

## **BB-BUZ: Besondere Bedingungen für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit (Österreich)**

(LV\_BB\_IBU\_A.0801)

*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*

*VersVG: Versicherungsvertragsgesetz*

*Im Bedingungstext verwenden wir die Bezeichnung AVB. Damit sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der zugehörigen Hauptversicherung gemeint. Soweit in den Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die AVB sinngemäß Anwendung.*

### **Gliederung**

#### **I. Leistungsbeschreibung**

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

#### **II. Leistungsauszahlung**

- § 4 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?
- § 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 6 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
- § 7 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

#### **III. Überschussbeteiligung**

- § 8 Welche Besonderheiten gelten vor Leistungsbeginn?
- § 9 Welche Besonderheiten gelten ab Leistungsbeginn?

#### **I. Leistungsbeschreibung**

##### **§ 1 Was ist versichert?**

(1) Als versicherte Person im Sinne dieser Bedingungen wird die Person bezeichnet, für die die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit abgeschlossen ist. Ist für zwei in Ihrem Versorgungskonzept bzw. Versicherungsschein benannte Personen das Risiko der Berufsunfähigkeit versichert, so gelten die nachfolgenden Ausführungen für jede dieser Personen.

(2) 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, wenn diese mitversichert ist.

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.

Ist für zwei in Ihrem Versorgungskonzept bzw. Versicherungsschein benannte Personen das Risiko der Berufsunfähigkeit versichert, können die Versicherungsleistungen für jede dieser Personen individuell vereinbart werden.

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

(4) 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 § 6 finden bis zum Ablauf der Karenzzeit sinngemäß Anwendung.

(5) 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 Prämienersatzleistung oder eine Prämienstundung für diesen Zeitraum nicht erfolgen kann. Während des Zeitraums der Karenzzeit werden dem Anteilguthaben keine Risikoprämien für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit entnommen.

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 § 3 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 nachzuschuldende Betrag kann auf Wunsch in 18 Monatsraten geleistet werden, wobei wir dann ebenfalls Zinsen erheben.

(6) Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente erlischt, wenn eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt (siehe hierzu auch die Regelungen gemäß § 6 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.

(7) Besteht im Rahmen einer Versicherung, bei der zwei Personen versichert sind, zu dem Zeitpunkt, an dem für eine versicherte Person ein Leistungsanspruch auf Prämienbefreiung wegen Berufsunfähigkeit entsteht, bereits für die andere versicherte Person ein Anspruch auf Prämienbefreiung wegen Berufsunfähigkeit, so erhält diejenige versicherte Person, deren Leistungsanspruch später entstanden ist, an Stelle der Prämienbefreiung eine Berufsunfähigkeitsrente (Ersatzleistung), deren Höhe nach den anerkannten versicherungsmathematischen Berechnungsformeln, die der deutschen Aufsichtsbehörde vorliegen, dem Wert der Prämienbefreiung entspricht. Entsteht der Anspruch auf Prämienbefreiung für beide versicherten Personen zum gleichen Zeitpunkt, dann erhält die ältere versicherte Person anstelle der für sie versicherten Prämienbefreiung die entsprechende Ersatzleistung.

Die Ersatzleistung zahlen wir jeweils zu den vereinbarten Rentenzahlungsterminen, falls eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert ist, andernfalls monatlich zu Beginn jedes Monats. Wenn der Rentenbeginn nicht mit dem verein-

barten Rentenzahlungstermin zusammenfällt, zahlen wir die erste Rente anteilig bis zum nächsten Rentenzahlungstermin.

Wir zahlen die Ersatzleistung so lange, wie für beide versicherten Personen der Anspruch auf Prämienbefreiung besteht. Entfällt dieser Anspruch bei einer versicherten Person, besteht für die andere versicherte Person der Anspruch auf Prämienbefreiung fort.

## § 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.

(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 zuzüglich 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 Lebensstellung maßgebend.
- b) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen einer mehr als 36 Monate 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 Berufsleben 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 Ab-

sätzen 8 bis 10 pflegebedürftig sein wird.

(7) Hat ein Zustand der in Absatz 6 beschriebenen 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 Einrichtungen 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 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 Katastrophenschutz der Republik Österreich oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.

## II. Leistungsauszahlung

### § 4 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, 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 Mitarbeitersituation 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 Nacherklärungen vor Abschluss des Vertrages.

Hierzu sind auf unser Verlangen Auskünfte und Unterlagen von Ärzten, Zahnärzten, sonstigen Behandlern (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseur 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 müs-

sen, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Reisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel.

#### **§ 5 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 Leistungsprüfung 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.

#### **§ 6 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 6 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 § 4 und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Regelungen des § 4 Absätze 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, sofern nicht ein Leistungsanspruch wegen Berufsunfähigkeit für eine weitere versicherte Person besteht.

(4) Sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bei Anspruchserhebung oder bei unserer Erklärung gemäß § 5 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, sofern nicht ein Leistungsanspruch wegen Berufsunfähigkeit für eine weitere versicherte Person besteht.

#### **§ 7 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?**

(1) Solange eine Obliegenheit nach § 4 oder § 6 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.

### **III. Überschussbeteiligung**

#### **§ 8 Welche Besonderheiten gelten vor Leistungsbeginn?**

(1) Vor Leistungsbeginn können, sofern bereits ein Rentenzuwachs gebildet worden ist, zu Beginn des jeweiligen Versicherungsmonats ein Risikogewinn in Anteilen der Risikoprämie sowie ein Zinsgewinn in Prozent des Deckungskapitals für den Rentenzuwachs anfallen. Der Risikogewinn kann auch negativ sein und wird in diesem Fall mit dem Zinsgewinn verrechnet. Diese Gewinnanteile werden für einen weiteren Rentenzuwachs verwendet. Diese Erhöhung wird nach den anerkannten versicherungsmathematischen Berechnungsformeln, die der deutschen Aufsichtsbehörde vorliegen, berechnet und ist für die Zukunft garantiert.

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

#### **§ 9 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 erreichten Rentenzuwachses bemessen wird. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungstichtag (Beginn 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.

(4) Die Ersatzleistung gemäß § 1 Absatz 7 ist nicht separat gewinnberechtigt und nicht Bestandteil der Bezugsgröße für den Rentenzuwachs.