

Inhalt

I	Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Berufsunfähigkeitsversicherung	2	§ 17	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	16
§ 1	Was ist vorläufig versichert?	2	§ 18	Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	17
§ 2	Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?	2	§ 19	Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?	17
§ 3	Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?	2	§ 20	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	17
§ 4	In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?	2	§ 21	Wer erhält die Versicherungsleistung?	17
§ 5	Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?	2	§ 22	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?	17
§ 6	Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?	2	§ 23	Was gilt bei Änderung Ihrer Wohnanschrift und Ihres Namens?	17
II	Allgemeine Bedingungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung „XXL“	3	§ 24	Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?	18
§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	3	§ 25	Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?	18
§ 2	Welche zusätzlichen Leistungen erbringen wir, wenn ein Rentenanspruch wegen Berufsunfähigkeit entstanden ist?	6	§ 26	Welche Sanktionen führen zum Ausschluss des Versicherungsschutzes?	18
§ 3	Was sind Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	6	§ 27	Was sind die Vertragsgrundlagen, welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde?	18
§ 4	Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik im Rentenbezug vereinbart haben (optionale Leistung)?	9	§ 28	Wo ist der Gerichtsstand?	18
§ 5	Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	9	§ 29	Welche außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren stehen zur Verfügung?	19
§ 6	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	10	III	Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Kündigung und Prämienfreistellung Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung	19
§ 7	Unter welchen Voraussetzungen ist eine Verlängerung der Vertragslaufzeit und der Leistungsdauer ohne Risikoprüfung möglich?	10	IV	Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie zur Berufsunfähigkeitsversicherung	20
§ 8	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	11	V	Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Prämien und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung	22
§ 9	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	11	§ 1	Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Prämien und Versicherungsleistungen?	22
§ 10	Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?	12	§ 2	Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämien und Versicherungsleistungen?	22
§ 11	Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?	12	§ 3	Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?	22
§ 12	Wann können Sie Ihre Prämie überprüfen lassen?	13	§ 4	Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	22
§ 13	Können die Prämien für diese Versicherung angehoben werden?	13	§ 5	Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?	22
§ 14	Wann können Sie die Versicherung kündigen oder prämienfrei stellen?	13	VI	Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Definition der versicherten schweren Erkrankungen eines minderjährigen Kindes	23
§ 15	Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	14			
§ 16	Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit verlangt werden?	14			

Guten Tag,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

I Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Berufsunfähigkeitsversicherung

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

1. Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Fall der Berufsunfähigkeit beantragten Leistungen.
2. Tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Berufsunfähigkeit im Sinne von Abschnitt II, Paragraph 3 ein, so gilt:
 - a) die Befreiung von der Prämienzahlungspflicht und die Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente können Sie nur beanspruchen, wenn uns die Berufsunfähigkeit innerhalb eines Jahres nach ihrem Eintritt angezeigt worden ist;
 - b) die beantragten Leistungen bei Berufsunfähigkeit enden spätestens mit Ablauf der für die Berufsunfähigkeitsversicherung beantragten Leistungsdauer;
3. Im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes beträgt die Höchstrente 18.000 € jährlich. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- b) die Erstprämie für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Prämieinzug erteilt worden ist;
- c) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- d) Ihr Antrag nicht von den von uns angebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht;
- e) die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

1. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei unserer Hauptverwaltung eingeht.
2. Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn,
 - a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
 - b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben;

- c) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
 - d) Sie von Ihrem Rücktrittsrecht Gebrauch gemacht haben;
 - e) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VersVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;
 - f) der Einzug der Erstprämie aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in geschriebener Form oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
3. Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor seiner Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.
2. Weitere Einschränkungen und Ausschlüsse ergeben sich aus § 8 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung „XXL“ (B922-A, Abschnitt II), die sinngemäß gelten.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keine Prämie. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht der Prämie für einen Prämienzahlungsabschnitt. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als die Tarifprämie für die Höchstrente gemäß § 1 Nr. 3. Bereits gezahlte Prämien rechnen wir an.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

1. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung „XXL“ (B922-A, Abschnitt II) auf den vorläufigen Versicherungsschutz Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
2. Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

II Allgemeine Bedingungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung „XXL“

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit

1. Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig (vgl. § 3), so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:
 - a) Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir entsprechend der vereinbarten Rentenzahlungsweise im Voraus, erstmals anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode;
 - b) volle Befreiung von der Prämienzahlungspflicht.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.
3. bei der Anerkennung einer Leistung aus der Berufsunfähigkeit (vgl. Nr. 1 und 2) bzw. aus der Arbeitsunfähigkeit (vgl. Nr. 3) 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.
6. Nach Eintritt des ersten Versicherungsfalles aufgrund einer Krebserkrankung wird keine Versicherungsleistung für weitere Krebsdiagnosen gezahlt, auch dann nicht, wenn die erneute Krebsdiagnose eine Erstdiagnose darstellt.
7. Die Versicherungsleistung gemäß dieser Nr. 4 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.
8. Wenn die Erstdiagnose gemäß dieser Nr. 4 während der Wartezeit gestellt wurde, erfolgt keine Leistung.
9. Sind zu einer Krebserkrankung im Sinne von Nr. 21 und 22 bereits Symptome während der Wartezeit gemäß Nr. 7 aufgetreten, ist eine Leistung aufgrund dieser Krebserkrankung ausgeschlossen.

Unsere schnelle Leistung bei plötzlichem Rollstuhlbedarf

10. 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.
11. 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) bzw. aus der Arbeitsunfähigkeit (vgl. Nr. 3) 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.

Weitere Regelungen zu unseren Leistungen

Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit

12. Für die Anmeldung von Leistungsansprüchen ist keine Meldefrist vereinbart. Der Anspruch auf Rente und Prämienzahlungsbefreiung entsteht mit Beginn des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit gemäß § 3 eingetreten ist.

Unsere Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

3. Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer arbeitsunfähig (vgl. § 3 Nr. 18 und 19), erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:
 - a) Zahlung einer Arbeitsunfähigkeitsrente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente, insgesamt maximal 36 Monatsrenten;
 - b) volle Befreiung von der Prämienzahlungspflicht, insgesamt maximal für 36 Monate.

Unsere schnelle Leistung im Falle einer Krebserkrankung

4. Bei Eintritt einer Krebsdiagnose (Erstdiagnose) im Sinne der Bedingungen (vgl. Nr. 21 und 22) 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. 7 gestellt wurde.
5. 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 des Versicherungsvertrages;
 - b) mit dem Tod der versicherten Person;

13. Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Rentenleistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung, soweit eine solche gem. § 5 ermittelt wird.
14. Bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Prämien weiter entrichten; wir werden jedoch die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Prämien bei Anerkennung der Leistungspflicht verzinst mit dem Rechnungszins des Vertrages zurückzahlen. Auf Ihren Wunsch hin sind wir bereit, die Prämien bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos zu stunden. Im Falle eines Rechtsstreits über unsere Leistungspflicht stunden wir Ihnen die Prämien bis zur rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung. Nach einer abschlägigen Entscheidung sind die gestundeten Prämien innerhalb von 30 Tagen nachzuzahlen. Anstelle der Zahlung der offenen Prämien innerhalb dieser Frist können Sie die gestundeten Prämien durch eine Vertragsänderung bzw. durch Verrechnung mit dem Guthaben oder den Gewinnanteilen tilgen oder in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Prämien nachzahlen. Stundungszinsen erheben wir in diesem Falle nicht.
15. Der Anspruch auf Prämienzahlungsbefreiung und Rentenzahlung endet, wenn
 - Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
 - bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (§ 3 Nr. 13 bis 17), 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 § 18 Nr. 3.

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

16. Der Anspruch auf Prämienzahlungsbefreiung und Rentenzahlung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitsunfähigkeit im Sinne von § 3 Nr. 18 eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn der Berufsunfähigkeitsversicherung. Die Arbeitsunfähigkeit muss uns in geschriebener Form mitgeteilt werden. Eine frühzeitige Mitteilung erleichtert die Prüfung Ihrer Ansprüche.
17. Der Anspruch auf Prämienzahlungsbefreiung und Rentenzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit endet, wenn
 - die Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingung nicht mehr vorliegt,
 - die vereinbarte Leistungsdauer dieses Vertrags abläuft,
 - die maximale Anzahl der Monatsrenten wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurde,
 - Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus diesem Vertrag erbracht werden oder
 - die versicherte Person stirbt.
 Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir für maximal 36 Monate. Zeiträume, für die bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, werden auf diesen maximalen 36-monatigen Leistungszeitraum angerechnet.

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden jeweils befristet für den Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit (vgl. § 16 Nr. 1 h)) vorgelegt werden. Dabei akzeptieren wir Bescheinigungen bis zu zwei Monate in die Zukunft.

Arbeitsversuche im Rahmen einer ärztlich verordneten stufenweisen Wiedereingliederung stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar.

18. Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass die versicherte Person berufsunfähig ist, erbringen wir zu Beginn des nächsten Monats nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ab diesem Zeitpunkt enden die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.
19. Der Zeitraum zwischen dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, und dem Beginn der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, für den wir Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, wird nicht auf die maximale Leistungsdauer wegen Arbeitsunfähigkeit von insgesamt 36 Monaten angerechnet.
20. Wir leisten nicht gleichzeitig wegen Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit.

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

21. 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) in Lymphknoten oder anderen Organen gebildet hat, eindeutig festgestellt wurde. Bei Krebsvorstufen und Krebsfrühformen wie zum Beispiel das Carcinoma in situ (Cis), sogenannte Borderline-Tumore oder Gebärmutter- und veränderungen 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.
22. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:
 - solide Tumore im prognostischen Stadium I entsprechend der AJCC/UICC-Klassifikation (8. Edition);
 - Leukämien oder maligne Lymphome im prognostischen Stadium/Schweregrad I der für die zugrunde liegende Erkrankung gültigen Klassifikation;
 - Hautkrebs, der nicht dem schwarzen Hautkrebs (dem malignen Melanom) zugeordnet werden kann, wie zum Beispiel der weiße Hautkrebs oder Dermatofibrosarkoma protuberans;
 - Vorstufen von Blutkrebs, die sich noch nicht zu einer Leukämie/Myelom transformiert/entartet sind, wie zum Beispiel Polycythaemia vera (PV), essentielle Thrombozythämie (ET), Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS) oder myelodysplastisches Syndrom (MDS) etc.;
 - Gehirntumore WHO Grad I.

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.

Unsere zusätzlichen Leistungen bei Berufsunfähigkeit im Rahmen des BU-Konzepts XXL

23. Schwere Krankheit eines Kindes

Falls bei einem leiblichen oder adoptierten Kind der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen eintritt, dieses Kind mindestens ein Jahr alt ist und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zahlen wir beim Eintritt einer schweren Krankheit des Kindes gemäß Abschnitt VI (Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Definition der versicherten schweren Erkrankungen) einmalig zwölf Monatsrenten, maximal jedoch 30.000 €. Der Anspruch auf diese Zusatzleistung entsteht nach Ablauf von vier Wochen seit der Diagnose des behandelnden Arztes, sofern das betreffende Kind diesen Zeitpunkt erlebt. Ausnahmen sind bei einzelnen schweren Krankheiten im Abschnitt VI beschrieben.

Die Leistung wird einmalig gewährt, auch wenn mehrere schwere Krankheiten gleichzeitig oder nacheinander eintreten bzw. wenn bei weiteren Kindern der versicherten Person eine schwere Krankheit auftritt. Falls für die versicherte Person mehrere Verträge bestehen, wird diese Zusatzleistung ebenfalls nur einmal fällig.

Der Anspruch auf diese Zusatzleistung entsteht frühestens ein Jahr nach der Zahlung der Erstprämie. Treten vor diesem Zeitpunkt oder im ersten Lebensjahr des Kindes für die schwere Krankheit erstmalige Symptome auf oder ist die schwere Krankheit direkt oder indirekt auf eine Vorerkrankung zurückzuführen, die bereits im ersten Lebensjahr des Kindes oder vor Vertragsabschluss oder zum Zeitpunkt der Adoption bestand, besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistung.

24. Sofortleistungen bei schweren Unfallverletzungen

Bei den nachfolgend beschriebenen schweren Verletzungen in Folge eines Unfalls, die nicht zur Berufsunfähigkeit führen, erhalten Sie eine Sofortleistung in Höhe von zwölf Monatsrenten, maximal jedoch 12.000 €:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- b) Amputation einer Hand oder eines Fußes,
- c) Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 20 % der Körperoberfläche,
- d) Schädel-Hirn-Trauma II. oder III. Grades,
- e) dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %,
- f) Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (es müssen mindestens zwei der vier nachstehenden Kategorien betroffen sein):
 - f1) Bruch eines Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - f2) Wirbelkörperbruch,
 - f3) Beckenbruch,

- f4) gewebezerstörender Schaden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Niere.

Tritt die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres nach dem Unfallzeitpunkt ein, verrechnen wir die ausgezahlte Sofortleistung mit den dann fälligen Berufsunfähigkeitsrenten.

Die Sofortleistung in Folge eines schweren Unfalls kann einmalig in Anspruch genommen werden, auch wenn für die versicherte Person mehrere Verträge bei unserem Unternehmen bestehen.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

25. Kinder-Bonus

Bei einer anerkannten Berufsunfähigkeitsleistung erhöht sich die monatlich garantierte Berufsunfähigkeitsrente für sechs Monate um 50 % bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse:

- Geburt eines Kindes der versicherten Person,
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person

Die Zahlung dieser Bonusrente beginnt zum 1. des Folgemonats nach der Geburt oder der Adoption eines Kindes und endet nach Ablauf von sechs Monaten, sofern für diesen Zeitraum der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 3 besteht.

Die maximale Bonusrente beträgt für sechs Monate monatlich 1.000 €. Endet der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente während dieses sechsmonatigen Zeitraums gemäß § 3, endet zum gleichen Zeitpunkt auch die Zahlung der Bonusrente.

Die Bonusrente kann während der gesamten Laufzeit des Vertrages nur einmal beantragt werden.

Die Erhöhungs-Leistung ist auf 6.000 € begrenzt.

Uns sind geeignete Nachweise dafür vorzulegen, dass die jeweiligen Voraussetzungen für die Bonusrente eingetreten sind (z. B. Geburtsurkunde oder Adoptionsurkunde).

Diese Zusatzleistung wird nicht gewährt, wenn wir gemäß § 9 zum Rücktritt bzw. zur Anfechtung berechtigt sind bzw. eine Ablehnung gemäß § 8 erforderlich ist.

26. Leistung bei schwerer Krankheit bei einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal zwölf Monaten

Bei Nachweis der Diagnose einer schweren Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal zwölf Monaten, die nach Zustandekommen des Vertrags und mindestens zwölf Monate vor Ende der Leistungsdauer gestellt wird, zahlen wir für zwölf Monate die Berufsunfähigkeitsrente, die zum Zeitpunkt der Diagnose der schweren Krankheit gültig ist, in einem Betrag. Die gültige Berufsunfähigkeitsrente ist zu jeder Zeit die Rente, die auf Ihrem Versicherungsschein bzw. auf Nachträgen zu Versicherungsschein angegeben ist oder die nachträglich zwischen Ihnen und uns vereinbart worden ist.

Schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes und unseres Gesellschafts-

arztes innerhalb von zwölf Monaten zum Tode führen wird, und bei der keine weitere Behandlung und/oder nur eine rein schmerzlindernde (palliative) Therapie erfolgen kann. In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, die Stellungen eines unabhängigen Facharztes einzuholen.

Überlebt die versicherte Person den 12-monatigen Zeitraum, so bleibt der Vertrag bestehen und die Rentenzahlung beginnt bzw. wird wiederaufgenommen bis zum Tode der versicherten Person bzw. bis zum Ende der Leistungsdauer, sofern weiterhin eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit vorliegt. Dass die versicherte Person überlebt hat, ist uns mit Ablauf des 12-monatigen Zeitraumes mitzuteilen.

Die vorgezogene Leistung bei schwerer Krankheit wird dann nicht gewährt, wenn die schwere Krankheit auf Umstände gemäß § 8 zurückzuführen ist oder auf Umstände, deren Nichtanzeige zum Rücktritt bzw. zur Anfechtung nach § 9 berechtigt.

Einschränkungen während einer prämienfreien Zeit

27. Der Anspruch auf die Zusatzleistungen gemäß Nr. 23 bis Nr. 26 entfällt für den Zeitraum, in dem der Vertrag gemäß § 11 bzw. § 14 in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt wird.

Geltungsbereich

28. 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 zusätzlichen Leistungen erbringen wir, wenn ein Rentenanspruch wegen Berufsunfähigkeit entstanden ist?

1. Ist 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 Anerkenntnisses (vgl. § 17 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 sechs Monatsrenten, höchstens aber 30.000 €.

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 sechs Monatsrenten. Der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe entsteht an dem Tag, an dem die Prämienzahlung wieder aufgenommen werden muss (vgl. § 18 Nr. 3). Nach Ablauf eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses (vgl. § 17 Nr. 2) wird eine Wiedereingliederungshilfe nicht gezahlt. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Versicherungsdauer zweimal in Anspruch genommen werden, höchstens jedoch bis zu einer Gesamtsumme von 30.000 € während der Laufzeit des Vertrages, auch wenn diese verlängert wurde. Tritt innerhalb eines Jahres ab Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe erneut Berufsunfähigkeit ein, entfällt der Anspruch auf diese Wiedereingliederungshilfe. Ist diese Wiedereingliederungshilfe bereits ausgezahlt, so wird sie mit zukünftigen Versicherungsleistungen verrechnet.

2. Obergrenzen für Zusatzleistungen

Die Summe der von uns als behinderungsbedingte Kosten, Rehabilitationshilfen, Hilfen zur Umorganisation und Wiedereingliederungshilfen zu erbringenden Leistungen ist während der Versicherungsdauer auf insgesamt zwölf Monatsrenten, höchstens aber 30.000 €, begrenzt.

§ 3 Was sind Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

a) Berufsunfähigkeit

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 ähnliche Ausbildung und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten wie die zuletzt ausgeübte Tätigkeit erfordert
 - 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 Oberste Gerichtshof 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 ausgeübte Tätigkeit, wegen einer Infektion oder wegen einer anzeigepflichtigen Krankheit durch die zuständige Behörde eine Absonderung oder Beschränkungen nach dem Epidemiegesetz 1950 in seiner jeweils geltenden Fassung ausgesprochen wird und dadurch eine berufliche Tätigkeit der versicherten Person nicht mehr möglich ist, auch nicht remote (Infektionsklausel). Die versicherte Person darf ihre Tätigkeit zu mindestens 50 % nicht mehr ausüben. Das vollständige oder teilweise Tätigkeitsverbot muss sich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstrecken. Mit der Aufhebung des vollständigen oder teilweisen Tätigkeitsverbotes entfällt der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistung. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen oder teilweisen 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 zusammengefasst als Beruf zugrunde gelegt. Werden mehrere Berufe in Teilzeit nebeneinander ausgeübt, so werden alle Bestandteile dieser beruflichen Betätigungen zusammengefasst 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:
 - a) bei Hausfrauen und Hausmännern die Tätigkeit eines Hauswirtschafters;
 - b) bei Auszubildenden wird als versicherter Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild zu Grunde gelegt. Dies gilt für die gesamte Dauer der Ausbildung;
 - c) 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 vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit 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 wird ausschließlich durch die in diesem Absatz beschriebenen Bedingungen definiert. Sozialversicherungsrechtliche Einordnungen sind hierfür nicht maßgeblich. Pflegebedürftigkeit ist gegeben, wenn wenigstens eine der folgenden Voraussetzungen zutrifft:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- a) 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;
- b) 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;

- c) 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;
- d) 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 Bettenschüssel 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 auch 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.

b) Arbeitsunfähigkeit

18. Arbeitsunfähigkeit liegt von Beginn der ersten Krankschreibung vor, wenn
- die versicherte Person mindestens 4 Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig krankgeschrieben ist und
 - anschließend ein Facharzt bescheinigt, dass die versicherte Person voraussichtlich ununterbrochen bis zum Ende eines insgesamt sechsmonatigen Zeitraums arbeitsunfähig sein wird.
- Hat die Arbeitsunfähigkeit bereits sechs Monate ununterbrochen bestanden, genügt es, wenn eine der Krankmeldungen durch einen Facharzt bescheinigt worden ist.
19. Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden jeweils für den Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit vorgelegt werden. Eine bescheinigte voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit akzeptieren wir höchstens über einen Zeitraum von 2 Monaten.
20. Wenn für Ihren Vertrag Leistungseinschränkungen für Art und Umfang des Versicherungsschutzes vereinbart sind, gelten diese auch für die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.

§ 4 Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik im Rentenbezug vereinbart haben (optionale Leistung)?

1. Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig oder arbeitsunfähig (vgl. § 3) wird, erbringen wir folgende zusätzliche Leistung:
- Wir erhöhen Ihre Berufsunfähigkeits- bzw. Arbeitsunfähigkeitsrente nach § 1 jährlich zu Beginn eines Versicherungsjahres um den von Ihnen gewählten Prozentsatz, längstens bis zum Ende der Leistungsdauer. Wir erhöhen die Rente erstmals zu dem auf den Beginn der Leistungspflicht folgenden Versicherungstichtag.
2. Wenn die versicherte Person nicht mehr berufs- oder arbeitsunfähig ist und wir die Leistung einstellen, gilt: Ihr Versicherungsschutz reduziert sich wieder auf die Höhe, bevor die versicherte Person berufsunfähig bzw. arbeitsunfähig wurde.

§ 5 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des deutschen Handelsgesetzbuches (HGB) 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 derzeitiger Rechtslage 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 Mitteln 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 Versicherungsnehmern 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 deutschen Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Absatz 1 des deutschen 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 zum Gewinnverband B45 in der Bestandsgruppe 114. 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 1,0 % angesetzt.
- c) Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung besteht die Überschussbeteiligung aus einem Sofortrabatt, der in Prozent des Bruttobeitrags gemäß Zahlweise bemessen wird. Die Zuteilung erfolgt in anteiliger Höhe gleichbleibend für das ganze Versicherungsjahr zu Beginn eines jeden Monats. Die innerhalb eines Zahlungsabschnitts fällig werdenden monatlichen Überschussanteile werden zu Beginn dieses Zahlungsabschnitts mit den Bruttobeiträgen verrechnet. Ein Rechtsanspruch auf die Überschussanteile entsteht allerdings erst mit ihrer Zuteilung. Beitragsfreie Versicherungen sind nicht überschussberechtig.

3. Gewinngruppen

- a) Verträge in Anwartschaft mit Verrechnung
Wartezeit: keine
Risikoüberschuss: in Prozent des Jahresbeitrags
Überschussystem: Verrechnung
- b) Verträge im Rentenbezug bei Berufsunfähigkeit
Wartezeit: ein Jahr ab Ende des Versicherungsjahres
Zinsüberschuss: in Prozent der Deckungsrückstellung
Überschussystem: Rentenerhöhung

4. Überschussysteme

- a) Überschussystem Verrechnung
Die Überschüsse werden mit den Beiträgen verrechnet.
- 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.

§ 6 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

1. Ihr Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung des Versicherungsscheins erklärt und Sie die erste Prämie (Erstprämie) rechtzeitig (vgl. § 10 Nr. 3 und 4) bezahlt haben. Vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
2. Ein bei Antragstellung ggf. vereinbarter vorläufiger Versicherungsschutz wird hierdurch nicht berührt.

§ 7 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Verlängerung der Vertragslaufzeit und der Leistungsdauer ohne Risikoprüfung möglich?

1. Sie können einmalig eine Verlängerung Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung beantragen. Die Verlängerung erfolgt in dem bestehenden Versicherungsvertrag gemäß den Bestimmungen dieses § 7. Mit der Verlängerung der Vertragslaufzeit erlischt das Recht auf weitere Verlängerungen dieses Vertrages.
Die Berufsunfähigkeitsversicherung darf um bis zu zwölf Jahre, längstens aber bis zum Endalter 65 und unter Berücksichtigung des Höchstalters bei dem aktuell ausgeübten Beruf, verlängert werden. Die Option der Verlängerung muss bis spätestens zum 40. Lebensjahr der versicherten Person in geschriebener Form beantragt werden.
2. Ihr Recht auf Verlängerung ohne erneute Risikoprüfung erlischt, sobald die Voraussetzungen für die Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit erfüllt sind.
3. Mit der Verlängerung ändert sich die Prämie nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. In der Regel führt dies zu einer Erhöhung der Prämie. Die Verlängerung wird zur nächsten Prämienfälligkeit wirksam, nachdem uns Ihre Erklärung zur Verlängerung zugegangen ist.
4. Verlängerung der vereinbarten Versicherungsdauer bei Erhöhung der Regelpensionsaltersgrenze in der Österreichischen Pensionsversicherung: Wenn das Regelpensionsalter in der Österreichischen Pensionsversicherung erhöht wird, können Sie beantragen, dass die Versicherungsdauer Ihrer Versicherung um die Zeitspanne verlängert wird, um die das Regelpensionsalter erhöht wurde. Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlängert sich auch die vereinbarte Leistungsdauer entsprechend. Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Verlängerungsoption sind:

- Sie beantragen die Verlängerung der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung zur Erhöhung der Regelpensionsaltersgrenze in der Österreichischen Pensionsversicherung,
- die versicherte Person darf bei der Beantragung der Verlängerung der Versicherungsdauer höchstens 50 Jahre alt sein,
- bei Ihrer Versicherung ist die Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart,
- Ihre Versicherung ist im Zeitpunkt der Stellung des Verlängerungsantrags nicht prämienfrei gestellt,
- die versicherte Person hat während der Laufzeit des Vertrags keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit oder teilweiser oder vollständiger Erwerbsminderung oder einer Grundfähigkeitsabsicherung erhalten und solche auch nicht beantragt bzw. hätte auch ohne diesbezügliche Beantragung keine Leistungen erhalten,
- die versicherte Person war während der Laufzeit des Vertrags, höchstens in den zurückliegenden zehn Jahren vor Beantragung der Verlängerung der Versicherungsdauer nicht länger als sechs Monate ununterbrochen arbeitsunfähig erkrankt,
- bei der versicherten Person sind die Voraussetzungen für die Berufsunfähigkeit bzw. die bedingungsgemäße Arbeitsunfähigkeit noch nicht erfüllt,
- bei der versicherten Person ist zum Zeitpunkt der Verlängerung auch die Erfüllung der Voraussetzungen für eine Berufsunfähigkeit bzw. die bedingungsgemäße Arbeitsunfähigkeit noch nicht vorhersehbar.

Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir die Prämie bezogen auf die neue Versicherungsdauer nach den dann für die Vertragsverlängerung gültigen versicherungsrechtlichen Grundsätzen neu fest.

§ 8 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 Republik Österreich verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war. Wir werden aber leisten, wenn die versicherte Person als Mitglied des österreichischen Bundesheeres, der Polizei, des Bundesgrenzschutzes oder einer staatlich anerkannten Hilfsorganisation im Auftrag der Republik Österreich 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. Wenn die versicherte Person diesen Strahlen berufsmäßig ausgesetzt ist, werden wir jedoch leisten;

- 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, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder unter dem Druck schwerer körperlicher Leiden 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.

§ 9 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle personenbezogenen Daten (z.B. Alter und Geschlecht der versicherten Person) richtig angeben und alle in Verbindung mit dem Versicherungsschutz gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden sowie sonstigen risikoe erhöhenden Umständen.

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

3. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Nr. 2) schuldhaft nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir innerhalb von drei Jahren seit Vertragsabschluss vom Vertrag zurücktreten.

Tritt der Versicherungsfall innerhalb dieser drei Jahre ein, können wir auch noch nach Ablauf dieser Frist zurücktreten. Wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach welchem nicht ausdrücklich gefragt wurde, können wir, wenn die Umstände anhand von uns in mündlicher Form gestellter Fragen anzuzeigen waren, nur im Falle vorsätzlich oder grob fahrlässig unterbliebener Anzeige bzw., wenn die Umstände anhand von uns in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen waren, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistungspflicht gehabt haben.

4. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person (vgl. Nr. 2), so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig (arglistige Täuschung) verletzt, können wir den Vertrag innerhalb von 10 Jahren anfechten.
5. Nr. 1 bis Nr. 4 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die jeweilige Frist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.
6. Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, erlischt er rückwirkend zum Vertragsabschluss, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Die Rückzahlung der Prämien können Sie nicht verlangen.
7. Auf unser Anpassungs- und Kündigungsrecht, geregelt in § 41VersVG, verzichten wir dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos, also nicht von Ihnen zu vertreten war.

§ 10 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?

1. Die Prämien zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresprämien (laufende Prämien) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjährlicher Prämienzahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.
2. Wenn Sie Ihre Prämien vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen erhalten Sie hierfür einen entsprechenden Vorauszahlungsrabatt: 2 % bei vierteljährlicher, 3 % bei halbjährlicher und 5 % bei jährlicher Prämienzahlung.
3. Die erste Prämie (Erstprämie) wird frühestens mit Zustellung des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn fällig und ist sodann innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung eingehend auf unserem Konto zu zahlen. Alle weiteren Prämien (Folgeprämien) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

4. Für die Rechtzeitigkeit der Prämienzahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit die Prämie bei uns eingeht. Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem in Nr. 3 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass die Prämie wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
5. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Prämienrückstände verrechnen.
6. Die Übermittlung Ihrer Prämien erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Zahlungen der Prämien an uns können nur wirksam auf ein von uns benanntes Konto entrichtet werden. Ein Versicherungsvermittler ist nicht zur Entgegennahme von Zahlungen bevollmächtigt.
7. Sie können verlangen, dass die Prämien bis zu 36 Monate gestundet werden, wenn seit Beginn der Versicherung zwölf Monate vergangen sind, die Prämien für das erste Versicherungsjahr vollständig gezahlt wurden und ein Deckungskapital vorhanden ist, das der Höhe der gestundeten Prämien entspricht. Für den Stundungszeitraum fallen keine Stundungszinsen an. Für eine Stundung der Prämien ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich. Nach Vereinbarung können Sie die nicht gezahlten Prämien in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen.

Sofern ein Deckungskapital vorhanden ist, können die gestundeten Prämien ganz oder teilweise mit dem Deckungskapital verrechnet werden. Hierdurch kann sich entweder die Berufsunfähigkeitsrente reduzieren oder die Prämie erhöhen.

§ 11 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

1. Wenn Sie die Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist gemäß § 10 Punkt 3 noch nicht bezahlt haben, sind wir im Versicherungsfall leistungsfrei und können vom Vertrag zurücktreten, es sei denn Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Sind Sie mit nicht mehr als 10 % der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 € in Verzug, so sind wir nicht leistungsfrei. Es gilt als Rücktritt unsererseits, wenn wir unseren Anspruch auf die Erstprämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt sind die Kosten der ärztlichen Untersuchung von Ihnen zu bezahlen.
2. Wenn ein Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie auf Ihre Kosten eine schriftliche Mahnung. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Wird der Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist beglichen und haben Sie dies zu vertreten, können wir den Vertrag

zum Ablauf der Frist kündigen. Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und sind Sie zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne ihr Verschulden verhindert waren. Sind Sie mit nicht mehr als 10 % der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 € in Verzug, so sind wir nicht leistungsfrei.

3. Wird der Rückstand nicht innerhalb der gesetzlichen Frist beglichen und haben Sie dies zu vertreten, können wir Ihre Versicherung anstelle sie zu kündigen, prämienfrei stellen.

§ 12 Wann können Sie Ihre Prämie überprüfen lassen?

1. Die Höhe der zu zahlenden Prämie 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 die zu zahlende Prämie 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 geschriebener Form 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 der Prämie 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 der Prämie führt, berechnen wir die für die verbleibende Versicherungsdauer zu zahlenden Prämien nach den Rechnungsgrundlagen, die seit Beginn des Vertrages gelten. Ansonsten führen wir Ihre Versicherung mit unveränderter Prämie weiter. Eine Schlechterstellung ist ausgeschlossen. Über das Ergebnis unserer Prüfung werden wir Sie informieren. Im Falle einer Prämienreduzierung ist diese wirksam ab der nächsten Prämienfälligkeit nach Meldungseingang gemäß Nr. 2 a). Bei einer Reduzierung der Prämie bleiben vereinbarte Zuschläge und/oder Ausschlüsse unverändert bestehen.

§ 13 Können die Prämien für diese Versicherung angehoben werden?

Wir werden von der Möglichkeit des § 172 VersVG, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen die Prämien für die Berufsunfähigkeitsversicherung anzuheben, keinen Gebrauch machen.

§ 14 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder prämienfrei stellen?

Kündigung

1. Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode ganz oder teilweise in geschriebener Form kündigen.
2. Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist die Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende prämienpflichtige Monatsrente unter einen Mindestbetrag von 25 € oder die Prämie unter einen Mindestbetrag von 10 € sinkt. Wenn Sie in diesem Falle Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie diese also ganz kündigen.
3. Mit der Kündigung erlischt die Versicherung. Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Prämien.

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

Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

4. Anstelle einer Kündigung nach Nr. 1 können Sie zum dort genannten Termin auch verlangen, ganz oder teilweise von der Prämienzahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Berufsunfähigkeitsrente ganz oder teilweise auf eine prämienfreie Rente herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird.

Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der prämienfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um einen Abzug gemäß § 173 Abs. 2 VersVG sowie um rückständige Prämien. Der Abzug beträgt 70 % des Deckungskapitals. Mit diesem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestandes ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Prämienfreistellung berufsunfähig, bleiben Ansprüche auf Grund bereits vor Prämienfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

5. Erreicht die nach Nr. 4 gebildete, prämienfreie Berufsunfähigkeitsrente nicht eine monatliche Mindestrente von 25 €, erlischt die Versicherung.
6. Die Prämienfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Der für die Bildung einer prämienfreien Leistung zur Verfügung stehende Betrag erreicht während der Versicherungsdauer nicht die Summe der eingezahlten Prämien, da Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 15) sowie Verwaltungskosten und eine Risikodeckung finanziert werden müssen. Nähere Informationen zur prämienfreien Rente und ihrer Höhe können Sie der Ihrem Angebot beigefügten Tabelle entnehmen.

Wiederinkraftsetzung

7. Wurde der Vertrag prämienfrei gestellt, können Sie innerhalb von sechs Monaten ab der Zahlung der letzten Prämie eine Wiederinkraftsetzung verlangen, sofern ein ausreichendes Deckungskapital vorhanden ist. Nach dieser Frist ist eine Wiederinkraftsetzung nur mit einer erneuten Gesundheitsprüfung der versicherten Person möglich. Dies kann zur Folge haben, dass der Vertrag nur zu geänderten Vertragsbedingungen weitergeführt werden kann. Ebenso ist eine Ablehnung der Wiederinkraftsetzung möglich.
8. Abweichend von Nr. 7 verzichten wir bei der Prämienfreistellung aufgrund von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder Elternzeit auf die Gesundheitsprüfung bei Wiederinkraftsetzung wenn die Inkraftsetzung bei Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit innerhalb von 24 Monaten ab Beginn der Prämienfreistellung und bei Elternzeit innerhalb von 36 Monaten ab Beginn der Prämienfreistellung erfolgt. Dies gilt nur wenn Sie bereits bei Prämienfreistellung die Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder Elternzeit nachgewiesen haben und ein ausreichendes Deckungskapital vorhanden ist.

§ 15 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

1. Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Prämien einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.
Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen sowie Werbeaufwendungen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.
Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie Ihrem Angebot entnehmen.
2. Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der deutschen Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Prämien zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Prämien, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Prämien beschränkt.
3. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Prämienzahlungsdauer verteilt, die übrigen Kosten über die gesamte Vertragslaufzeit.
4. Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages keine Beträge zur Bildung der prämienfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind (siehe § 14). Nähere Informationen zur prämienfreien Berufsunfähigkeitsrente können Sie der Ihrem Versicherungsschein bzw. Angebot beigegeführten Tabelle entnehmen.

§ 16 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit 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 § 19 aufgeführt.

Neben der Feststellung des Versicherungsfalls können wir auch die Wirksamkeit des Vertrages prüfen (siehe auch § 9). 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 geschriebener Form 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 geschriebener Form. 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 Arztbriefe bzw. 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. 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 die Pflegestufe gemäß dem Bescheid der Österreichischen Pensionsversicherungsanstalten 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 Sozialministeriumsservice.

- 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) Werden Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Monaten beantragt, ist uns die durchgehende Arbeitsunfähigkeit durch Vorlage von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nachzuweisen. Die Bescheinigungen müssen Angaben zu Beginn und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie zu der bzw. den zugrundeliegenden Diagnosen entsprechend den aktuellen in Österreich gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen enthalten. Wir sind dazu berechtigt weitere Informationen und Auskünfte einzufordern, wenn die Krankschreibung außerhalb der EU ausgestellt wurde.

Die ärztlichen Bescheinigungen für die Arbeitsunfähigkeit müssen der Form entsprechen, wie Sie im Entgeltfortzahlungsgesetz vorgesehen sind oder gleichwertige Atteste sein, wovon zumindestens eine Bescheinigung von einem für die Erkrankung zuständigen dem jeweiligem Fachspezialisten ausgestellt sein muss. Die Bescheinigung muss daher jedenfalls über Beginn, voraussichtliche Dauer und Ursache der Arbeitsunfähigkeit Auskunft geben. Diese Bescheinigung hat weiterhin einen Vermerk darüber zu enthalten, dass dem zuständigen Krankenversicherungsträger eine Arbeitsunfähigkeitsanzeige mit Angabe über Beginn, voraussichtliche Dauer und Ursache der Arbeitsunfähigkeit übermittelt wurde.

- i) Neben den unter § 16 geregelten Auskunftspflichten im Zusammenhang mit der Prüfung eines Leistungsanspruches kann eine weitergehende Auskunftspflicht nach § 9 Abs. 1 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 Österreich 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 dem dann gültigen amtlichen Kilometergeld,
- 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.
- 4. Zum Nachweis des Eintritts einer schweren Krankheit eines Kindes der versicherten Person, sind uns ausführliche ärztliche Berichte mit Diagnosen über Beginn, Art und Verlauf der schweren Erkrankung des Kindes durch die versicherte Person bzw. den Versicherungsnehmer zu übersenden. Wir behalten uns vor, weitere Unterlagen anzufordern.

§ 17 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 geschriebener Form, 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 Zusammen-

hang 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.

§ 18 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

1. Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit 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 § 17 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 § 16 Nr. 2 bis 4 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 geschriebener Form dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in geschriebener Form 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 Prämienzahlung wieder aufgenommen werden.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 16 oder § 18 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 entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang 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 geschriebener Form auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 20 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

1. Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

§ 21 Wer erhält die Versicherungsleistung?

1. Die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente erfolgt an die versicherte Person. Eine Änderung dieses Bezugsrechts während der Laufzeit des Vertrages ist nicht möglich.
2. Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

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

1. Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen – soweit in diesen Bedingungen oder den für den Vertrag geltenden gesetzlichen Bestimmungen nicht anders geregelt – mindestens in geschriebener Form erfolgen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail) entsprochen.
2. Zugangsbedürftige Mitteilungen, für die diese Bedingungen oder die für den Vertrag geltenden gesetzlichen Bestimmungen Schriftform (Schriftlichkeit) verlangen, müssen dem Empfänger im Original mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen. Für uns bestimmte Mitteilungen sind direkt an unsere Hauptverwaltung in Deutschland (Carl-Bosch-Straße 5, 65203 Wiesbaden, Deutschland) zu richten und werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Versicherungsvermittler sind zur Entgegennahme nicht bevollmächtigt.
3. Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Republik Österreich aufhalten, sollten Sie uns auch in Ihrem Interesse eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 23 Was gilt bei Änderung Ihrer Wohnanschrift und Ihres Namens?

1. Eine Änderung Ihrer Wohnanschrift 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 wird unsere Erklärung mit Absendung des eingeschriebenen Briefes in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie Ihnen ohne die Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

2. Bei Änderung Ihres Namens gilt, dass dadurch bedingte mangelhafte Zustellungen zu Ihren Lasten gehen können; es gilt Nr 1 entsprechend.

§ 24 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

1. Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d.h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
2. Notwendige Informationen im Sinne von Nr. 1 sind derzeit alle Umstände, die für die Beurteilung
 - Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
 - der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
 - der Steuerpflicht des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Dazu zählen die österreichische oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht damit rechnen, dass wir Ihre Vertragsdaten an in- oder ausländische Steuerbehörden melden.

§ 25 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

1. Falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag in Rechnung stellen.
Dies gilt beispielsweise bei:
 - Ausfertigung einer Ersatzurkunde oder von Abschriften des Versicherungsscheines;
 - schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgeprämien;
 - Mahnverfahren wegen Prämienrückständen (§§ 38, 39 VersVG);
 - Rückläuferteilung im Lastschriftverfahren;
 - Angebotserstellung von Vertragsänderungen und deren Durchführung;
 - Bearbeitung von Abtretung, Verpfändung oder Vinkulierung.

2. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

§ 26 Welche Sanktionen führen zum Ausschluss des Versicherungsschutzes?

1. Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz und Anspruch auf jegliche Leistungen nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union, der Vereinten Nationen oder der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Österreich entgegenstehen.
2. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika und des Vereinigten Königreichs, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Österreich entgegenstehen.

§ 27 Was sind die Vertragsgrundlagen, welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde?

1. Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, das zum Antrag gehörende Angebot inkl. Modellrechnung, der Versicherungsschein, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die gegebenenfalls für Ihren Vertrag geltenden Besonderen Versicherungsbedingungen. Für den Vertrag gelten die Rechnungsgrundlagen unseres Tarifwerkes bei Vertragsabschluss.
2. Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Republik Österreich Anwendung unter Ausschluss von Verweisungsnormen.
3. Wir als Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die deutsche Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), 53117 Bonn, Graurheindorfer Str. 108, Deutschland (sowie eingeschränkt auch der Finanzmarktaufsicht (FMA), Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien, Österreich).

§ 28 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Ist Ihre Versicherung durch die Vermittlung eines Versicherungsagenten zustande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Agent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhielt, seinen Wohnsitz hatte.

2. Sind Sie eine natürliche Person, 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 Aufenthaltes zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
3. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.
4. Sind Ihr Wohnsitz oder Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

§ 29 Welche außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren stehen zur Verfügung?

Die Zufriedenheit unserer Kunden steht für uns im Mittelpunkt. Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, können Sie sich gerne an uns wenden. Dies gibt uns die Möglichkeit, für Sie eine Lösung zu finden und unseren Service zu optimieren.

Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Sie können damit das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie unter Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin, Deutschland oder im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de.

Generell steht Ihnen auch die BaFin als zuständige deutsche Aufsichtsbehörde in Beschwerdefällen zur Verfügung. Die Anschrift der BaFin finden Sie unter § 27 Nr. 3.

In Österreich bestehen folgende Beschwerdestellen:

- Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Informations- und Beschwerdestelle, Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien, Österreich
- Versicherungsbeschwerdestelle im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien, Österreich

Im Falle von Streitigkeiten haben Konsumenten zusätzlich die Möglichkeit, sich an folgende Stellen zu wenden:

- Schlichtungsstelle für Verbrauchergeschäfte, Mariahilfer Straße 103/1/18, 1060 Wien, Österreich
- Rechtsservice- und Schlichtungsstelle des Fachverbandes der Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten, Stubenring 16/7, 1010 Wien, Österreich

Die Teilnahme des Versicherers an Schlichtungsverfahren ist nicht verpflichtend.

Von der Inanspruchnahme des kostenlosen außergerichtlichen Streitschlichtungsverfahrens unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

III Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Kündigung und Prämienfreistellung Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung

Die Kündigung oder Prämienfreistellung Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung ist mit Nachteilen verbunden.

- Im Falle einer Kündigung haben Sie keinen Anspruch auf einen Rückkaufswert. Auch die Rückzahlung der Prämien können Sie nicht verlangen. Der Versicherungsschutz erlischt mit dem durch die Kündigung herbeigeführten Vertragsende.
- Im Falle einer Prämienfreistellung können die zur Verfügung stehenden Mittel von der Höhe der eingezahlten Prämien für die Bildung einer prämienfreien Rente auch zu Ihrem Nachteil abweichen, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie Kosten für die Verwaltung des gebildeten Kapitals finanziert werden und der in den Allgemeinen Bedingungen erwähnte Abzug erfolgt. Bei seiner Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

Veränderung der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus versicherten Personen mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

IV Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie zur Berufsunfähigkeitsversicherung

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 Prämienhöhung 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 Abschluss 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 Risikoprüfung nicht mehr möglich (Ausnahme Karrieregarantie), 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). 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;

- 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 50 % 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 € (Ausnahme siehe Karrieregarantie) 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. 70 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person nicht übersteigt. Wir haben das Recht, diese Voraussetzung zu überprüfen.

5. Die Nachversicherung bewirkt eine Prämienerrhöhung, 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 bzw. Arbeitsunfähigkeit im Sinne von § 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung „XXL“ vorliegt bzw. in der Vergangenheit (ggf. auch ohne diesbezügliche Leistungsbeantragung) vorlag oder
 - zum Zeitpunkt der Erhöhung die versicherte Person arbeitsunfähig krankgeschrieben ist oder
 - zum Zeitpunkt der Erhöhung die Voraussetzungen für die Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit erfüllt sind oder
 - zum Zeitpunkt der Erhöhung das Eintreten der Voraussetzungen für die Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit für Versicherungsnehmer/versicherte Person bereits vorhersehbar ist.

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

Karrieregarantie

1. Zusätzlich zu den Nachversicherungsgarantien kann die Berufsunfähigkeitsrente für die versicherte Person ohne erneute Risikoprüfung (keine Prüfung von Gesundheit, Hobbys, Beruf) in folgenden Fällen erhöht werden. Wir prüfen hierbei lediglich auf die finanzielle Angemessenheit.
2. Für Angestellte gilt:
 - Das regelmäßiges Jahresbruttoeinkommen der versicherten Person hat sich um mind. 10 % gegenüber dem Vorjahresbruttoeinkommen erhöht durch z.B. Gehaltserhöhung, Beförderung, Arbeitgeberwechsel;
 - Die versicherte Person befindet sich in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis;
 - Die Berufsunfähigkeitsrente beträgt nach der Erhöhung mehr als 3.000 € monatlich.

Die Berufsunfähigkeitsrente kann höchstens im selben Verhältnis erhöht werden, in dem sich das monatliche Bruttoeinkommen der versicherten Person erhöht hat.

3. Für Selbständige und freiberuflich Tätige gilt:
 - Die versicherte Person ist seit mindestens 10 Jahren selbständig oder freiberuflich tätig;
 - Der Gewinn vor Steuern bzw. der Jahresüberschuss vor Steuern der versicherten Person hat sich in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren um mindestens 10 % erhöht im Vergleich zu den davorliegenden Kalenderjahren;
 - Die Berufsunfähigkeitsrente beträgt nach der Erhöhung mehr als 3.000 € monatlich.
- Die Berufsunfähigkeitsrente kann höchstens im selben Verhältnis erhöht werden, in dem sich der Gewinn vor Steuern bzw. der Jahresüberschuss vor Steuern erhöht hat, maximal jedoch um 600 €.
4. Alle Berufsunfähigkeitsrenten für die versicherte Person dürfen 6.000 € Monatsrente nicht übersteigen und die Karriereoption muss innerhalb von 12 Monaten nach Eintritt der Erhöhung des Bruttogehalts bzw. nach Erhöhung des durchschnittlichen Gewinnes ausgeübt werden.
5. Die Karriereoption kann nicht ausgeübt werden, wenn
 - zum Zeitpunkt der Ausübung eine Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit im Sinne von § 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung „XXL“ vorliegt oder
 - zum Zeitpunkt der Erhöhung die versicherte Person krankgeschrieben ist oder
 - zum Zeitpunkt der Erhöhung die Voraussetzungen für die Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit erfüllt sind oder
 - zum Zeitpunkt der Erhöhung das Eintreten der Voraussetzungen für die Berufsunfähigkeit für Versicherungsnehmer/versicherte Person bereits vorhersehbar ist.

Ebenso kann die Karriereoption nicht ausgeübt werden, wenn die versicherte Person während der Laufzeit Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder teilweiser oder vollständiger Erwerbsminderung oder aus einer Grundfähigkeitsversicherung erhalten oder beantragt hat. Gleiches gilt, wenn die Voraussetzungen für die Berufsunfähigkeit in der Vergangenheit auch ohne diesbezügliche Leistungsbeantragung bereits vorlagen.

V Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Prämien und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Sofern für Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung eine planmäßige Erhöhung der Prämien und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart wurde (Dynamikplan), gelten für unser Vertragsverhältnis zusätzlich die nachfolgenden Besonderen Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen sinngemäß Anwendung.

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Prämien und Versicherungsleistungen?

1. In Ihrem Versicherungsschein ist im Einzelnen vereinbart, nach welchem der folgenden Maßstäbe sich die Prämien bzw. die Versicherungsleistungen Ihrer Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Es bestehen folgende Möglichkeiten:
 - a) die Prämie für diese Versicherung erhöht sich jährlich um den vereinbarten Prozentsatz der Vorjahresprämie;
 - b) die Versicherungsleistungen werden jährlich um den vereinbarten Prozentsatz der zuletzt gültigen Rente angehoben.
2. Die Prämienhöhung (Nr. 1 a)) bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen. Eine nach Nr. 1 b) vorgenommene Erhöhung der Versicherungsleistungen ist mit einer entsprechenden Prämienhöhung verbunden.
3. Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Prämienzahlungsdauer, jedoch nicht mehr, wenn die versicherte Person das rechnermäßige Alter (Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person) von 65 Jahren erreicht hat.
4. Ist die versicherte Person bei Vertragsabschluss Schüler, Auszubildender oder Student, dann besteht das Recht, nach Abschluss eines Studiums beziehungsweise nach Abschluss einer Berufsausbildung eine Prämien- und Leistungssteigerung einzuschließen oder eine bestehende Prämien- und Leistungssteigerung zu erhöhen. Zu diesem Zeitpunkt des Dynamikeinschlusses bzw. der Dynamikerhöhung darf die versicherte Person das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und muss berufstätig sein. Wir nehmen keine erneute Risikoprüfung bezüglich Gesundheit, Hobbys oder Beruf vor. Es erfolgt lediglich eine Prüfung der finanziellen Angemessenheit. Hierfür sind geeignete Nachweise wie Gehaltsabrechnungen bzw. Steuererklärungen vorzulegen. Es können alle Dynamikmodelle und Prozentsätze gewählt werden, die nach unseren zu diesem Zeitpunkt gültigen Annahmerichtlinien zulässig sind.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämien und Versicherungsleistungen?

1. Die Erhöhungen der Prämien und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres.
2. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person, der restlichen Versicherungs- und Prämienzahlungsdauer, einem eventuell vereinbarten Prämienzuschlag, dem bei Abschluss des Vertrages gültigen Tarif und den ursprünglichen Annahmebedingungen. Entsprechendes gilt für die Berechnung der Prämiensteigerungen, wenn die Versicherungsleistungen jährlich um einen vereinbarten Prozentsatz angehoben werden. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Prämien.

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

1. Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Paragraph „Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?“ der Allgemeinen Bedingungen.
2. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen der Allgemeinen Bedingungen bezüglich der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht erneut in Lauf.
3. Im Hinblick auf die Überschussbeteiligung gelten die getroffenen Vereinbarungen der zugrunde liegenden Hauptversicherung. Die Erhöhungen werden hierbei wie neu abgeschlossene Verträge behandelt, deren Versicherungs- bzw. Leistungsdauer jeweils gleich der restlichen Versicherungs- bzw. Leistungsdauer der Grundversicherung ist.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

1. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder die erste erhöhte Prämie nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
2. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
3. Sie können von Ihrem Recht auf Aussetzung der Erhöhungsmöglichkeit beliebig oft Gebrauch machen, ohne dass Ihr Recht auf weitere Erhöhungen erlischt.
4. Solange wegen Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit Ihre Prämienzahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt, erfolgen keine Erhöhungen.

VI Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Definition der versicherten schweren Erkrankungen eines minderjährigen Kindes

Nachfolgend beschreiben wir die Definition der versicherten schweren Krankheiten von Kindern der versicherten Person.

Wir erbringen eine Leistung gemäß § 1 Nr. 23, falls bei einem Kind der versicherten Person eine der folgenden schweren Krankheiten eintritt:

1. Krebs

Krebs im Sinne der Bedingungen ist ein feingeweblich (histologisch) nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes, infiltrierendes und invasives Wachstum gekennzeichnet ist, also die Tendenz, in anderes Gewebe einzudringen und Tochtergeschwülste (Metastasen) zu bilden. Dazu zählen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die ärztliche Diagnose muss durch Vorlage eines histologischen oder zytologischen Befundes mit genauer Nennung des Tumorstadiums nachgewiesen sein.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen die nachfolgenden Frühformen und Vorstadien von Krebserkrankungen:

- Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation).
- Frühformen der Leukämie (außer der Krankheitsform der so genannten chronisch lymphatischen Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen, beispielsweise aus dem Knochenmark, im Blut vorliegt.
- Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1.
- Carcinoma-in-situ oder prae-maligne Formen.
- Frühformen des Muttermundkrebses wie Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4.
- Frühformen des Hautkrebses und maligner Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1,5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
- Frühformen des Prostatakrebses der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).
- Frühformen des Schilddrüsenkrebs oder Blasenkrebs als papilläre Mikrokarzinome.

2. Gehörlosigkeit

Gehörlosigkeit im Sinne der Bedingungen ist der dauerhafte, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernde und nicht mehr behebbare Nachlassen der Hörfähigkeit für alle Schallreize im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes, also zwischen 1 und 3 kHz, unterhalb von 60 Dezibel aufgrund einer Krankheit oder

eines Unfalls. Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder andere Hilfsmittel derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 60 Dezibel gehört werden könnten. Der Nachweis ist mittels Tonaudigramm (Knochenleitung) zu führen.

3. Bakterielle Hirnhautentzündung (Bakterielle Meningitis)

Leistungspflicht besteht nur, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernden oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben, die erhebliche Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten (z. B. Hör- Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, oder aber Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen) zur Folge haben. Art, Ausmaß und Umfang der Beeinträchtigung sind durch einen Arzt für Neurologie oder Psychiatrie nachzuweisen.

4. Hirngewebeentzündung (Enzephalitis)

Hirngewebeentzündung im Sinne der Bedingungen ist eine Entzündung des Gehirns, einer Hirnhälfte, des Hirnstamms oder des Kleinhirns, evtl. mit Beteiligung der Hirnhäute (Meningoenzephalitis) die gewöhnlich durch Viren oder Bakterien verursacht ist. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn das Kind der versicherten Person nicht HIV-infiziert ist und alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernden oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben, die erhebliche Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten (z. B. Hör- Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, oder aber Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen) zur Folge haben. Art, Ausmaß und Umfang der Beeinträchtigung sind durch einen Arzt für Neurologie oder Psychiatrie nachzuweisen.

5. Lähmung

Lähmung im Sinne der Bedingungen ist die vollständige und der dauerhafte Funktionsverlust von Gliedmaßen als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn der Funktionsverlust mindestens zwei Arme oder zwei Beine oberhalb des Hand- oder Sprunggelenks betrifft oder eine Körperhälfte vollständig und dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, gelähmt ist und keine Aussicht auf Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit besteht.

6. Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Kinderlähmung im Sinne der Bedingungen ist eine schwere Infektion durch das Poliovirus, die zu einer dauerhaften paralytischen Erkrankung entweder der Atemmuskulatur oder der Muskulatur des Bewegungsapparates geführt hat. Die Diagnose und der Umfang der neurologischen Einschränkungen müssen durch einen Facharztbericht nachgewiesen werden.

7. Hirntumor (Gutartiger Hirntumor bzw. benigner Hirntumor)

Ein gutartiger bzw. benigner Gehirntumor im Sinne der Bedingungen ist ein nicht bösartiger, also nicht durch invasive und infiltrative Wachstumstendenz gekennzeichnet, Tumor des Gehirns. Das versicherte Ereignis tritt ein, wenn klinische Zeichen des Hirndruckes als Folge des Tumors wie z. B. am Sehnerven das Papilloedem, Hirnleistungsstörung, epileptische Anfälle oder Beeinträchtigungen der Bewegung (motorische) oder der Empfindung (sensorische) nachweisbar sind und eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist und uns nachgewiesen wird:

- Der Tumor wurde durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt.
- Die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie wurde begonnen.

Zysten, Verkalkungen, Granulome, Abszesse, Gefäßfehlbildungen der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Tumore der Gehirnanhangsdrüse und der Zirbeldrüse fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

8. Blindheit

Blindheit im Sinne der Bedingungen ist der klinisch nachgewiesene, irreversible, nicht therapierbare Verlust der Sehschärfe (Visus) beider Augen als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls, der auch durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel nicht ausgeglichen werden kann. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn die Sehschärfe auf dem besseren Auge (unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln) nicht mehr als 6/60 oder 20/200 beträgt oder das Gesichtsfeld auf beiden Augen auf maximal 20° beschränkt ist.

9. Verlust von Gliedmaßen

Verlust von Gliedmaßen im Sinne der Bedingungen ist der vollständige und dauerhafte Verlust von mindestens zwei Gliedmaßen oberhalb der Hand und/oder oberhalb des Fußes.

10. Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen

Als schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen im Sinne der Bedingungen werden Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen dritten Grades von mindestens 20 % der Körperoberfläche bezeichnet, die durch thermische, chemische oder elektrische Einwirkungen auf die Haut entstanden sind. Als Messkriterium gilt die Neuner-Regel, bzw. je nach Alter, die modifizierte Neuner-Regel für Kinder.

11. Schwere Kopfverletzung

Eine Schwere Kopfverletzung im Sinne der Bedingungen ist eine durch einen Unfall verursachte Kopfverletzung, die durch äußere Krafteinwirkung herbeigeführt wurde. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn die folgende Bedingung erfüllt ist und uns nachgewiesen wird.

Die Schwere Kopfverletzung muss zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:

- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.

12. Koma

Es liegt eine schwere Funktionseinschränkung des Gehirns mit einem Punktwert von höchstens acht Punkten nach dem Glasgow-Coma-Scale zur Anwendung bei Kindern für die Dauer von mindestens einer Woche vor.

Ein „Künstliches Koma“ (Langzeitnarkose aus therapeutischen Gründen oder zur Verlängerung des ursprünglichen Zustands), gilt nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.

13. Verlust der Sprache

Der Verlust der Sprache im Sinne der Bedingungen bedeutet, dass das Kind der versicherten Person dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage ist, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren. Der Verlust der Sprache gilt erst ab dem vollendeten dritten Lebensjahr als versichert. Nicht versichert ist der Verlust der Sprache bei Entwicklungsstörungen oder psychischen Störungen.