

AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (Österreich)

(LV_AVB_BV_A.0802)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Im Text nehmen wir Bezug auf einige österreichische Gesetze. Die Abkürzungen bezeichnen im Einzelnen:

ABGB: Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch

VAG: Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)

VersVG: Versicherungsvertragsgesetz

Vertragspartner und Versicherer ist die HDI-Gerling Lebensversicherung AG, Gereonshof, D-50670 Köln.

Gliederung

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

§ 4 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

II. Leistungsauszahlung

§ 6 Wer erhält die Versicherungsleistung?

§ 7 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

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

§ 9 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

§ 10 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

III. Überschussbeteiligung

§ 12 Wie sind Sie grundsätzlich an den Überschüssen beteiligt?

§ 13 Welche Besonderheiten gelten vor Leistungsbeginn?

§ 14 Welche Besonderheiten gelten ab Leistungsbeginn?

IV. Prämienzahlung

§ 15 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?

§ 16 Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?

§ 17 Welche Kosten und Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

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

§ 19 Wann können Sie Ihre Versicherung prämienfrei stellen?

V. Vorzeitige Beendigung

§ 20 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

VI. Sonstiges

§ 21 Was sind die Vertragsgrundlagen?

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

§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

§ 24 Wo ist der Gerichtsstand?

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung berufsunfähig im Sinne des § 2, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

a) Vollständige Befreiung von der Verpflichtung zur weiteren Prämienzahlung für die gesamte Versicherung, soweit eine solche Verpflichtung bei Beginn des Leistungsanspruchs noch besteht;

b) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente.

Diese Rente zahlen wir jeweils zu den vereinbarten Rentenzahlungsterminen an den Bezugsberechtigten. Wenn der Rentenbeginn nicht mit dem vereinbarten Rentenzahlungstermin zusammenfällt, zahlen wir die erste Rente anteilig bis zum nächsten Rentenzahlungstermin.

(2) Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente entsteht frühestens an dem Tag, an dem die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist.

(3) Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erst, wenn sämtliche der nachfolgenden Voraussetzungen vorliegen:

a) Die vereinbarte Karenzzeit ist abgelaufen. Karenzzeit ist der in Monaten vereinbarte Zeitraum von dem Tag an, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, bis zum Beginn der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

b) Die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen hat bis zum Ablauf der Karenzzeit ununterbrochen bestanden.

c) Die Berufsunfähigkeit dauert bei Ablauf der Karenzzeit noch an.

Endet die Berufsunfähigkeit bereits vor Ablauf der Karenzzeit, wird keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit fällig. Dies teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit.

Die Regelungen gemäß § 9 finden bis zum Ablauf der Karenzzeit sinngemäß Anwendung.

(4) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Prämien in voller Höhe weiter entrichten, wir werden jedoch die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Prämien bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Bei einer vereinbarten Karenzzeit besteht auch bei Anerkennung einer Berufsunfähigkeit bis zum Ende der Karenzzeit die Verpflichtung zur Prämienzahlung, so dass eine Prämienersatzung oder ei-

ne Prämienstundung für diesen Zeitraum nicht erfolgen kann.

Wenn Sie es schriftlich beantragen, werden wir Ihnen die noch zu zahlenden Prämien bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht stunden, ohne hierfür Stundungszinsen zu erheben.

Sollten wir Ihren Leistungsanspruch aus anderen Gründen als Rücktritt, Anfechtung, Vertragsanpassung gemäß § 16 Absatz 3 VersVG oder Ausschluss gemäß § 5 Absätze 2 c) bis e) nicht anerkennen können und sollten Sie hiergegen gerichtlich vorgehen, sind wir auf schriftlichen Antrag bereit, Ihnen die aus einer etwaigen zinslosen Prämienstundung angewachsenen Prämienrückstände und die weiter fälligen Prämien zu stunden. In diesem Fall erheben wir Stundungszinsen ab dem Zeitpunkt unserer Leistungsentscheidung. Die Höhe der Stundungszinsen beträgt für das Jahr drei Prozentpunkte über dem Basiszinssatz (§ 1000 ABGB). Die Stundung gewähren wir bis zur unanfechtbaren Entscheidung über Ihren vermeintlichen Leistungsanspruch, längstens jedoch für die Dauer von fünf Jahren seit Zugang Ihres Leistungsantrages bzw. ab Ende des Monats des Ablaufs einer etwa vereinbarten Karenzzeit. Der nachzuzahlende Betrag kann auf Wunsch in 18 Monatsraten geleistet werden, wobei wir dann ebenfalls Zinsen erheben.

(5) Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente erlischt, wenn eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt (siehe hierzu auch die Regelungen gemäß § 9 über die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit). Der Anspruch erlischt ferner mit dem Tod der versicherten Person und spätestens bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer; zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen gilt

a) Berufsunfähigkeit infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall (Absätze 2 bis 5)

b) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit (Absätze 6 bis 10).

Der in diesen Bedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.

(2) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn Art, Schwere und Ausmaß einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate mindestens zu 50 % außer Stande sein wird, ihrem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen.

Anlage zum Versicherungsschein

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 2 von 8 -

HDI
GERLING

(3) Hat ein Zustand der in Absatz 2 beschriebenen Art und Auswirkung mindestens sechs Monate ununterbrochen andauert, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

(4) Bei den folgenden beruflichen Ausprägungen gilt bei der Feststellung der Berufsunfähigkeit zusätzlich jeweils:

a) bei Auszubildenden wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild zu Grunde gelegt;

b) bei Selbständigen und Freiberuflern liegen die Voraussetzungen für Berufsunfähigkeit nicht vor, wenn diese ihren Arbeitsplatz sowie ihren Tätigkeitsbereich und ggf. ihren Betrieb in zumutbarer Weise umorganisieren können und dadurch keine wesentliche Beeinträchtigung ihrer bisherigen Lebensstellung eintritt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, von der versicherten Person auf Grund ihres unternehmerischen Freiraumes realisiert werden kann und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert;

c) bei hauptberuflich tätigen Studenten wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das Mindestanforderungsprofil der Berufe zu Grunde gelegt, die mit dem Studienabschluss ausgeübt werden könnten. Diese Regelung gilt ab Studienbeginn für die Dauer der Regelstudienzeit zusätzlich eines von der Regelstudienzeit abhängigen Zeitraums (max. zwei Jahre);

d) wenn Sie den Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/Hausmann ohne Berufsausübung abgeschlossen haben und wenn dieser Status bei Eintritt der Berufsunfähigkeit noch gegeben ist, orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit allein an den von Ihnen bei Eintritt der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/Hausmann in Ihrem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern. Haben Sie nach Abschluss der Versicherung eine Berufstätigkeit ausgeübt oder üben Sie eine solche noch bei Eintritt der Berufsunfähigkeit aus, so wird dieser Beruf der Prüfung auf Berufsunfähigkeit zu Grunde gelegt.

(5) Es gilt:

a) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen einer innerhalb von 36 Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben eingetretenen Berufsunfähigkeit beantragt, so sind für die Frage, ob eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Absätze 2 bis 4 vorliegt, der beim Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Beruf mit dessen Lebensstellungsmaßgebend.

b) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen einer mehr als 36 Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben eingetretenen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Absätze 2 bis 4 darauf an, dass die versicherte Person zu mindestens 50 % außer Stande ist, eine berufliche Tätigkeit auszuüben, die sie auf Grund vorhandener beruflicher Fähigkeiten und Kenntnisse, die durch Ausbildung und Erfahrung bis zum Ausscheiden aus dem Be-

rufsleben oder danach erworben wurden, ausüben kann. Diese Tätigkeit muss der Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben entsprechen.

(6) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Art, Schwere und Ausmaß einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate im Umfange von mindestens drei Pflegepunkten nach den Absätzen 8 bis 10 pflegebedürftig sein wird.

(7) Hat ein Zustand der in Absatz 6 beschriebene Art und Auswirkung mindestens sechs Monate ununterbrochen andauert, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit.

(8) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für die in der folgenden Punktetabelle genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf und diese Hilfe auch täglich erfolgt.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalles ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

a) Fortbewegen im Zimmer: 1 Punkt

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: 1 Punkt

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: 1 Punkt

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: 1 Punkt

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: 1 Punkt

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: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,

- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil

- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

(9) Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punktetabelle gemäß Absatz 8 sind mehr als drei Pflegepunkte erreicht, wenn die versicherte Person

a) wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf oder

b) 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 (Bewahrung) oder

c) dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

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

§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie die erste Prämie (Einlösungsprämie) gezahlt und wir die Annahme Ihres Antrags schriftlich oder durch Aushändigung des Versicherungsscheines erklärt haben. Vor dem im Antrag angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.

(2) Ein bei Antragstellung ggf. vereinbarter vorläufiger Versicherungsschutz wird hierdurch nicht berührt.

§ 4 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle personenbezogenen Daten (beispielsweise Alter und Geschlecht der versicherten bzw. mitversicherten Person) richtig angeben und alle in Verbindung mit dem Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, dem bei Antragstellung ausgeübten Beruf sowie Art und Umfang der hierbei ausgeübten Tätigkeiten.

Anlage zum Versicherungsschein

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 3 von 8 -

HDI
GERLING

(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 (Absatz 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir binnen drei Jahren seit Vertragsabschluss vom Vertrag zurücktreten.

Sofern Sie die Gefahrumstände anhand schriftlicher, von uns gestellter Fragen anzuzeigen hatten, können wir wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach welchem nicht ausdrücklich gefragt worden ist, nur im Fall arglistiger Anzeigepflichtverletzung zurücktreten.

Den Rücktritt können wir aber nur innerhalb eines Monats erklären, nachdem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten haben. Wenn uns nachgewiesen wird, dass die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind, wird unser Rücktritt unwirksam. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben.

(4) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben im Wege der arglistigen Täuschung auf unsere Annahmensecheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

(5) Ist die Versicherung auf Ihr Leben abgeschlossen, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter (§ 6) als bevollmächtigt, eine Rücktritts- oder Anfechtungserklärung nach Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht entgegenzunehmen, sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten genannt haben. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheines zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

(6) Die Absätze 1 bis 4 gelten bei einer Änderung oder Wiederinkraftsetzung der Versicherung hinsichtlich der neu gemachten Angaben entsprechend. Die jeweilige Frist beginnt mit der Änderung oder Wiederinkraftsetzung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wieder in Kraft gesetzten Teils neu zu laufen.

(7) Wenn die Versicherung durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert, soweit ein solcher vorgesehen und bereits vorhanden ist; für die Berechnung des Rückkaufswertes gilt § 20 Absatz 2 entsprechend. Die Rückzahlung der Prämien können Sie nicht verlangen. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist, insbesondere auf Grund der Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten (§ 16),

zunächst nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden.

(8) Wir verzichten auf das Recht nach § 41 VersVG, auf Grund des erhöhten Risikos die Prämien zu erhöhen oder die Versicherung zu kündigen, falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände wegen Unkenntnis oder unverschuldet nicht angezeigt wurden.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht und wo er eintritt. Bei folgenden Ursachen gilt jedoch ein Ausschluss der Leistungspflicht. Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu führen.

(2) Wir leisten nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsergebnisse; dies gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes im Ausland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

b) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;

d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung, es sei denn, dass uns der Anspruchserhebende nachweist, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;

e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;

f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzes der Republik Österreich oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.

II. Leistungsauszahlung

§ 6 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Nach dem Tod der versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

(2) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

(3) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

(4) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf das von ihm angegebene Konto. Bei einem Konto außerhalb der EU und außerhalb der Schweiz erfolgt die Überweisung auf Kosten und Gefahr des Empfangsberechtigten.

§ 7 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

(1) Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt, können wir von dem Anspruchserhebenden verlangen, dass er uns jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und dass er uns alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht zu ermöglichen (Aufklärungsobliegenheit). Darüber hinaus ist uns von dem Anspruchserhebenden die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 nachzuweisen. Hierfür sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

a) bei einer Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 2 bis 5:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit und

- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Grad der Beeinträchtigung, dem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf nachgehen zu können, und

- Unterlagen über die von der versicherten Person durch Ausbildung und Erfahrung erworbenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse, über ihren Beruf, ihre Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.

b) bei einer Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absätze 6 bis 10:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit und

- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen

Anlage zum Versicherungsschein

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 4 von 8 -

HDI
GERLING

gen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Umfang der Pflegebedürftigkeit und

- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Beginn, Art, Umfang und Dauer der bisherigen bzw. zu erwartenden künftigen Pflege.

Die entstehenden Kosten für die Nachweise gemäß Absatz 1 a) bzw. 1 b) hat der Anspruchserhebende zu tragen.

(2) Darüber hinaus können wir zur Beurteilung unserer Leistungspflicht auf unsere Kosten weitere Auskünfte und Aufklärungen sowie Nachweise verlangen über

a) die beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person und über die eingetretenen Veränderungen - sofern die versicherte Person selbständig ist auch hinsichtlich der wirtschaftlichen Verhältnisse und der Arbeitssituation des Betriebes - sowie

b) Beginn, Ursache, Art, Umfang und Verlauf der zur Berufsunfähigkeit bzw. zur Pflegebedürftigkeit führenden Gesundheitsstörungen und

c) die gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Person vor Abgabe der Erklärung über ihre Gesundheitsverhältnisse oder etwaiger Nachklärungen vor Abschluss des Vertrages.

Hierzu sind auf unser Verlangen Auskünfte und Unterlagen von Ärzten, Zahnärzten, sonstigen Behandlern (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseure oder Krankengymnasten), Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden beizubringen.

(3) Wir können außerdem zur Beurteilung unserer Leistungspflicht auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

(4) Wir können von Ihnen verlangen, dass Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Wenn Sie für die geforderte Untersuchung nach Deutschland reisen müssen, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel.

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

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen und Untersuchungsergebnisse erklären wir unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von vier Wochen nach Abschluss unserer Leistungsprüfung, ob, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt, ggf. auch für welchen Zeitraum, wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während unserer Leistungsprü-

fung werden wir Sie mindestens alle sechs Wochen über den Sachstand informieren.

(2) Sie können, zwei Monate nachdem Sie die Versicherungsleistung beantragt haben, von uns eine Erklärung verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Leistungsumfanges noch nicht beendet werden konnten. Wenn wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats nachkommen konnten, wird die Versicherungsleistung fällig.

§ 9 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sowie während einer Karenzzeit sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 bzw. den Wegfall der Leistungspflicht nach § 1 Absatz 5 nachzuprüfen; insbesondere können wir auch einen Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

Wir können auch prüfen, ob die versicherte Person nach dem Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit neue berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse (z. B. durch Umschulung) erworben hat. In diesem Fall liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen zutreffen:

a) Die versicherte Person übt auf der Basis dieser neu erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse auch tatsächlich eine neue berufliche Tätigkeit aus.

b) Die versicherte Person kann auf Grund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse diese Tätigkeit ausüben.

c) Diese ausgeübte berufliche Tätigkeit entspricht der Lebensstellung der versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit.

Liegen die vorgenannten Voraussetzungen vor, ist es unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem Beruf, zu dem unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt wurde, fort dauern würde.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte im Sinne des § 7 und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Regelungen des § 7 Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend.

(3) Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, so werden wir unsere Leistungen einstellen. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit; sie wird nicht vor Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Prämienzahlung wieder aufgenommen werden.

(4) Sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bei Anspruchserhebung oder bei unserer Erklärung gemäß § 8 bereits nicht mehr besteht, gilt die in Absatz 3 genannte Frist für die Einstellung der Leistungen nicht. In diesem Fall bestehen Ansprüche längstens für den Zeitraum vom Eintritt bis zum Wegfall der Berufsunfähigkeit.

§ 10 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

(1) Solange eine Obliegenheit nach § 7 oder § 9 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder arglistig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(2) Die Ansprüche auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bleiben abweichend von Absatz 1 insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist; dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

(3) Wenn die Obliegenheit später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet, jedoch frühestens nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit.

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheines können wir als berechtigt ansehen, Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Empfang zu nehmen.

(2) Wir können verlangen, dass der Inhaber des Versicherungsscheines seine Berechtigung nachweist. In den Fällen des § 6 Absatz 2 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten oder dessen schriftliche Zustimmung vorliegt.

III. Überschussbeteiligung

§ 12 Wie sind Sie grundsätzlich an den Überschüssen beteiligt?

(1) Die garantierten Versicherungsleistungen können sich um Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhöhen. An den vor und nach Eintritt eines Leistungsfalles entstehenden Überschüssen und an den Bewertungsreserven werden wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes nach folgenden Grundsätzen und Maßstäben beteiligen.

(2) Bei der Prämienkalkulation und bei der Berechnung der Rentenhöhe müssen wir vorsichtige Annahmen über die künftige Entwicklung der Kapitalanlagen (Zinsen), des Risikoverlaufs und der Kosten zugrunde legen, damit wir jederzeit die garantierten Leistungen erbringen können. Aus dem Unterschied zwischen den tatsächlichen und den bei der Prämienkalkulation bzw. Berechnung der Rentenhöhe angenommenen

a) Aufwendungen für Versicherungsfälle (Risikoegebnis)

Anlage zum Versicherungsschein

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 5 von 8 -

HDI
GERLING

b) Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb (Kostenergebnis),

c) Nettoerträge der Kapitalanlagen (Zinsergebnis)

können Überschüsse entstehen. Allerdings ist nicht ausgeschlossen, dass die einzelnen Ergebnisse auch negativ (Verlust) sein können.

Ob und in welcher Höhe Überschüsse entstehen, hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also von uns nicht garantiert werden.

(3) Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des deutschen Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist bei unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

An den sich daraus ergebenden Überschüssen werden die Versicherungsnehmer auf der Grundlage der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung angemessen beteiligt.

(4) Die verschiedenen Versicherungsarten (wie z. B. Risiko-, Renten-, Kapitalversicherungen) tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gewinnverbänden zusammengefasst. Gewinnverbände bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gewinnverbände (ggf. können auch mehrere zusammengefasst werden) 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 so genannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf abzuschwächen. Die Verwendung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge richtet sich nach der jeweils gültigen gesetzlichen Regelung. Gemäß § 56 a VAG darf diese Rückstellung grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden; mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde ist auch eine anderweitige Verwendung (derzeit z. B. zur Abwendung eines drohenden Notstandes im Interesse der Versicherungsnehmer, oder zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste auf Grund von allgemeinen Änderungen der Verhältnisse, oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung, sofern die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen) möglich.

(5) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert unserer Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem diese Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Die Prämien sind so kalkuliert, dass sie bis zum jeweils

vereinbarten Vertragsablauf für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalanlagen stehen deshalb bei der Berufsunfähigkeitsversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur sehr geringe Bewertungsreserven. Die Versicherungsnehmer werden gemäß § 153 Absatz 3 des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes bei Beendigung des Vertrages an den dann vorhandenen Bewertungsreserven zur Hälfte beteiligt. Der Ihrer Versicherung zustehende Anteil an den Bewertungsreserven wird jährlich nach einem verursachungsorientierten Verfahren neu ermittelt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

(6) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Gewinnverbands, der in Ihrem Versicherungsschein genannt ist (Gewinnanteile). Die Mittel für die Gewinnanteile werden bei der Direktgutschrift aus dem Ergebnis des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Gewinnanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Gewinnanteilsätze in unserem Geschäftsbericht.

Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Wird Ihre Versicherung in dem in § 15 Absatz 8 beschriebenen Falle als Einzelversicherungsvertrag fortgesetzt, führen wir Ihre Versicherung ab dem Beginn des nächsten Versicherungsjahres in dem dann maßgebenden Gewinnverband.

(7) Die Gewinnanteile ergeben sich aus der Multiplikation von Gewinnanteilsätzen mit bestimmten Bezugsgrößen.

Weitere Erläuterungen zu den einzelnen Gewinnanteilen, den Bezugsgrößen und zur Verwendung der Gewinnanteile vor und ab Leistungsbeginn enthalten die beiden nachfolgenden Paragraphen.

Soweit die Gewinnanteile zur Leistungserhöhung aus der Überschussbeteiligung verwendet werden, sind hierfür die bei Zuteilung jeweils gültigen Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen maßgeblich. Zu den Kalkulationsgrundlagen gehören unsere Annahmen über Kapitalerträge (Rechnungszins), Risikoverlauf (Sterblichkeit) und Kosten.

§ 13 Welche Besonderheiten gelten vor Leistungsbeginn?

(1) In dem vorangehenden Paragraphen haben wir beschrieben, welche Arten von Überschüssen wann entstehen können (Zins-, Risiko- und Kostenergebnis) und wodurch deren Höhe beeinflusst wird.

Vor Leistungsbeginn können jährlich Risikogewinne anfallen, die sich je nach der gemäß Absatz 2 gewählten Gewinnzuteilungsform in Prozent der Prämie ohne Berücksichtigung von Gewinnanteilen (prämienpflichtige Versicherungen mit Gewinnzuteilungsform A) bzw. der Risikoprämie zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres (in allen anderen Fällen) bemisst. Dieser Gewinnanteil berücksichtigt neben den Risikogewinnen

auch Kosten- und bei prämienpflichtigen Versicherungen zusätzlich Zinsgewinne oder -verluste.

(2) Diese Risikogewinne werden entsprechend der im Rahmen der tariflichen Möglichkeiten von Ihnen gewählten und in Ihrem Versorgungskonzept bzw. im Versicherungsschein dokumentierten Gewinnzuteilungsform verwendet.

Bei Ihrer Versicherung können die folgenden Gewinnzuteilungsformen vereinbart werden:

a) Gewinnzuteilungsform A: Wir verrechnen die Risikogewinne mit den fälligen Prämien. Im Falle der Prämienfreistellung verwenden wir, sofern die Berufsunfähigkeitsversicherung prämienfrei fortgesetzt werden kann, danach die Gewinnanteile wie die Zinsgewinnanteile gemäß Absatz 3.

b) Gewinnzuteilungsform B: Wir erhöhen bei Eintritt des Versicherungsfalles die Berufsunfähigkeitsrente um einen Bonus, der in Prozent der versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrente festgesetzt wird. Der Bonus wird zusammen mit der versicherten Leistung fällig.

Führt eine Neufestsetzung der Gewinnanteile zu einer Reduzierung des Bonus, so können Sie - sofern noch keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 eingetreten ist - die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb von drei Monaten nach Zugang unserer Mitteilung beantragen. Wir teilen Ihnen schriftlich mit, ab wann die Reduzierung des Bonus wirksam wird und wie hoch die Erhöhungsbeträge für Rente und Prämie sind.

(3) Bei prämienfreien Versicherungen können außerdem Zinsgewinne in Prozent des Deckungskapitals für die versicherte Leistung und des Deckungskapitals für den Rentenzuwachs entstehen.

Wir werden diese Zinsgewinne zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zuteilen und als Prämie für einen Rentenzuwachs zur Erhöhung der versicherten Leistungen verwenden. Diese Erhöhung wird nach den anerkannten versicherungsmathematischen Berechnungsformeln, die der deutschen Aufsichtsbehörde vorliegen, berechnet und ist für die Zukunft garantiert.

(4) Die jährlichen Verwaltungskosten, die bei der Berechnung des Rentenzuwachses berücksichtigt werden, betragen 0,1 % des gebildeten Rentenzuwachses.

§ 14 Welche Besonderheiten gelten ab Leistungsbeginn?

(1) Wir werden Ihrer Versicherung einen Gewinnanteil zuteilen, der sich so bemisst, dass er zur Finanzierung der im Absatz 2 beschriebenen Leistungserhöhung ausreicht. Dieser Gewinnanteil berücksichtigt sowohl die Zins- als auch die Risiko- und Kostengewinne oder -verluste.

(2) Während der Fälligkeit der Berufsunfähigkeitsrente können wir jährlich einen Rentenzuwachs bilden, der in Prozent der Berufsunfähigkeitsrente einschließlich des Bonus und des erreichten Rentenzuwachses bemessen wird. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungsstichtag (Be-

Anlage zum Versicherungsschein

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 6 von 8 -

HDI
GERLING

ginn eines Versicherungsjahres). Diese Erhöhung wird nach den anerkannten versicherungsmathematischen Berechnungsformeln, die der deutschen Aufsichtsbehörde vorliegen, berechnet und ist für die Zukunft garantiert.

(3) Die jährlichen Verwaltungskosten, die bei der Berechnung des Rentenzuwachses berücksichtigt werden, betragen 3 % des gebildeten Rentenzuwachses.

IV. Prämienzahlung

§ 15 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?

(1) Die Prämien zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch jährliche, halbjährliche, vierteljährliche oder monatliche Prämienzahlung (laufende Prämien) entrichten. Die Wahl der Prämienzahlungsweise hat auch Auswirkungen auf die Summe der Prämien, die Sie insgesamt für Ihren Versicherungsschutz bezahlen; das heißt, dass zum Beispiel eine jährliche Prämienzahlungsweise in der Summe insgesamt einen geringeren Prämienaufwand erfordert als eine monatliche Prämienzahlungsweise.

(2) Die erste Prämie wird frühestens mit Zustimmung des Versicherungsscheins, nicht jedoch vor Versicherungsbeginn fällig. Sie ist sodann innerhalb von zwei Wochen ab dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag zu zahlen.

(3) Alle weiteren Prämien müssen Sie wie vertraglich vereinbart zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode zahlen. Die Versicherungsperiode entspricht der vereinbarten Prämienzahlung.

(4) Zahlungen der Prämie an uns können nur wirksam auf ein von uns benanntes Konto entrichtet werden. Ein Versicherungsvermittler ist nicht zur Entgegennahme von Zahlungen bevollmächtigt.

(5) Die Übermittlung der Prämien erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(6) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Prämienrückstände verrechnen.

(7) Sie können mit uns eine schriftliche Vereinbarung über eine Stundung der Prämienzahlung für einen Zeitraum von maximal sechs Monaten schließen, wenn die nach Ablauf der Stundung verbleibende Prämienzahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt. Die gestundeten Prämien nebst Stundungszinsen sind mit Ablauf des Stundungszeitraums nachzuzahlen. Die Höhe der Stundungszinsen beträgt für das Jahr drei Prozentpunkte über dem Basiszinssatz.

(8) Wurde Ihre Versicherung auf Grund eines Rahmenabkommens zu besonderen Konditionen abgeschlossen, kann sich die vereinbarte Prämie ändern, wenn die Prämie für diese Versicherung nicht mehr im Rahmen des genannten Abkommens gesammelt an uns geleistet bzw. im Rahmen des vertraglich vereinbarten Prämieninkassos per Lastschrift gezahlt wird oder wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme in diesen besonderen Tarifbereich im Rahmen dieses Abkommens nicht mehr erfüllt sind. In diesem Fall führen wir

Ihre Versicherung vom nächsten Prämienfälligkeitstermin an als Einzelversicherungstrag zu den hierfür geltenden Konditionen weiter. Wir werden Sie über den Eintritt dieser Voraussetzungen und die geänderte Prämie informieren.

§ 16 Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?

(1) Die Kalkulation einer Versicherung geschieht unter Berücksichtigung der Tatsache, dass eine Vielzahl von Verträgen, die gleichartige Risiken absichern, gemeinsam verwaltet wird. Kosten werden daher nach für alle Verträge gleichmäßig geltenden Prinzipien pauschal erhoben.

(2) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen und die laufende Verwaltung des Versicherungsvertrages entstehen Kosten (Abschluss- und Vertriebskosten sowie sonstige Kosten). Diese Kosten sind bereits bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

(3) Die Abschluss- und Vertriebskosten umfassen insbesondere Abschlussprovisionen und Courtagen an die Versicherungsvermittler sowie Aufwendungen für die Aufnahme des Versicherungsvertrages in den Versicherungsbestand und für die ärztlichen Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen.

Für die Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der deutschen Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Prämien zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der deutschen Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Prämien beschränkt.

(4) Die sonstigen Kosten umfassen insbesondere die Aufwendungen für die Verwaltung Ihres Versicherungsvertrages, für die technische Bestandsführung und die jährliche schriftliche Information.

Die sonstigen Kosten werden, soweit sie nicht mit der Prämie verrechnet werden, dem Deckungskapital entnommen.

(5) Bei einer Prämienfreistellung (§ 19) ändert sich die Höhe der sonstigen Kosten. Die Änderung hängt von der Summe der tatsächlich gezahlten Prämien ab und kann sowohl eine Absenkung als auch eine Erhöhung der sonstigen Kosten bewirken. Wir werden Ihnen die Höhe der ab Prämienfreistellung von uns erhobene sonstigen Kosten mitteilen.

(6) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung der prämienfreien Versicherungsleistung, für Ihren Rückkaufwert und für die Bezugsgrößen der Überschussbeteiligung vorhanden sind.

§ 17 Welche Kosten und Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) Wir sind berechtigt, über die in § 16 beschriebenen Kosten hinaus für die nachfolgend genannten Geschäftsvorfälle Kosten

gesondert in Rechnung zu stellen. Diese Kosten werden wie folgt ermittelt:

a) Fallen bei uns für einen der nachfolgend genannten Geschäftsvorfälle interne Kosten an, wird Ihnen hierfür ein Pauschalbetrag in Rechnung gestellt. Der Pauschalbetrag wird von uns anhand der bei einem entsprechenden Geschäftsvorfall durchschnittlich anfallenden Kosten (Zeitaufwand, Personal- und Materialkosten) ermittelt. Im Einzelnen gilt:

- Für Vertragsänderungen, die eine technische Umstellungsberechnung erfordern (z. B. Verlängerung oder Verkürzung der Versicherungsdauer), wird eine Gebühr in Höhe von 10 % der in Ihrem Versorgungskonzept genannten technischen Prämiensumme, höchstens jedoch in Höhe von 100 EUR erhoben.

- Wir erheben für besondere Verwaltungsaufwendungen wie etwa nachträgliche Eintragung oder Änderung von Bezugsrechten, Verpfändungen, Abtretungserklärungen, Ausstellung von Ersatzurkunden usw. neben dem Ersatz der Postgebühren eine Gebühr von 1,50 EUR.

- Für Rückläufer im Lastschriftverfahren verlangen wir die hierdurch entstehenden Kosten, höchstens jedoch 5 EUR.

- Im Falle des Rücktritts gemäß § 18 Absatz 2 verlangen wir von Ihnen eine Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages, die sich auf 10 % der Prämien der ersten 12 Monate ab Versicherungsbeginn beläuft.

- Wird eine Folgeprämie nicht gezahlt, erhalten Sie eine Mahnung (§ 18 Absatz 4), für die wir eine Mahngebühr von 1 EUR erheben.

Die vorgenannten Beträge sind pauschaliert aufwandsbezogen kalkuliert. Bei einer von uns nicht beeinflussbaren und nicht vorhersehbaren wesentlichen Veränderung der bei Versicherungsbeginn maßgeblichen tatsächlichen Kosten müssen wir uns daher vorbehalten, diese Beträge nach billigem Ermessen entsprechend der Kostenentwicklung angemessen anzupassen. Bei einem wesentlichen Rückgang der tatsächlichen Kosten verpflichten wir uns, die Kosten angemessen entsprechend der Kostenentwicklung zu reduzieren. Als wesentlich gilt jede Veränderung ab einem Umfang in Höhe von 5 % im Vergleich zu den bei Versicherungsbeginn bzw. bei der letzten Anpassung maßgeblichen tatsächlichen Kosten. Wir werden die Kostenentwicklung in regelmäßigen Abständen, spätestens alle 5 Jahre, überprüfen und Sie informieren, sofern eine Anpassung der Verwaltungskosten erforderlich ist.

Die Anpassung der Verwaltungskosten wird zwei Monate nach Zugang dieser Information, der Sie auch die Höhe der Anpassung entnehmen können, wirksam. Im Falle einer Erhöhung können Sie der Anpassung binnen sechs Wochen nach Erhalt der Anpassungsmittteilung widersprechen. Ein solcher Widerspruch führt in den Grenzen des § 20 zur vollständigen Kündigung des Versicherungsvertrages. Unterbleibt ein fristgerechter Widerspruch, gilt die Anpassung als genehmigt. Die Anpassung wird im Rahmen eines Nachtrags zum Versicherungsschein dokumentiert.

b) Werden uns für einen der vorgenannten Geschäftsvorfälle von dritter Seite Kosten in Rechnung gestellt (z. B. Gebühren für Lastschriftrückläufer, Porto, Überweisungen ins Ausland), werden Ihnen diese Kosten von uns in angefallener Höhe zusätzlich in Rechnung gestellt.

(2) Ihnen ist der Nachweis gestattet, dass für Ihren Geschäftsvorfall Kosten überhaupt nicht entstanden sind oder dass die für Ihren Geschäftsvorfall tatsächlich entstandenen Kosten niedriger sind als der Pauschalbetrag. Sie müssen in diesem Fall nur die tatsächlich angefallenen Kosten tragen.

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

(1) 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 zum Fälligkeitstag (§ 15 Absätze 2 und 3) 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 nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(2) Wird die erste Prämie nicht fristgerecht (§ 15 Absatz 2) gezahlt und haben Sie dies zu vertreten, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird. Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst diese Rechtsfolgen nicht aus.

(3) Ist die Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben; dies gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(4) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig (§ 15 Absatz 3) gezahlt, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform mit einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Wird der Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist beglichen und haben Sie dies zu vertreten, können wir den Vertrag kündigen. Im Falle der Kündigung vermindert sich Ihr Versicherungsschutz auf die prämienvfreie Versicherungsleistung oder entfällt bei Unterschreitung der Mindestrente (§ 19) vollständig. Auf diese und alle weiteren Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 19 Wann können Sie Ihre Versicherung prämienvfrei stellen?

(1) Bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung, bei der prinzipiell in jeder Versicherungsperi-

ode die zu entrichtenden Prämien zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten voll verbraucht werden. Daher steht eine prämienvfreie Versicherungsleistung grundsätzlich nicht zur Verfügung und die Versicherung erlischt ohne Wert, wenn Sie die Prämienzahlung einstellen.

Eine Prämienfreistellung ist allenfalls möglich, sofern dennoch nicht verbrauchte Prämienteile zur Verfügung stehen.

Sie können in diesem Fall

a) jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode

b) sowie innerhalb der Versicherungsperiode mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Schluss der ersten Versicherungsperiode

schriftlich verlangen, dass Ihre Versicherung vollständig oder teilweise in eine prämienvfreie Versicherung umgewandelt wird, sofern die versicherte jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach Prämienfreistellung mindestens 600 EUR beträgt. Wird dieser Mindestbetrag nicht erreicht, ist eine Prämienfreistellung nicht möglich. In diesem Fall können Sie die Versicherung nur kündigen und Sie erhalten den Rückkaufswert (§ 20 Absatz 2). Die Versicherung erlischt.

Die Prämienfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.

Eine Prämienfreistellung ist allenfalls möglich, sofern dennoch nicht verbrauchte Prämienteile zur Verfügung stehen.

Die wirtschaftlichen Nachteile können Sie der Tabelle der prämienvfreien Leistungen in Ihrem Versicherungsschein entnehmen. Vor Vertragsabschluss finden Sie die Tabelle in Ihrem Versorgungskonzept.

(2) Bei einer teilweisen Prämienfreistellung ist die Fortsetzung des Versicherungsvertrages nur möglich, sofern die jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach der teilweisen Prämienfreistellung sowohl für den prämienvfreien als auch für den verbleibenden, prämienvpflichtigen Versicherungsteil jeweils mindestens 600 EUR beträgt.

(3) Wir berechnen die prämienvfreien Versicherungsleistungen gemäß § 173 Absatz 2 VersVG nach den anerkannten versicherungsmathematischen Berechnungsformeln, die der deutschen Aufsichtsbehörde vorliegen, mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation aus dem Deckungskapital der Versicherung unter Berücksichtigung eines Abzugs, der in Absatz 4 näher beschrieben wird.

Die Höhe der prämienvfreien Leistungen können Sie der entsprechenden Tabelle in Ihrem Versicherungsschein entnehmen. Vor Vertragsabschluss finden Sie die Tabelle in Ihrem Versorgungskonzept.

(4) Der Abzug gemäß § 173 Absatz 3 VersVG beträgt 50 % des aus den Prämien der Berufsunfähigkeits-Versicherung ermittelten positiven Deckungskapitals zur Berechnung der prämienvfreien Leistungen.

Der Abzug vom Deckungskapital wird zum Ausgleich für die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes erhoben; zudem wird damit ein

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abzug bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

(5) Etwaige Prämienrückstände werden mit dem Deckungskapital verrechnet.

(6) Bei Prämienfreistellung wird der Rentenzuwachs (§ 14) auf Basis seines Deckungskapitals unter Berücksichtigung eines Abzugs von 50 % analog Absatz 4 mit den jeweils gültigen Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen (§ 12 Absatz 7) neu berechnet. Nach der Prämienfreistellung entwickelt sich die Überschussbeteiligung gemäß den Regelungen des § 13 weiter.

(7) Sie können innerhalb von sechs Monaten nach dem Prämienfreistellungstermin schriftlich verlangen, dass der Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung unter folgenden Voraussetzungen wieder hergestellt wird (Wiederinkraftsetzung):

a) die Prämienzahlung wird in der ursprünglich vereinbarten Höhe zum nächsten Monatsersten wieder aufgenommen,

b) die Prämien für den Zeitraum vom Prämienfreistellungstermin bis zur Wiederinkraftsetzung werden nachgezahlt,

c) die Prämienzahlungsdauer beträgt ab dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung noch mindestens ein Jahr,

d) aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung ist keine Leistung anerkannt oder festgestellt,

e) der prämienvfreie Zeitraum darf sechs Monate nicht überschreiten.

Auf das Recht der Wiederinkraftsetzung werden wir im Rahmen der Prämienfreistellung hinweisen.

V. Vorzeitige Beendigung

§ 20 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

(1) Sie können unter Beachtung der in § 19 Absatz 1 genannten Termine und Fristen Ihre Versicherung jederzeit bis zur Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht vollständig oder teilweise schriftlich kündigen.

Bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung, bei der prinzipiell in jeder Versicherungsperiode die zu entrichtenden Prämien zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten voll verbraucht werden. Daher steht ein Rückkaufswert grundsätzlich nicht zur Verfügung und die Versicherung erlischt bei Kündigung ohne Wert.

Sofern dennoch nicht verbrauchte Prämienteile zur Verfügung stehen, erfolgt eine Auszahlung des Rückkaufswertes nach Maßgabe der nachfolgenden Absätze.

Die Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.

(2) Für die Auszahlung des Rückkaufswertes gilt:

- a) Bei einer vollständigen Kündigung wird die Versicherung beendet und wir zahlen den Rückkaufswert aus.
- b) Bei einer Teilkündigung gilt Buchstabe a) entsprechend für den gekündigten Teil. Die Fortsetzung des nicht gekündigten Teils des Versicherungsvertrages ist nur möglich, wenn die nach Teilkündigung berechnete jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente für den verbleibenden Teil mindestens 600 EUR beträgt.

(3) Der Rückkaufswert ist gemäß § 176 VersVG als Zeitwert der Versicherung unter Berücksichtigung eines Abzugs zu berechnen. Der Zeitwert ergibt sich aus dem Deckungskapital der Versicherung und dem Deckungskapital des Rentenzuwachses, das wir jeweils nach anerkannten versicherungsmathematischen Berechnungsformeln ermitteln, die der deutschen Aufsichtsbehörde vorliegen. Der Abzug wird in Absatz 4 näher beschrieben.

Die Höhe des Rückkaufswertes können Sie der entsprechenden Tabelle entnehmen.

(4) Der Abzug gemäß § 176 Absatz 4 VersVG beträgt 50 % des aus den Prämien der Berufsunfähigkeits-Versicherung ermittelten positiven Deckungskapitals.

Wurde Ihre Versicherung bereits vollständig oder teilweise in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt, so beträgt der Abzug für den prämienfreien Teil 15 % des positiven Deckungskapitals dieses Teiles.

Der Abzug vom Deckungskapital wird zum Ausgleich für die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versicherungsbestandes erhoben; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abzug bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

(5) Eventuelle Prämienrückstände werden mit dem Rückkaufswert verrechnet.

VI. Sonstiges

§ 21 Was sind die Vertragsgrundlagen?

Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, der Versicherungsschein, sowie die Versicherungsbedingungen.

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

(1) Mitteilungen, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen, soweit nicht in diesen Bedingungen Schriftform vereinbart ist. Diese Vereinbarung kann mündlich nicht aufgehoben werden.

Für uns bestimmte Mitteilungen werden nur und erst dann wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.

(2) Eine Änderung Ihrer Anschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

Ihnen können Nachteile entstehen, wenn Sie gegebenenfalls von wichtigen Mitteilungen nicht rechtzeitig Kenntnis erhalten, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(3) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Republik Österreich oder der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, müssen Sie uns eine in der Republik Österreich oder der Bundesrepublik Deutschland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

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

§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet österreichisches Recht Anwendung.

§ 24 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 zurzeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Ist Ihre Versicherung durch Vermittlung eines Versicherungsvermittlers zustande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Vermittler 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 Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.