschüsse können aus den Erträgen der Kapitalanlagen entstehen. Von den anzurechnenden Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in der Mindestzuführungsverordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Aus den verbleibenden Mittel wird die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer dotiert.

- b) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Kriterium für die Bildung einer solchen Gruppe ist vor allem das versicherte Risiko. Danach werden Berufsunfähigkeitsversicherungen, Risikoversicherungen, Kapitallebensversicherungen sowie die Rentenversicherungen eigenen Gruppen zugeordnet. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Absatz 1 VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

2. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

- a) Ihre Versicherung gehört zur gleichen Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.
- b) Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifikalkulation ermittelt. Die Tarifikalkulation ist von den DAV-Tafeln 2021IM/F, 2021TIM/F, 2021RIM/F sowie 2021ATM/F abgeleitet. Hierbei werden aus den geschlechterspezifischen Tafeln unter Ansetzung von Mischungsverhältnissen für Männer bzw. Frauen geschlechtsunabhängige Unisex tafeln erzeugt. Als Rechnungszins wurde 0,25 % angesetzt.
- c) Die Überschussbeteiligung besteht aus einem monatlichen Sofortrabatt, der in Prozent des Risikobeitrags für das versicherte Berufsunfähigkeitsrisiko bemessen wird. Die Zuteilung erfolgt zu Beginn eines jeden Monats. Die monatlichen Überschussanteile werden vorschüssig aus den Risikobeiträgen für das versicherte Berufsunfähigkeitsrisiko berechnet und dem Fondsguthaben zugeführt.

3. Gewinngruppen

- a) Verträge in Anwartschaft

Wartezeit:	keine
Risikoüberschuss:	in Prozent des Risikobeitrags für das versicherte Berufsunfähigkeitsrisiko
Überschussystem:	Fondsanlage
- b) Verträge im Rentenbezug bei Berufsunfähigkeit

Wartezeit:	ein Jahr ab Ende des Versicherungsjahres
Zinsüberschuss:	in Prozent der Deckungsrückstellung
Überschussystem:	Rentenerhöhung

4. Überschussysteme

- a) Überschussystem Fondsanlage

Der Anspruch auf laufende Überschussanteile entsteht monatlich und besteht aus dem Risikoüberschuss. Diesen schütten wir an alle überschussberechtigten Verträge, die zum Monatsersten noch in Kraft sind, monatlich aus. Die Aufteilung auf die einzelnen Fonds Ihrer Versicherung erfolgt gemäß deren Anteil am Gesamtwert der vorhandenen Fondsanteile.

Bei der Anlage in Fondsanteile werden keine Ausgabeaufschläge erhoben.
- b) Überschussystem Rentenerhöhung

Im Rentenbezug bei Berufsunfähigkeit werden die jährlich anfallenden Zinsüberschussanteile dazu verwendet, die jeweils fälligen Renten zu erhöhen.

5. Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung ist insbesondere bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist. Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse, außer wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war. Wir werden aber leisten, wenn die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei, des Bundesgrenzschutzes oder einer staatlich anerkannten Hilfsorganisation im Auftrag der Bundesrepublik Deutschland mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen teilnimmt;
- b) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Einfache und grob fahrlässige Verstöße sowie Delikte im Straßenverkehr sind davon nicht betroffen;

- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- 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 darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und dies mit einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistung nicht mehr gewährleistet ist.

§ 6 Welche Besonderheiten gelten bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?

1. Abweichend von § 6 Nr. 9 der Allgemeinen Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung gilt für die Zusatzversicherung folgende Regelung:
Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf die Möglichkeit der Vertragsanpassung bzw. der Vertragsbeendigung.
2. Abweichend von § 6 Nr. 13 der Allgemeinen Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung gilt für die Zusatzversicherung folgende Regelung:
Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von drei Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.
3. Alle weiteren Regelungen des § 6 der Allgemeinen Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung gelten für die Zusatzversicherung entsprechend.

§ 7 Wie erfolgt die Beitragszahlung?

Für die Zusatzversicherung zahlen Sie für jeden Versicherungsmonat einen laufenden Beitrag, der zu Beginn des Versicherungsmonats fällig wird. Den Beitrag entnehmen wir zum Fälligkeitstermin aus dem Fondsguthaben der Hauptversicherung.

§ 8 Wann können Sie Ihren Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung überprüfen lassen?

1. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags ist auch abhängig von dem bei Abschluss des Vertrags ausgeübten Beruf der versicherten Person. Wenn die versicherte Person ihren Beruf wechselt, können Sie prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der zu zahlende Beitrag reduziert. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person Schüler(in) ist und ein Studium, eine Ausbildung oder eine Berufstätigkeit aufnimmt.
2. Folgende Voraussetzungen gelten:
 - a) Sie teilen uns den neuen Beruf der versicherten Person bzw. bei einem(r) Schüler(in) die Aufnahme eines Studiums, einer Ausbildung oder einer Berufstätigkeit in Textform (z.B. Papierform, E-Mail) mit.
 - b) Die versicherte Person übt den neuen Beruf seit mindestens sechs Monaten aus. Diese Voraussetzung muss nicht erfüllt sein, wenn die versicherte Person vor dem Wechsel Schüler(in) oder Student(in) war.
 - c) Dem neuen Beruf der versicherten Person liegt ein unbefristetes Arbeitsverhältnis zu Grunde.

Wir können die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten Risikoprüfung abhängig machen.

3. Sofern unsere Prüfung ergibt, dass der Berufswechsel bzw. die Aufnahme eines Studiums, einer Ausbildung oder einer Berufstätigkeit zu einer Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den für die verbleibende Versicherungsdauer zu zahlenden Beitrag nach den Rechnungsgrundlagen, die seit Beginn des Vertrages gelten. Ansonsten führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag weiter. Eine Schlechterstellung ist ausgeschlossen. Über das Ergebnis unserer Prüfung werden wir Sie informieren. Im Falle einer Beitragsreduzierung ist diese wirksam ab der nächsten Beitragsfälligkeit nach Meldungseingang gemäß Nr. 2 a).

Eine Beitragsreduzierung hat zur Folge, dass sich der monatlich fällige Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung reduziert. Dieser wird zu den Fälligkeitsterminen aus dem Fondsguthaben der Hauptversicherung entnommen. Der Beitrag Ihrer fondsgebundenen Hauptversicherung ändert sich hierdurch nicht.

Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben vereinbarte Zuschläge und/oder Ausschlüsse unverändert bestehen.

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

1. Ohne die Mitwirkung des Versicherungsnehmers und die der versicherten Person können wir den Leistungsfall bzw. unsere Leistungspflicht nicht prüfen. Den Umfang der Pflichten (Obliegenheiten) haben wir im Folgenden geregelt. Sofern die versicherte Person nicht zugleich auch Versicherungsnehmer ist, gelten die Obliegenheiten auch für die versicherte Person. Die Folgen einer Verletzung der Obliegenheiten haben wir in § 12 aufgeführt.

Neben der Feststellung des Versicherungsfalls können wir auch die Wirksamkeit des Vertrages prüfen (siehe auch § 6). Auch hier sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet.

Um Sie bei der Beschaffung der erforderlichen Nachweise zu unterstützen, stellen wir Ihnen nach der Anmeldung des Versicherungsfalls einen umfassenden Fragebogen für Angestellte bzw. Selbstständige zur Verfügung. Dieser beinhaltet alle relevanten Fragen gemäß den folgenden Absätzen c, f und g.

Wenn Sie eine Leistung geltend machen, müssen Sie uns auf Verlangen und auf Ihre Kosten folgende Auskünfte erteilen und Unterlagen einreichen, bzw. bei deren Beschaffung mitwirken:

- a) Eine Schilderung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) aufgrund welcher Ursachen Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann, oder eingeschränkt ist. Statt der versicherten Person kann diese Schilderung auch von einem Dritten abgegeben werden, der zur Auskunftserteilung berechtigt bzw. legitimiert ist (z.B. Versicherungsnehmer, Rechtsanwalt, Leistungsfallbegleiter, Versicherungsmakler oder –vermittler sowie Angehörige).

Bitte geben Sie uns jede einzelne Ursache und, soweit bekannt, vorliegende Diagnosen an, aufgrund derer Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann bzw. eingeschränkt ist. Die anzugebenden Ursachen können sich auch auf verschiedene Krankheitsbilder oder mehrere Gesundheitsstörungen beziehen. Über diese Ursachen und diese Diagnosen können Ihnen auch Ihre Ärzte, Krankenhäuser oder sonstige medizinische Behandler Auskunft geben, sofern Sie sich dort in medizinischer Behandlung befanden bzw. befinden.

Darüber hinaus benötigen wir noch folgende Angaben:

- Den Zeitpunkt, an dem erstmals eine gesundheitliche Beeinträchtigung aufgetreten ist, die die Ausübungen Ihrer beruflichen Tätigkeit verhindert oder eingeschränkt hat.
 - Den Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Beschreibung von den ersten Anzeichen der Beeinträchtigungen oder dem Ereignis, welches zu den Beeinträchtigungen geführt hat bis hin zu dem Zeitpunkt, an dem Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden konnte bzw. eingeschränkt war).
 - Eine Schilderung in Ihren eigenen Worten, wie sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf Ihre berufliche Tätigkeit auswirken (z.B. reduzierte Arbeitszeit bis hin zur Aufgabe der Tätigkeit, Einschränkungen Ihrer ausgeübten Teiltätigkeiten).
- Mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in diesen Bedingungen sind immer die Beeinträchtigungen gemeint, aufgrund derer Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann oder eingeschränkt ist.

- b) Arztbriefe, ärztliche Berichte Ihrer behandelnden Ärzte sowie medizinischen Behandler (wie z.B. Psychotherapeuten), die Sie wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen behandelt haben, oder aktuell behandeln, benötigen wir in Textform. Dies gilt sowohl für ambulante als auch stationäre Behandlungen. Die Arztbriefe und die ärztlichen Berichte werden nur ab dem in Buchstabe a) genannten Zeitraum benötigt.

Die ärztlichen Berichte müssen folgende Informationen erhalten:

- Ursache der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Nennung jeder einzelnen Ursache, jedes einzelnen Ereignisses gemäß Absatz a)) bzw. jede Folge eines Ereignisses;
- Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Nennung des Zeitpunktes, an dem sich die versicherte Person erstmals wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung aufgrund der zuvor genannten Ursachen behandeln ließ);
- Diagnose/n der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en;
- durchgeführte ärztliche Behandlungen;
- Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Beschreibung von den ersten Anzeichen einer Beeinträchtigung oder dem Ereignis, welches zu der Beeinträchtigung geführt hat bis hin zu dem Zeitpunkt, an dem Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden konnte oder eingeschränkt gewesen ist);
- voraussichtliche Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en (Prognose);
- Beurteilung der zeitlichen Einsatzfähigkeit der bisher ausgeübten Tätigkeiten, sofern dies dem Arzt möglich ist.

Hierbei unterstützen wir Sie gerne und fordern die erforderlichen ärztlichen Auskünfte direkt bei Ihren Ärzten an. Hierzu sind von Ihnen lediglich alle Ihre behandelnden Ärzte, Krankenhäuser und –anstalten, medizinische Behandler anzugeben und eine Schweigepflichtentbindung für die jeweilige Stelle zu erteilen.

- c) Eine detaillierte Schilderung von Ihnen als versicherte Person über Ihre beruflichen Tätigkeiten vor Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en sowie bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht. Bitte erstellen Sie dazu einen tabellarischen Stundenplan für jeden Arbeitstag in einer durchschnittlichen Arbeitswoche.

Die Schilderung sollte mindestens folgende Angaben beinhalten:

- Berufsbezeichnung/en;
- Stellung im Betrieb;
- Personalverantwortung (wenn ja für wieviel Mitarbeiter);

- Beginn und Ende eines Arbeitstages;
- Gesamtarbeitszeit (inkl. Pausen und Wegzeiten) pro Arbeitstag / Arbeitswoche / Arbeitsmonat;
- alle einzelnen Teiltätigkeiten (Einzelverrichtungen);
- Art der Ausübung der Einzelverrichtungen (z.B. Körperbelastung durch Heben von schweren Lasten; stehendes Arbeiten; extreme Belastungen, wie z.B. Hitze, Kälte, etc.);
- Angaben des Anteils an kaufmännischer Tätigkeit (z.B. Arbeiten am Schreibtisch), reisende Tätigkeit (z.B. Fahrten mit dem PKW im Außendienst), körperliche Tätigkeit (z.B. handwerkliche Tätigkeiten), künstlerische Tätigkeit (z.B. kreatives Arbeiten).

Bei selbstständig tätigen Personen sind zusätzlich anzugeben:

- Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer;
 - davon Anzahl der Arbeitnehmer mit Prokura oder Handlungsvollmacht;
 - Anzahl, Größe und Ausstattung der Betriebsstätte(n) und Filiale(n);
 - Darstellung, ob und ggfs. inwieweit durch betriebliche Veränderungen die bestehenden Leistungseinschränkungen der versicherten Person ausgeglichen werden können.
- d) Nachweise über die Höhe des Einkommens in den letzten 36 Monaten vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en (zur Dokumentation der sozialen Stellung der versicherten Person) durch Vorlage von Lohn-/ Gehaltsabrechnungen für diesen Zeitraum. Ergänzend ist der letzte vorliegende Einkommensteuerbescheid vorzulegen.
- Bei selbstständig tätigen Personen sind die Jahresabschlüsse der letzten drei Wirtschaftsjahre vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en und der letzte vorliegende Einkommensteuerbescheid vorzulegen.
- Bei freiberuflich tätigen Personen und sonstigen nicht bilanzierungspflichtigen Selbstständigen sind die Einnahme-Überschuss-Rechnungen der letzten drei Kalenderjahre vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en und der letzte vorliegende Einkommensteuerbescheid vorzulegen.
- e) Sofern Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit beantragt werden, ist uns zusätzlich ein Nachweis über den Pflegegrad von offizieller Stelle (Medizinischer Dienst der Krankenkasse) vorzulegen. Sofern dieser Nachweis nicht vorliegt, ist alternativ eine Bestätigung der Einrichtung bzw. eine Stellungnahme der Person, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der erforderlichen Pflege einzureichen.
- f) Aufstellung aller Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person seit Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en ab dem in a) genannten Zeitpunkt in Behandlungen war, ist und künftig sein wird (soweit bekannt). Mit Angabe des Namens, der Anschrift und des Fachgebietes.

Darüber hinaus benötigen wir die Angabe anderer Versicherungsgesellschaften, bei denen die versicherte Person ebenfalls gegen Berufsunfähigkeit versichert ist, Unfallversicherer (sofern die gesundheitliche/n Beeinträchtigung/en durch einen Unfall verursacht wurden), private und gesetzliche Krankenversicherer, Berufsgenossenschaften (sofern die gesundheitliche/n Beeinträchtigung/en auf einer Berufskrankheit beruhen könnten), der Sozialversicherung und dem Versorgungsamt.

- g) Angaben zum Beruf (siehe Absatz c) und zum beruflichen Werdegang (z.B. Schulausbildung, Ausbildung, Tätigkeiten im bisherigen Berufsleben). Diese Angaben benötigen wir, um die konkrete Verweisung prüfen zu können.
- h) Neben den unter § 9 geregelten Auskunftspflichten im Zusammenhang mit der Prüfung eines Leistungsanspruches kann eine weitergehende Auskunftspflicht nach § 6 bestehen.

2. Wir können zusätzlich auf unsere Kosten maximal eine ärztliche Untersuchung je medizinischer Fachrichtung durch von uns beauftragte Ärzte, Psychotherapeuten für die neuropsychologische Zusatztestung bzw. Gutachter innerhalb von 12 Monaten verlangen, um festzustellen, welche Leistungseinschränkungen im Einzelnen vorliegen. Sollte sich die versicherte Person im Ausland aufhalten, übernehmen wir die Reise- und Unterbringungskosten für Untersuchungen in Deutschland in angemessener Höhe. Angemessen bedeutet für uns zum Beispiel:

- ein Zugticket in der zweiten Klasse,
- bei Anreise mit dem eigenen PKW: Abrechnung der gefahrenen Kilometer mit der dann gültigen Entfernungspauschale,
- Unterbringung in einem Mittelklassehotel.

Dies gilt nur, wenn nach Prüfung der uns bis dahin vorliegenden medizinischen Unterlagen eine Entscheidung über den Leistungsantrag nicht möglich ist. In diesem Fall ist die versicherte Person verpflichtet uns zu ermächtigen, die vorliegenden Informationen über den Vertragsinhalt, den Beruf und die Gesundheitsdaten an den medizinischen Gutachter zu übermitteln. Ferner ist der Gutachter auch uns gegenüber schriftlich von seiner ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.

3. Zumutbare Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt trifft, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, sind zu befolgen. Zumutbar sind:

- a) die Verwendung verordneter Heil- oder Hilfsmittel, z. B. der Gebrauch einer Seh- oder Hörhilfe und von Prothesen;
- b) Maßnahmen, die nicht mit besonderen Schmerzen oder Gefahren verbunden sind sowie sichere Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung bieten. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

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

1. Nach Prüfung der bei uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder weitere Unterlagen für die Prüfung anzufordern oder Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z. B. ein neutrales Gutachten) einleiten werden. Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig, mindestens monatlich, über den Sachstand informieren und fehlende Unterlagen zeitnah anfordern.
2. Wir können in sachlich begründeten Ausnahmefällen einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis unter einstweiliger Zurückstellung der Frage aussprechen, ob der Versicherte berufsunfähig im Sinne von § 3 ist. Die Dauer des mit zeitlicher Begrenzung ausgesprochenen Anerkenntnisses darf insgesamt zwölf Monate nicht überschreiten. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen werden nicht zurückgefordert, auch wenn später kein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit entsteht. Die Kosten, die für die Überprüfung der weiteren Fortdauer des Leistungsanspruches entstehen, werden von uns übernommen.

§ 11 Was gilt für die Nachprüfung der Berufs-unfähigkeit?

1. Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufs-unfähigkeit im Sinne von § 3, ihren Grad, die Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. Dies gilt jedoch nicht für die Dauer des zeitlich begrenzten Anerkenntnisses nach § 10 Nr. 2.
2. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 9 Nr. 2 und 3 gelten entsprechend.
3. Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, bzw. sind bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit die Voraussetzungen des § 3 Nr. 13 bis 16 entfallen, 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, frühestens aber nach sechs Monaten ab Beginn unserer Leistungspflicht. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

§ 12 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufs-unfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 9 oder § 11 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchshebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 13 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

1. Diese Zusatzversicherung bildet mit der fondsgebundenen Rentenversicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, spätestens mit dem vereinbarten Rentenbeginn, erlischt auch diese Zusatzversicherung.
2. Die Zusatzversicherung können Sie jederzeit zum Schluss eines jeden Versicherungsmonats für sich allein in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) kündigen. Aus der gekündigten Zusatzversicherung können Sie keinen Rückkaufswert erhalten. Auch die Rückzahlung der Beiträge ist nicht möglich.
3. Erbringen wir Leistungen aus der Zusatzversicherung, läuft die Hauptversicherung unverändert weiter. Während der Zeit der Berufsunfähigkeit werden dem Fondsguthaben der Hauptversicherung keine Beiträge für die Leistungen bei Berufsunfähigkeit entnommen.
4. Ansprüche aus der Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch die Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung nicht berührt.
5. Ansprüche aus der Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.
6. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die fondsgebundene Rentenversicherung sinngemäß Anwendung.

II Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur fondsgebundenen Rentenversicherung

Sofern in Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung „XL“ zur fondsgebundenen Rentenversicherung eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert ist, gelten für unser Vertragsverhältnis zusätzlich die nachfolgenden Besonderen Bedingungen.

1. Tritt bei der versicherten Person eines der in Nr. 2 aufgeführten Ereignisse ein, so haben Sie das Recht, innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Ereignisses die zuletzt vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Die Berechnung der Nachversicherung erfolgt auf Basis des im Vertrag aktuell zugrunde gelegten Berufes. Hobbys und Freizeitaktivitäten werden im Rahmen der Nachversicherung nicht erneut geprüft. Zwischenzeitlich aufgetretene Erkrankungen oder aufgenommene Freizeitaktivitäten können somit nicht zu einer Beitragserhöhung führen. Es erfolgt lediglich eine finanzielle Angemessenheitsprüfung. Jede einzelne Nachversicherung gemäß Nr. 2 und Nr. 3 gilt für sich als Abschluss eines neuen Versicherungsvertrags mit den dann gültigen Versicherungsbedingungen, Tarifen und gesetzlichen Bestimmungen.
2. Ereignisse, die das Recht zur Inanspruchnahme einer Nachversicherung begründen, sind:
 - Erreichen der Volljährigkeit;
 - Heirat bzw. Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
 - Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
 - Tod des erwerbstätigen Ehepartners oder des eingetragenen Lebenspartners;
 - Geburt oder Adoption eines Kindes;
 - Wechsel von einer mindestens seit einem Jahr laufenden Teilzeittätigkeit oder einem befristeten Arbeitsverhältnis auf eine unbefristete Vollzeitstelle;
 - erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung, eines Hochschulstudiums oder einer Höherqualifikation (z.B. Meisterprüfung, Fachwirt, Facharzt-Anerkennung, Promotion);
 - bei Abschlusses eines Hochschulstudiums und Beginn einer beruflichen Tätigkeit, die dieses Studium typischer Weise voraussetzen, gibt es eine einmalige Erhöhungsmöglichkeit um bis zu 100 %. Dies muss innerhalb von 12 Monaten nach dem Ereignis angezeigt werden. Zu diesem Zeitpunkt der Erhöhung darf die versicherte Person das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Wenn dieser Nachversicherungsanlass voll genutzt wird, so sind weitere Nachversicherungen ohne erneute Gesundheitsprüfung nicht mehr möglich, da insgesamt während der gesamten Vertragslaufzeit nur eine Erhöhung von 100 % der anfänglichen vereinbarten Rentenhöhe möglich ist.

- Erstmaliger Beginn einer Berufsausbildung oder eines Hochschulstudiums (Vollzeit). Eine Erhöhung von bis zu 50 % der anfänglichen vereinbarten Rentenhöhe ist möglich, maximal kann aus diesem Anlass auf 1.500 € Monatsrente erhöht werden. Sollte die versicherte Monatsrente nach Erhöhung insgesamt über 1.000 € liegen, muss eine Dynamik (falls vorher vereinbart) ausgeschlossen werden;
- erstmaliger Auszug aus der elterlichen Wohnung;
- erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten durch das Jahreseinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit;
- Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen in der gesetzlichen Rentenversicherung für eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Freiberuflern und Selbstständigen;
- Wegfall oder Reduzierung der Berufsunfähigkeitsrente aus einem berufsständigen Versorgungswerk;
- bei Steigerung des monatlichen Bruttoeinkommens aus nicht selbstständiger Tätigkeit um mindestens 10 % im Vergleich zu den letzten zwölf Monaten vor der Erhöhung (jeweils ohne Berücksichtigung von Sonderzahlungen, Bonuszahlungen oder Tantiemen). Bei beruflich Selbstständigen: Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern des letzten Kalenderjahres um mindestens 25 % im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der zwei davorliegenden Kalenderjahre.
- Wegfall oder Reduzierung der betrieblichen Altersversorgung, z. B. bei Arbeitgeberwechsel in eine vergleichbare oder bessere Position;
- erstmaliger Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit, falls die versicherte Person aus dieser Berufstätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht;
- Aufnahme eines Darlehens in Höhe von mindestens 50.000 € zur Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie durch die versicherte Person oder ihren Ehepartner.

Das Vorliegen dieser Ereignisse ist uns durch entsprechende Unterlagen (z. B. Urkunden) nachzuweisen.

3. Bis fünf Jahre nach dem Versicherungsbeginn kann die Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung auch unabhängig von einem bestimmten Ereignis ausgeübt werden. Diese Option endet, wenn die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet hat.
4. Eine Nachversicherung ist nur zulässig, wenn die jährliche Rente hierdurch um mindestens 600 € erhöht wird. Bei Eintritt eines jeden der in Nr. 2 aufgeführten Ereignisse darf (sofern nicht abweichend in dem Ereignis beschrieben) die Jahresrente um bis zu 25 % der bei Vertragsbeginn vereinbarten jährlichen Rente erhöht werden. Die Erhöhungen der jährlichen Renten im Rahmen der Nachversicherungsgarantie dürfen während der Versicherungsdauer insgesamt höchstens 100 % der bei Vertragsbeginn vereinbarten jährlichen Rente betragen; die versicherte Jahresrente einschließlich aller Erhöhungen darf hierbei 36.000 € nicht überschreiten.

Voraussetzung für die Zulässigkeit jeder einzelnen Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie ist, dass nach erfolgter Leistungserhöhung die gesamte Jahresrente aller auf den Versicherten bei privaten Versicherern abgeschlossenen Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen steht, d.h. das letzte jährliche Nettoeinkommen der versicherten Person nicht übersteigt. Wir haben das Recht, diese Voraussetzung zu überprüfen.

5. Die Nachversicherung bewirkt eine Beitragserhöhung, deren Höhe sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person (Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person), der Laufzeit der Nachversicherung und nach der Risikoeinstufung des abgeschlossenen Vertrages errechnet.
6. Sofern die Voraussetzungen für die Nachversicherung vorliegen, tritt der erhöhte Versicherungsschutz zu Beginn der nächsten Versicherungsperiode nach Beantragung der Nachversicherung in Kraft. Der erhöhte Versicherungsschutz erstreckt sich längstens bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die Versicherungsdauer der ursprünglichen Berufsunfähigkeitsversicherung endet.
7. Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erlischt, wenn
 - bei einem unter Nr. 2 beschriebenen Ereignis die versicherte Person das 50. Lebensjahr bzw. gemäß Nr. 3 das 40. Lebensjahr vollendet hat oder
 - eine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung „XL“ vorliegt oder
 - zum Zeitpunkt der Erhöhung die Voraussetzungen für die Berufsunfähigkeit erfüllt sind.

Nach Meldung eines Leistungsfalles werden bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht keine Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherung durchgeführt. Sofern eine Berufsunfähigkeit anerkannt wird, entfällt eine nach Eintritt der Berufsunfähigkeit durchgeführte Erhöhung im Rahmen der Nachversicherung rückwirkend.