

## Inhaltsübersicht

### **I Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung „TopLine“**

<b>Umfang des Versicherungsschutzes</b> .....	2
§ 1 Welche Leistungen erbringen wir? .....	2
§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen? .....	2
§ 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? .....	3
§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? .....	3
§ 5 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? .....	4
<b>Der Beitrag</b> .....	4
§ 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? ..	4
§ 7 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? .....	4
§ 8 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen? .....	5
§ 9 Was bedeutet die Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren? .....	5
<b>Der Leistungsfall</b> .....	5
§ 10 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden? .....	5
§ 11 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? .....	5
§ 12 Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden, und wer entscheidet in diesen Fällen? .....	6
§ 13 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit? ..	6
§ 14 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit? .....	6
§ 15 Wer erhält die Versicherungsleistung? .....	6
<b>Bedingungsänderungen und Überschussbeteiligung</b> .	6
§ 16 Wann können wir die Bedingungen ändern? .....	6
§ 17 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt? .....	7
<b>Formelle Regelungen</b> .....	7
§ 18 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen? .....	7
§ 19 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? ..	8
§ 20 Wo ist der Gerichtsstand? .....	8
§ 21 Salvatorische Klausel .....	8

### **II Zusatzleistungen**

§ 1 Nachversicherungsgarantie .....	8
§ 2 Behinderungsbedingte Kosten .....	9
§ 3 Rehabilitationshilfen .....	9
§ 4 Hilfen zur Umorganisation .....	9
§ 5 Wiedereingliederungshilfen .....	9
§ 6 Obergrenzen für Zusatzleistungen .....	9

### **III Informationen zur Überschussermittlung und -beteiligung** .....

### **IV Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung**

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen? ..	11
§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen? .....	11
§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen? .....	11
§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen? .....	11
§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt ? .....	11

# I Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung „TopLine“

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Sie können selbst versicherte Person sein oder jemand anderen als versicherte Person im Antrag benennen. Sowohl der Versicherungsnehmer als auch die versicherte Person haben Rechte und Pflichten aus dem Vertrag. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

## Umfang des Versicherungsschutzes

### § 1 Welche Leistungen erbringen wir?

1. Wird die versicherte Person gemäß § 2 während der Dauer dieser Versicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente;
- b) volle Befreiung von der Beitragspflicht.

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

2. Die Rente zahlen wir entsprechend der vereinbarten Rentenzahlungsweise im Voraus, erstmals anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode.

3. Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Beginn des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit gemäß § 2 eingetreten ist.

4. 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 Berufsunfähigkeit (Reaktivierung) erloschen ist und nach Ablauf der Versicherungsdauer eine erneute Berufsunfähigkeit angezeigt wird, die ihren Ursprung in der ersten Berufsunfähigkeit hat.

5. Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50% sinkt – bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (§ 2 Nummern 8 bis 10), wenn die Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht. Ansonsten erlischt der Anspruch spätestens, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer; Einzelheiten regelt § 13 Nr. 4.

6. Bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge weiter entrichten; wir werden jedoch die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Beiträge bei Anerkennung der Leistungspflicht verzinst mit 5% p.a. zurückzahlen.

Auf Ihren Wunsch hin sind wir bereit, die Beiträge bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos zu stunden. Im Falle eines Rechtsstreits über unsere Leistungspflicht stunden wir Ihnen die Beiträge bis zur rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung. Nach einer abschlägigen Entscheidung sind die gestundeten Beiträge innerhalb von 30 Tagen nachzuzahlen. Sie können stattdessen beantragen, dass die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung oder durch Verrechnung mit dem Guthaben oder den Gewinnanteilen getilgt werden. Sollte die Tilgung auf diesem Wege nicht möglich sein, teilen wir Ihnen das unverzüglich mit. Dann können Sie die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 12 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen erheben wir in diesem Falle nicht.

### § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, mindestens 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich außerstande sein wird, ihrem zuletzt ausgeübten Beruf wie in gesunden Tagen nachzugehen und auch keine andere Tätigkeit ausübt, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Wir erbringen in diesem Fall unsere Leistungen bereits ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraumes.

Eine Tätigkeit entspricht dann der bisherigen Lebensstellung, wenn

- das mit dem Ausüben der Tätigkeit verbundene soziale Ansehen mit dem des zuletzt ausgeübten Berufs vergleichbar ist und
- das daraus erzielbare jährliche Einkommen mindestens 80 Prozent des durchschnittlichen Einkommens aus Erwerbstätigkeit der letzten drei Jahre vor der Berufsunfähigkeit beträgt. Bei der Ermittlung werden krankheitsbedingte Einkommensausfälle ausgeglichen.

2. Als Beruf gilt

- a) bei Hausfrauen und Hausmännern die Tätigkeit eines Hauswirtschafters,
- b) bei Schülern, bei Auszubildenden, welche die Zwischenprüfung noch nicht abgelegt haben, sowie bei Studenten vor erfolgreichem Abschluss des Grundstudiums die berufliche Tätigkeit einer Arbeitskraft mit noch nicht bestimmtem Beruf,
- c) bei Auszubildenden, welche die Zwischenprüfung abgelegt haben, die berufliche Tätigkeit eines Gesellen des Ausbildungsberufes,
- d) bei Studenten nach erfolgreichem Abschluss des Grundstudiums die berufliche Tätigkeit eines Absolventen des Studienganges.

3. Hat die versicherte Person ihren Beruf innerhalb von 12 Monaten vor Eintritt der Berufsunfähigkeit gewechselt und zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet, so wird bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit auch die berufliche Tätigkeit vor dem Berufswechsel berücksichtigt. Die Berücksichtigung der früheren Tätigkeit ist ausgeschlossen, wenn die für die Berufsunfähigkeit ursächlichen Gesundheitsstörungen zum Zeitpunkt des Berufswechsels weder bekannt noch absehbar waren oder wenn der Berufswechsel aus gesundheitlichen Gründen erfolgte.

4. Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit brauchen Sie uns einen Wechsel oder das Ende der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person nicht anzuzeigen.
5. Übt die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles keine berufliche Tätigkeit aus, so wird die Berufsunfähigkeit nach der in den vorangegangenen 12 Monaten ausgeübten Berufstätigkeit beurteilt. Liegt die letzte Berufstätigkeit mehr als 12 Monate zurück, so kommt es darauf an, ob die versicherte Person außerstande ist, einen Beruf auszuüben, wie sie ihn aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung in gesunden Tagen hätte ausüben können und der ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.
6. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in zumutbarer Weise weiterhin als Selbstständiger nach einer Umorganisation innerhalb ihres Betriebes tätig sein könnte. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn der versicherten Person die Stellung als Betriebsinhaber erhalten bleibt, mindestens 80 % des Einkommens wie in gesunden Tagen erzielt werden kann und die Kosten der Umorganisation von uns getragen werden.
7. Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % ist gegeben, wenn die in Nr. 1 genannten Voraussetzungen mindestens 6 Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % erfüllt waren oder voraussichtlich erfüllt sein werden.
8. Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % wird auch bei Pflegebedürftigkeit angenommen. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich sein wird, dass sie für eine oder mehrere der in Nr. 9 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.
9. 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 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, und kann die versicherte Person diese Hilfsmittel selbstständig verwenden, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor.
10. Unabhängig von diesen Voraussetzungen liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf. Das gleiche gilt für eine versicherte Person, die dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann, oder die der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.
11. 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 3 Monaten noch anhält.

### **§ 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?**

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt und wir die Annahme Ihres Antrags schriftlich oder durch Aushändigung des Versicherungsscheines erklärt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.

### **§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**

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

- a) unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse, außer wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland<sup>1)</sup> verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war. Wir werden aber leisten, wenn die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei, des Bundesgrenzschutzes oder einer staatlich anerkannten Hilfsorganisation im Auftrag der Bundesrepublik Deutschland mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen teilnimmt<sup>2)</sup>;
- b) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur

1) Für versicherte Personen mit österreichischer Staatsangehörigkeit: außerhalb der Republik Österreich.

2) Für versicherte Personen mit österreichischer Staatsangehörigkeit lautet Satz 2 wie folgt: Wir werden aber leisten, wenn die versicherte Person als Mitglied des Bundesheeres, der Bundespolizei, der Bundesgendarmerie oder einer staatlich anerkannten Hilfsorganisation im Auftrag der Republik Österreich mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen teilnimmt.

- Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.

## **§ 5 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?**

1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie 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.

Sofern zwischen Antragstellung und Vertragsabschluss Veränderungen des Gesundheitszustandes der zu versichernden Person eintreten oder diese einen Berufswechsel vornimmt, müssen Sie uns das anzeigen.

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 (Nr. 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir binnen 3 Jahren seit Vertragsabschluss vom Vertrag zurücktreten, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten 3 Jahre auch noch nach Ablauf dieser Frist. Den Rücktritt können wir aber nur innerhalb eines Monats erklären, nachdem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten haben; die Kenntnis eines Vermittlers steht hinsichtlich des Fristbeginns unserer Kenntnis nicht gleich. Wenn uns nachgewiesen wird, dass die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind, wird unser Rücktritt gegenstandslos. 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 Leistung haben.
4. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.
5. Die Nummern 1 bis 4 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die 3-Jahres-Frist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.
6. Auf den Rücktritt oder die Anfechtung des Versicherungsvertrages können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

7. Wenn die Versicherung durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, haben Sie keinen Anspruch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

## **Der Beitrag**

### **§ 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?**

1. Sie zahlen Jahresbeiträge, die jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres fällig werden. Nach Vereinbarung können Sie die Jahresbeiträge auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zahlen; hierfür werden Ratenzuschläge erhoben.
2. Der Einlösungsbeitrag wird sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag an uns zu zahlen.
3. Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
4. Wir sind nach § 172 des Versicherungsvertragsgesetzes unter folgenden Umständen berechtigt, die Prämie entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen:
  - Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie,
  - sofern dies erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten und
  - sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderung überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat.
Für Änderungen der Bestimmungen zur Überschussbeteiligung (§ 17) gilt Satz 1 entsprechend. Die Mitwirkung des Treuhänders entfällt, wenn Änderungen nach Satz 1 der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen.
5. Wir verzichten ausdrücklich auf die nach § 41 des Versicherungsvertragsgesetzes eingeräumte Möglichkeit, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen die Beiträge für diese Versicherung anzuheben oder den Vertrag zu kündigen.

### **§ 7 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**

1. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie alles getan haben, damit der Beitrag fristgerecht bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt.
2. Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht inner-

halb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen.

3. An Stelle des Rücktritts können wir, wenn Sie den Einlösungsbeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, die Beiträge des ersten Versicherungsjahres – auch bei Vereinbarung von Ratenzahlungen – sofort verlangen.
4. Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie eine schriftliche Mahnung. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.
5. Zahlen Sie im ersten Versicherungsjahr einen Folgebeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig, werden außerdem die noch ausstehenden Raten des ersten Jahresbeitrages sofort fällig.

## **§ 8 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?**

1. Sie können Ihre Versicherung schriftlich ganz oder teilweise kündigen
  - a) jederzeit zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres;
  - b) bei Vereinbarung von Ratenzahlung auch innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Ratenzahlungsabschnitts, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres.
2. Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung nur wirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Monatsrente einen Mindestbetrag von 25 € und die Beitragsrate einen Mindestbetrag von 10 € erreicht. Ist dies nicht der Fall, müssen Sie, um Ihre Versicherung zu beenden, den Vertrag ganz kündigen.
3. Aus der gekündigten Versicherung können Sie keinen Rückkaufswert erhalten. Auch eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung oder die Rückzahlung der Beiträge ist nicht möglich.

## **§ 9 Was bedeutet die Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren?**

1. Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese so genannten Abschlusskosten (§ 43 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen) sind bereits pauschal bei der Tariffkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.
2. Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerverfahren) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung von Abschlusskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebes in der jeweiligen Versicherungsperiode bestimmt sind. Der zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

## **Der Leistungsfall**

### **§ 10 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?**

1. Zum Nachweis des Versicherungsfalls sind uns unverzüglich auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Unterlagen einzureichen:
  - a) Ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
  - b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
  - c) ausführliche Berichte der Ärzte, welche die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit;
  - d) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
  - e) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.
2. Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen; die anfallenden Kosten tragen wir. Wir können außerdem auf unsere Kosten notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Alten- und Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.
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.

### **§ 11 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?**

1. Nach Prüfung der bei uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.

Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von 10 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.

- Wir können in sachlich begründeten Ausnahmefällen ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis unter einstweiliger Zurückstellung der Frage aussprechen, ob der Versicherte berufsunfähig im Sinne von § 2 ist. Die Dauer der mit zeitlicher Begrenzung ausgesprochenen Anerkenntnisse darf insgesamt 12 Monate nicht überschreiten. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen werden nicht zurückgefordert, auch wenn später kein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit entsteht.

## **§ 12 Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden, und wer entscheidet in diesen Fällen?**

- Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung (§ 11) nicht einverstanden ist, kann er ihn innerhalb von sechs Monaten<sup>3)</sup> nach Zugang unserer Entscheidung gerichtlich geltend machen.
- Lässt der Anspruchserhebende die Sechsmonatsfrist<sup>4)</sup> verstreichen, ohne dass er den Anspruch gerichtlich geltend macht, sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge werden wir in unserer Erklärung nach § 11 besonders hinweisen.

## **§ 13 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?**

- Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2, ihren Grad, die Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen; dies gilt jedoch nicht für die Dauer der zeitlich begrenzten Anerkenntnisse nach § 11 Nr. 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 § 10 Nr. 2 und 3 gelten entsprechend.
- Eine Minderung der Berufsunfähigkeit, den Wegfall der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
- Wir stellen unsere Leistungen ein, wenn
  - die Berufsunfähigkeit weggefallen ist,
  - sich der Grad der Berufsunfähigkeit auf weniger als 50 % vermindert hat oder wenn
  - Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vorliegt und die Voraussetzungen des § 2 Nummern 8 bis 10 entfallen sind.

Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 12 mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam, frühestens jedoch zu Beginn der darauffolgenden Rentenzahlungsperiode. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

## **§ 14 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?**

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 10 oder § 13 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche aus der Versicherung 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.

## **§ 15 Wer erhält die Versicherungsleistung?**

- 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 Fälligkeit die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.
- Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
- Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie schriftlich angezeigt worden sind. Das Gleiche gilt für die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.
- 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.

## **Bedingungsänderungen und Überschussbeteiligung**

### **§ 16 Wann können wir die Bedingungen ändern?**

- Wir sind berechtigt, die Bedingungen mit Wirkung für bestehende Verträge unter folgenden Voraussetzungen zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen:
  - wenn dies aufgrund neuer oder geänderter Rechtsvorschriften oder höchstrichterlicher Rechtsprechung zur Fortführung des Vertrages notwendig ist,
  - im Falle der gerichtlich festgestellten Unwirksamkeit einzelner Regelungen oder
  - wenn die Anpassung aufgrund einer kartell- oder aufsichtsbehördlichen Maßnahme erforderlich ist.

Weiterhin sind wir berechtigt, für bestehende Verträge die Bestimmungen zur Überschussbeteiligung (§ 17) zu ändern.

3) Für Versicherungsnehmer mit österreichischer Staatsangehörigkeit: innerhalb von 12 Monaten.

4) Für Versicherungsnehmer mit österreichischer Staatsangehörigkeit: Zwölfmonatsfrist.

2. Die entsprechend Nr. 1 angepassten Bedingungen sollen den ursprünglichen Bedingungen auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht weitestgehend entsprechen. Eine Schlechterstellung der Versicherten darf nur entstehen, soweit
  - der Anpassungsbedarf nicht vorhersehbar sowie von uns weder veranlasst noch beeinflusst war und
  - ohne die Anpassung eine nicht unbedeutende Störung des bei Vertragsabschluss vorhandenen Äquivalenzverhältnisses vorliegen würde oder eine Regelungslücke gefüllt werden muss.
3. Die Zulässigkeit und Angemessenheit einer Änderung muss von einem unabhängigen Treuhänder bzw. bei Genehmigungsbedürftigkeit der Änderung von der Aufsichtsbehörde bestätigt werden. Derartige Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem wir Sie über die Änderung benachrichtigt haben.

## § 17 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer an den Überschüssen, die jährlich bei unserem Jahresabschluss festgestellt werden.

1. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer
  - a) Überschüsse entstehen dann, wenn das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach Maßgabe der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung angemessen beteiligt.
 

Weitere Überschüsse können aus Erträgen der Kapitalanlagen entstehen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in der genannten Verordnung festgelegten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind 90 % vorgeschrieben. Aus dem Betrag werden zunächst die Zinsen gedeckt, die zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden (§ 1 Absatz 2 der Verordnung). 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. Gewinngruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko, wie das Berufsunfähigkeits- oder Todesfallrisiko, zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.
2. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages
  - a) Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifikalkulation ermittelt. Die Tarifikalkulation ist von den DAV-Tafeln 1997I, 1997II, 1997RI sowie 1994T, jeweils für Männer bzw. Frauen, abgeleitet. Als Rechnungszins wurde 2,25 % angesetzt.
  - b) Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung besteht die Überschussbeteiligung aus einem Sofortrabatt, der in Prozent des Bruttobeitrages 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. Durch Ablauf der Beitragszahlung beitragsfrei gewordene Versicherungen sind nicht überschussberechtigt.

- c) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe BV/2008. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze zu den Bestands- und Gewinngruppen in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

### 3. Gewinngruppen:

a) Verträge in Anwartschaft mit Verrechnung	
Wartezeit:	keine
Risikoüberschuss:	in Prozent des Jahresbeitrages
Überschussystem:	Verrechnung

b) Verträge im Rentenbezug bei Berufsunfähigkeit	
Wartezeit:	keine
Zinsüberschuss:	in Prozent der Deckungsrückstellung <sup>5)</sup> zu Beginn des Versicherungsjahres
Überschussystem:	verzinsliche Ansammlung oder Rentenerhöhung

### 4. Überschussysteme

- a) **Überschussystem Verzinsliche Ansammlung:**  
Die jährlich anfallenden Überschüsse werden verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt;
- b) **Überschussystem Verrechnung:**  
Die Überschüsse werden mit den Beiträgen verrechnet;
- c) **Überschussystem Rentenerhöhung:**  
Im Rentenbezug bei Berufsunfähigkeit werden die jährlich anfallenden Zinsüberschussanteile dazu verwendet, die jeweils fälligen Renten zu erhöhen.

Weitere Erläuterungen zur Überschussermittlung und -beteiligung finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

## Formelle Regelungen

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

1. Mitteilungen, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Vermittler sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.
2. Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall wird unsere Erklärung zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie Ihnen ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
3. Bei Änderung Ihres Namens gilt Nr. 2 entsprechend.

<sup>5)</sup> Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Vertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Deren Berechnung ist in § 65 des Versicherungsaufsichtsgesetzes, den §§ 341e und 341f des Handelsgesetzbuches sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen geregelt.

## § 19 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland<sup>6)</sup> Anwendung.

## § 20 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Ist Ihre Versicherung durch Vermittlung eines Versicherungsvertreters zustande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Vertreter zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhielt, seinen Wohnsitz hatte.
2. Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht geltend machen. Weitere gesetzliche Gerichtsstände können sich bei dem für den Sitz oder die Niederlassung Ihres Geschäfts- oder Gewerbebetriebes örtlich zuständigen Gericht ergeben.

## § 21 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen des Vertrages unwirksam, nichtig oder anfechtbar sein oder werden, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt.

# II Zusatzleistungen

## § 1 Nachversicherungsgarantie

1. Tritt bei der versicherten Person eines der im folgenden aufgeführten Ereignisse ein, so haben Sie das Recht, innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt des Ereignisses die zuletzt vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Jede einzelne Nachversicherung 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;
  - Ehescheidung, sofern deshalb die wöchentliche Arbeitszeit um mindestens 10 Stunden erhöht oder eine Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen wird;
  - Geburt oder Adoption eines Kindes;
  - erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung, einer Höherqualifikation oder einer akademischen Ausbildung;
  - erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten durch das Jahreseinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit;
  - Wegfall des Berufsunfähigkeits-Schutzes aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei Freiberuflern und Selbstständigen;
  - Einkommenserhöhung um mindestens 250 € brutto monatlich aus nichtselbstständiger Tätigkeit der versicherten Person, die mit einem Karrieresprung (z.B. höhere Position in der Hierarchie eines Unternehmens) verbunden ist;

- 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. 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 die Jahresrente um bis zu 25 % der bei Vertragsbeginn vereinbarten jährlichen Rente erhöht werden. Die Erhöhungen der jährlichen Renten im Rahmen der Nachversicherungsgarantie dürfen während der Versicherungsdauer insgesamt höchstens 100 % der bei Vertragsbeginn vereinbarten jährlichen Rente betragen; die versicherte Jahresrente einschließlich aller Erhöhungen darf hierbei 30.000 € nicht überschreiten. Voraussetzung für die Zulässigkeit jeder einzelnen Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie ist, dass nach erfolgter Leistungserhöhung die gesamte Jahresrente aller auf den Versicherten bei privaten Versicherern abgeschlossenen Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen steht, d.h. das letzte jährliche Nettoeinkommen der versicherten Person nicht übersteigt. Wir haben das Recht, diese Voraussetzung zu überprüfen.
4. Die Nachversicherung bewirkt eine Beitragserhöhung, deren Höhe sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter<sup>7)</sup> der versicherten Person, der Laufzeit der Nachversicherung und nach der Risikoeinstufung des abgeschlossenen Vertrages errechnet.
5. 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.
6. Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erlischt, wenn die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat oder eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Nach Meldung eines Leistungsfalles werden bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht keine Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherung durchgeführt. Sofern eine Berufsunfähigkeit anerkannt wird, entfällt eine nach Eintritt der Berufsunfähigkeit durchgeführte Erhöhung im Rahmen der Nachversicherung rückwirkend.
7. Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung besteht nicht, wenn aufgrund der Antragsprüfung ein Beitragszuschlag oder eine Leistungseinschränkung bzw. der Ausschluss der Nachversicherungsgarantie vereinbart ist.

<sup>6)</sup> Für Versicherungsnehmer mit österreichischer Staatsangehörigkeit: das Recht der Republik Österreich.

<sup>7)</sup> Das rechnungsmäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als 6 Monate verstrichen sind.

## **§ 2 Behinderungsbedingte Kosten**

1. Innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren nach Eintritt der Berufsunfähigkeit übernehmen wir die Kosten für folgende Maßnahmen bis zu einer Höhe von insgesamt 2 Monatsrenten, höchstens aber 10.000 €, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der Berufsunfähigkeit erforderlich werden:
  - a) behindertengerechter Umbau des PKW der versicherten Person;
  - b) behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung;
  - c) Prothesen und Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl);
  - d) Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.

Die Kosten sind uns anhand entsprechender Belege nachzuweisen.

2. Im Falle eines zeitlich begrenzten Anerkenntnisses (Abschnitt I § 11 Nr. 2) entsteht kein Anspruch auf diese Leistung.

## **§ 3 Rehabilitationshilfen**

Wir übernehmen die Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen bis zu einer Höhe von 2 Monatsrenten, höchstens 10.000 €, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass die Aufnahme einer Berufstätigkeit dadurch früher erfolgen kann.

## **§ 4 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 Abschnitt I § 2 dieser Bedingungen mehr gegeben ist und unsere Leistungspflicht daher endet, beteiligen wir uns an den Umgestaltungskosten bis zu einer Höhe von 4 Monatsrenten, höchstens aber 20.000 €.

## **§ 5 Wiedereingliederungshilfen**

1. Endet der Anspruch auf Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, weil Berufsunfähigkeit im Sinne von Abschnitt I § 2 nicht mehr gegeben ist, zahlen wir als Einmalleistung eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 2 Monatsrenten.
2. Der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe entsteht an dem Tag, an dem die Beitragszahlung zur Berufsunfähigkeitsversicherung wieder aufgenommen werden muss (Abschnitt I § 13 Nr. 4).
3. Nach Ablauf eines zeitlich begrenzten Anerkenntnisses (Abschnitt I § 11 Nr. 2) wird eine Wiedereingliederungshilfe nicht gezahlt.
4. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer der Versicherung nur einmal in Anspruch genommen werden.
5. Tritt innerhalb eines Jahres ab Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe erneut Berufsunfähigkeit ein, entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe. Ist die Wiedereingliederungshilfe bereits ausgezahlt, so wird sie mit zukünftigen Versicherungsleistungen verrechnet.

## **§ 6 Obergrenzen für Zusatzleistungen**

Die Summe der von uns als behinderungsbedingte Kosten (§ 2), Rehabilitationshilfen (§ 3) und Wiedereingliederungshilfen (§ 5) zu erbringenden Leistungen ist während der Vertragslaufzeit auf insgesamt 4 Monatsrenten und einschließlich Hilfen zur Umorganisation (§ 4) auf 6 Monatsrenten begrenzt.

## **III Informationen zur Überschussermittlung und -beteiligung**

Der Ihnen für die gesamte Vertragslaufzeit zugesagte Versicherungsschutz erfordert von uns eine vorsichtige Tarifikalkulation. Wir müssen insbesondere ausreichend Vorsorge treffen für eine ungünstige Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten. Unsere vorsichtigen Annahmen bezüglich der Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten führen zu Überschüssen, an denen wir Sie beteiligen. Des Weiteren beteiligen wir Sie gegebenenfalls an den Erträgen aus den Kapitalanlagen. Im Folgenden möchten wir Ihnen die wichtigsten Schritte von der Entstehung der Überschüsse bis zu deren Verteilung auf die einzelnen Versicherungen erläutern.

### **Wie entstehen die Überschüsse?**

Überschüsse erzielen wir in der Regel aus dem Risiko- und dem Kostenergebnis. Die Überschüsse sind um so größer, je weniger Versicherungsfälle eintreten und je sparsamer wir wirtschaften. Gegebenenfalls können weitere Überschüsse aus dem Kapitalanlageergebnis hinzukommen.

#### **• Risikoergebnis**

Bei der Tarifikalkulation haben wir vorsichtige Annahmen über den Eintritt von Versicherungsfällen zugrunde gelegt. Dadurch wird sichergestellt, dass die vertraglichen Leistungen langfristig auch dann noch erfüllt werden können, wenn sich die versicherten Risiken ungünstig entwickeln. Ist der Risikoverlauf dagegen in der Realität günstiger als kalkuliert, entstehen Risikoüberschüsse.

#### **• Kostenergebnis**

Ebenso haben wir Annahmen über die Kostenentwicklung getroffen. Wirtschaften wir sparsamer als kalkuliert, entstehen Kostenüberschüsse.

#### **• Kapitalanlageergebnis**

Damit wir unsere Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen jederzeit erfüllen können, müssen wir eine Deckungsrückstellung bilden und Mittel in entsprechender Höhe anlegen (z. B. in festverzinslichen Wertpapieren, Hypotheken, Darlehen, Aktien und Immobilien). Dies überwachen unser verantwortlicher Aktuar und unser Treuhänder für das Sicherungsvermögen. Bei der Berechnung der Deckungsrückstellung wird ein Zinssatz von 2,25 % zugrunde gelegt. Dies bedeutet, dass sich die Vermögenswerte mindestens in dieser Höhe verzinsen müssen. In der Regel übersteigen die Kapitalerträge diesen Mindestzins, und es entstehen Zinsüberschüsse.

### **Wie werden die Überschüsse ermittelt und festgestellt?**

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

### **Wie erfolgt die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer?**

Die von uns erwirtschafteten Überschüsse kommen zum überwiegenden Teil den Versicherungsnehmern zugute. Der übrige Teil wird an die Aktionäre ausgeschüttet bzw. den Rücklagen des Unternehmens zugeführt. Eine Rechtsverordnung zu § 81 c des Versicherungsaufsichtsgesetzes legt die Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Überschüssen fest. An den Überschüssen aus dem Risiko- und dem Kostenergebnis beteiligen wir die Versicherungsnehmer nach der genannten Verordnung in angemessener Weise. Außerdem stehen den Versicherungsnehmern nach der derzeitigen Fassung der Verordnung mindestens 90 % der Nettoerträge (Bruttoerträge abzüglich Aufwendungen) aus denjenigen Kapitalanlagen zu, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind. Soweit die Versicherungsnehmer diese Erträge nicht über die oben erwähnte Mindestverzinsung erhalten, werden die Erträge zur Dotierung der Überschussbeteiligung herangezogen.

Da die verschiedenen Versicherungsarten in unterschiedlichem Umfang zum Überschuss beitragen, fassen wir gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammen. Kriterium für die Bildung einer solchen Gruppe ist vor allem das versicherte Risiko. Danach werden Kapital-Lebensversicherungen, Rentenversicherungen, Risikoversicherungen sowie die Berufsunfähigkeitsversicherungen jeweils eigenen Gruppen zugeordnet.

Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, wie 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. Die Rückstellung darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines Notstandes (z.B. Verlustabdeckung) heranziehen. Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

### **Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages?**

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen der Bestands- bzw. Gewinngruppe gemäß Abschnitt II § 17. 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 für den jeweiligen Deklarationszeitraum (in der Regel das folgende Kalenderjahr) festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns jederzeit anfordern können.

### **Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden!**

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. Die absolute Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

# IV Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für Haupt- und Zusatzversicherungen mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan gelten zusätzlich die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sinngemäß Anwendung.

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

1. In Ihrem Versicherungsschein ist im Einzelnen vereinbart, nach welchem der folgenden Maßstäbe sich die Beiträge bzw. die Versicherungsleistungen Ihrer Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Es bestehen folgende Möglichkeiten:
  - a) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich jährlich um den vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags;
  - b) die Versicherungsleistungen werden jährlich um den vereinbarten Prozentsatz der zuletzt gültigen Versicherungssumme bzw. Rente angehoben.
2. Die Beitragserhöhung [Maßstab a)] bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen. Eine nach Maßstab b) vorgenommene Erhöhung der Versicherungsleistungen ist mit einer entsprechenden Beitragserhöhung verbunden.
3. Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger, als bis die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter<sup>7)</sup> von 65 Jahren erreicht hat.

## § 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

1. Die Erhöhungen des Beitrages und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn des 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?

1. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter<sup>7)</sup>

der versicherten Person, der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer, einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, dem bei Abschluss des Vertrages gültigen Tarif und den ursprünglichen Annahmebedingungen. Entsprechendes gilt für die Berechnung der Beitragserhöhungen, wenn die Versicherungsleistungen jährlich um einen vereinbarten Prozentsatz angehoben werden. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

2. Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht.

## § 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 – „Was bedeutet die Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren?“ – der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Haupt- bzw. Zusatzversicherungen.
2. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Haupt- bzw. Zusatzversicherungen bezüglich der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und der Selbsttötung nicht erneut in Lauf.
3. Im Hinblick auf die Überschussbeteiligung gelten die getroffenen Vereinbarungen der zugrunde liegenden Haupt- bzw. Zusatzversicherung. 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 den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
2. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
3. Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
4. Ist in Ihrer Versicherung das Berufsunfähigkeits-Risiko mit eingeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt.

<sup>7)</sup> Das rechnungsmäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als 6 Monate verstrichen sind.

InterRisk Lebensversicherungs-AG  
Vienna Insurance Group  
Vorstand: Roman Theisen (Vors.),  
Dietmar Willwert  
Aufsichtsratsvorsitzender:  
Dieter Fröhlich

Karl-Bosch-Straße 5, 65203 Wiesbaden  
Postfach 25 72, 65015 Wiesbaden  
Sitz: Wiesbaden  
Registergericht:  
Wiesbaden HRB 12059

Telefon: +49 611 2787-0  
(24-Stunden-Service)  
Telefax: +49 611 2787-222  
[www.interrisk.de](http://www.interrisk.de)  
[info@interrisk.de](mailto:info@interrisk.de)

**InterRisk**   
**VIENNA INSURANCE GROUP**