

Allgemeine Bedingungen für die Barmenia SoloBU

(Berufsunfähigkeitsversicherung)

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Gothaer
Lebensversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner.

Inhaltsverzeichnis

Leistung

| | Seite |
|--|-------|
| § 1 Welche Leistungen erbringen wir? | 1 |
| § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen? | 2 |
| § 3 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen? | 3 |
| § 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung? | 3 |
| § 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? | 5 |
| § 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? | 5 |
| § 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? | 5 |
| § 8 Was ist zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit beansprucht werden? | 6 |
| § 9 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? | 7 |
| § 10 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit? | 7 |
| § 11 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung? | 7 |
| § 12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? | 7 |
| § 13 Wer erhält die Leistung? | 7 |
| Beitrag | |
| § 14 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? | 7 |
| § 15 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? | 8 |
| § 16 Wie können Sie Zahlungsschwierigkeiten überbrücken? | 8 |
| Gestaltungsmöglichkeiten | |
| § 17 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Nachversicherungsgarantie)? | 8 |
| § 18 Wann können Sie die Versicherungsdauer verlängern? | 9 |

Kündigung und Beitragsfreistellung

| | |
|--|----|
| § 19 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen? | 9 |
| § 20 Wie können Sie nach einer Beitragsfreistellung den ursprünglichen Versicherungsschutz wiederherstellen? | 10 |

Kosten

| | |
|---|----|
| § 21 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet? | 10 |
| § 22 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung? | 10 |

Sonstige Vertragsbestimmungen

| | |
|---|----|
| § 23 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? | 10 |
| § 24 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie? | 10 |
| § 25 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? | 11 |
| § 26 Wo ist der Gerichtsstand? | 11 |
| § 27 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind? | 11 |

Anhang

| | |
|--|----|
| Anhang der Versicherungsbedingungen zum Abzug bei Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung | 12 |
|--|----|

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistung bei Berufsunfähigkeit

- (1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer gemäß § 2 berufsunfähig, erbringen wir folgende Leistungen:
- Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeitsversicherung;
 - Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall vereinbart haben, erhöht sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente nach Beginn der Leistungspflicht jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die erste Erhöhung erfolgt ein Jahr nach Beginn der Rentenzahlung. Endet unsere Leistungspflicht, weil eine Berufsunfähigkeit nicht mehr gegeben ist, vermindert sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente wieder auf die ursprüngliche Höhe ohne die während der Leistungspflicht erfolgten Erhöhungen;
 - Zahlung einer Übergangshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten, wenn diese mitversichert ist. Die Übergangshilfe zahlen wir, wenn die versicherte Person erstmalig gemäß § 2 berufsunfähig wird. Die Übergangshilfe zahlen wir ebenfalls im Fall einer erneuten Berufsunfähigkeit gemäß § 2, wenn seit Wegfall der vorherigen Berufsunfähigkeit mindestens drei Jahre vergangen sind.

Sofern die verbleibende Leistungsdauer mindestens zwölf Monate beträgt, erhält die versicherte Person auf Wunsch eine Beratung zu Fragen der medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch entsprechende Spezialisten. Nimmt die versicherte Person an einer oder mehreren in dieser Beratung von den Spezialisten als sinnvoll bestätigten Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration teil, beteiligen wir uns an den Kosten dieser Maßnahmen, soweit sie nicht von Dritten (z. B. anderen Versorgungsträgern) übernommen werden, bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe des Dreifachen der zum Zeitpunkt des Beginns der Maßnahmen gezahlten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch 3.000,00 EUR. Führt die Teilnahme an den Maßnahmen dazu, dass eine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 nicht mehr vorliegt und wir von der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit frei werden, erhöhen wir unsere Beteiligung an den Kosten der Maßnahmen, die nicht von Dritten übernommen wurden, bis auf das Sechsfache der zuletzt gezahlten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch 6.000,00 EUR. Den Nachweis, welche Kosten der Maßnahmen nicht von Dritten übernommen werden, müssen Sie erbringen. Die Beteiligung an den Kosten von Maßnahmen zur

medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration kann für jeden Leistungsfall wegen Berufsunfähigkeit einmal in Anspruch genommen werden.

(2) Der Anspruch auf die versicherten Leistungen wegen Berufsunfähigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente und, sofern vereinbart, die Übergangshilfe erst mit Ablauf der Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit gemäß § 2 während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Endet die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Karenzzeit und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut Berufsunfähigkeit auf Grund derselben Ursache ein, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten angerechnet. Eine vereinbarte Karenzzeit erstreckt sich nicht auf die Beitragsbefreiung.

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente endet, wenn

- eine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 nicht mehr vorliegt,
- die versicherte Person stirbt oder
- die vertragliche Leistungsdauer abläuft.

(4) Sind wir gemäß § 10 Abs. 4 leistungsfrei geworden und tritt innerhalb der vertraglichen Leistungsdauer erneut Berufsunfähigkeit auf Grund derselben Ursache ein, lebt der Anspruch auf die versicherten Leistungen auch wieder auf, wenn die Versicherungsdauer bereits abgelaufen ist. § 8 gilt in diesem Fall entsprechend.

Unsere Leistung bei Wegfall der Berufsunfähigkeit

(5) Endet unsere Leistungspflicht, weil eine Berufsunfähigkeit nicht mehr vorliegt, zahlen wir eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe des Sechsfachen der zuletzt gezahlten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente. Voraussetzung ist, dass der Zeitraum vom Ende unserer Leistungspflicht bis zum Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer mindestens zwölf Monate beträgt. Tritt innerhalb von zwölf Monaten nach dem Ende unserer Leistungspflicht erneut eine Berufsunfähigkeit ein, rechnen wir die Wiedereingliederungshilfe auf den dadurch entstehenden Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente an, wenn die Berufsunfähigkeit auf der gleichen Ursache wie die vorherige Berufsunfähigkeit beruht. Eine Wiedereingliederungshilfe können Sie während der Laufzeit des Vertrages gegebenenfalls mehrfach erhalten.

Unsere Leistung bei Arbeitsunfähigkeit

(6) Wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit mitversichert haben und die versicherte Person während der Versicherungsdauer gemäß § 3 arbeitsunfähig wird, erbringen wir die Leistungen gemäß Absatz 1 Buchstaben a und b auch dann, wenn keine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 besteht.

(7) Der Anspruch auf die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist (siehe § 3 Abs. 1). Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Zahlung der Rente erst mit Ablauf der Karenzzeit, sofern die Arbeitsunfähigkeit gemäß § 3 während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Eine vereinbarte Karenzzeit erstreckt sich nicht auf die Beitragsbefreiung.

Der Anspruch auf die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit entsteht nicht, wenn und solange wir aus

dieser Versicherung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen.

(8) Der Anspruch auf die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit endet, wenn

- eine Arbeitsunfähigkeit gemäß § 3 nicht mehr vorliegt,
- wir wegen Berufsunfähigkeit der versicherten Person leistungspflichtig werden,
- die versicherte Person stirbt oder
- die vertragliche Leistungsdauer abläuft,

jedoch spätestens mit Ablauf des 18. Monats nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

(9) Kommt während einer Leistungspflicht wegen Arbeitsunfähigkeit eine weitere Gesundheitsstörung hinzu, führt dies weder zu einer höheren Leistung noch zu einer Verlängerung des Anspruchs auf die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Wird die versicherte Person nach dem Ende einer Leistungspflicht wegen Arbeitsunfähigkeit erneut gemäß § 3 arbeitsunfähig, entsteht ein neuer Anspruch auf die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit nur dann, wenn die versicherte Person bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit drei Monate ununterbrochen nicht arbeitsunfähig war.

Zusammenwirken von Arbeits- und Berufsunfähigkeit

(10) Eine Leistungspflicht wegen Arbeitsunfähigkeit beinhaltet keine Anerkennung einer Berufsunfähigkeit gemäß § 2.

(11) Ein Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und wegen Berufsunfähigkeit für denselben Zeitraum ist ausgeschlossen. Wird die versicherte Person gemäß § 2 berufsunfähig und entsteht ein Anspruch auf die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit für einen Zeitraum, in dem wir bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, verrechnen wir die erbrachten Leistungen mit den für diesen Zeitraum wegen Berufsunfähigkeit fälligen Leistungen.

(12) Ist eine Karenzzeit vereinbart und schließt ein Anspruch auf die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit unmittelbar an eine Leistungspflicht wegen Arbeitsunfähigkeit an, wird eine bei der Rentenzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit bereits zurückgelegte Karenzzeit bei der Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente angerechnet, sofern die Berufsunfähigkeit auf derselben Ursache wie die vorherige Arbeitsunfähigkeit beruht.

Weltweiter Versicherungsschutz

(13) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation

(14) Der Berechnung der bei Vertragsabschluss versicherten Leistungen liegen vom Geschlecht unabhängige Ausscheidewahrscheinlichkeiten auf Basis der Wahrscheinlichkeitstabellen GR BL 2020 I+AU, DAV 2021 AT und GR BL 2021 AI (BU+AU) sowie ein Rechnungszins von 0,25 % zu Grunde (Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation).

Für die Berechnung der versicherten Leistungen aus Beitragserhöhungen verwenden wir als Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation die zum Termin der Beitragserhöhung für neu abzuschließende Berufsunfähigkeitsversicherungen gültigen Rechnungsgrundlagen (Ausscheideordnungen, Rechnungszins).

Weitere Leistungen

(15) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 4).

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich für mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außer Stande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben. Auf eine abstrakte Verweisung wird verzichtet.

Ausgeübter Beruf bei Schülern

Als ausgeübter Beruf von Schülern gilt die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit als Schüler.

Ausgeübter Beruf bei Studenten

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit hauptberuflich Student an einer staatlich anerkannten Universität, Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung, gilt als ausgeübter Beruf das Mindestanforderungsprofil der Berufe, für die ein Studienabschluss in der zuletzt belegten Fachrichtung in der Regel Voraussetzung ist.

Ausgeübter Beruf bei Hausfrauen und Hausmännern ohne Erwerbstätigkeit

Bei Hausfrauen und Hausmännern ohne Erwerbstätigkeit gilt das zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit von der versicherten Person in ihrem Haushalt konkret ausgeübte Tätigkeitsprofil als ausgeübter Beruf. Voraussetzung für die Zugrundelegung dieses Berufsbildes ist, dass diese Versicherung als Hausfrau bzw. Hausmann ohne Erwerbstätigkeit abgeschlossen wurde und dieser Status bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit ununterbrochen bestanden hat. Hat die versicherte Person während der Versicherungsdauer eine Erwerbstätigkeit ausgeübt, gilt diese als ausgeübter Beruf.

Berufsunfähigkeit infolge Erwerbsminderung

Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn und solange die versicherte Person von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung der Bundesrepublik Deutschland oder einem berufsständischen Versorgungswerk in der Bundesrepublik Deutschland, dem die versicherte Person als Pflichtmitglied angehört, eine allein aus medizinischen Gründen anerkannte unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung oder vollständiger Berufsunfähigkeit erhält.

Berufsunfähigkeit infolge Infektionsgefahr

Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn und solange

- eine Rechtsverordnung oder eine behördliche Anordnung der versicherten Person wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr für andere Personen die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit ganz oder teilweise untersagt oder
- bei Bestehen einer von der versicherten Person ausgehenden Infektionsgefahr für andere Personen über den Hygieneplan eines anerkannten Hygienikers belegt wird, welche beruflichen Tätigkeiten die versicherte Person noch und welche sie nicht mehr ausüben kann,

und die versicherte Person dadurch zu mindestens 50 % außer Stande ist, ihre berufliche Tätigkeit auszuüben und sie auch nicht ausübt. Die Tätigkeitsein-

schränkung muss sich voraussichtlich über mindestens sechs Monate erstrecken oder sechs Monate ununterbrochen bestanden haben.

Konkrete Verweisung

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die sie auf Grund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (konkrete Verweisung). Die Lebensstellung bestimmt sich durch das berufliche Einkommen und die soziale Wertschätzung des Berufes. Die konkret ausgeübte andere Tätigkeit entspricht nicht der bisherigen Lebensstellung, wenn das Einkommen oder die Wertschätzung spürbar unter das Niveau des zuletzt ausgeübten Berufes sinkt. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richtet sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Eine Minderung des Einkommens um mehr als 20 % des jährlichen Bruttoeinkommens, das im zuletzt vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübten Beruf erzielt wurde, gilt in jedem Fall als nicht zumutbar.

Zumutbare Umorganisation, Umorganisationshilfe

Bei Selbstständigen liegt außerdem keine Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person nach zumutbarer Umorganisation des Betriebs weiter beruflich tätig ist oder sein könnte. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordert und sich die Lebensstellung der versicherten Person nicht verschlechtert. Die dabei zumutbare Minderung des Einkommens richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Eine Minderung des Einkommens um mehr als 20 % bezogen auf das durchschnittliche jährliche Einkommen der letzten drei Jahre aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuern gilt in jedem Fall als nicht zumutbar.

Wir verzichten auf die Prüfung einer Umorganisation, wenn

- die versicherte Person Akademiker ist und zu mindestens 90 % ihrer täglichen Arbeitszeit kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Tätigkeiten ausgeübt hat oder
- im Betrieb der versicherten Person weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt sind.

Führt eine Umorganisation des Betriebs dazu, dass wir von der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit frei werden, beteiligen wir uns auf Antrag an den im Rahmen der Umorganisation angefallenen Kosten bis zu einer Höhe von sechs Monatsrenten (Umorganisationshilfe). Voraussetzung ist, dass der Zeitraum vom Entstehen des Anspruchs auf Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente bis zum Ablauf der Leistungsdauer bzw., sofern der Anspruch bereits entstanden ist, die verbleibende Leistungsdauer mindestens zwölf Monate beträgt. Wird die versicherte Person innerhalb von zwölf Monaten nach Zahlung der Umorganisationshilfe auf Grund der gleichen medizinischen Ursache, wegen der die Umorganisation vorgenommen wurde, berufsunfähig, wird die von uns erbrachte Umorganisationshilfe auf die dann fälligen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit angerechnet.

(2) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 % außer Stande gewesen, ihren Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung

ausgestaltet war, auszuüben, und hat sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, die sie auf Grund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

Ausscheiden aus dem Erwerbsleben

(3) Scheidet die versicherte Person aus dem Erwerbsleben aus, gilt der zuletzt vor dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ausgeübte Beruf gemäß Absatz 1 als versichert.

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

(4) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, gilt dieser Zustand auch dann von Beginn an als Berufsunfähigkeit, wenn die in Absatz 1 und 2 genannten Voraussetzungen nicht gegeben sind.

(5) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens zwei der in Absatz 6 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(6) Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ist die erforderliche Hilfe bei folgenden Verrichtungen maßgebend:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- 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.
- 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.
- 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.
- An- und Auskleiden
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen und trinken kann.
- 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
 - den Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleeren 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.

(7) Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn bei der versicherten Person kognitive Leistungseinbußen vorliegen, die eine kontinuierliche Beaufsichtigung der versicherten Person erfordern (Demenz). Es muss sich um mittelschwere oder schwere Leistungseinbußen ab dem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS) nach Reisberg, oder ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala handeln. Die Pflegebedürftigkeit infolge Demenz ist durch einen Facharzt für Neurologie nachzuweisen.

(8) Vorübergehende akute Erkrankungen und vorübergehende Besserungen bleiben unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der versicherten Person ärztlich bescheinigt wird, dass sie

- a) seit mindestens vier Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig ist und die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich insgesamt mindestens sechs Monate ununterbrochen bestehen wird oder
- b) seit sechs Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig ist.

Als Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit gilt der Beginn des sechsmonatigen Zeitraums.

Die Arbeitsunfähigkeit besteht solange fort, wie der versicherten Person eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt wird.

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

§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und gegebenenfalls an den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit

(a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen,
- dem Risikoergebnis und
- dem übrigen Ergebnis.

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

Kapitalerträge

Von den Nettoerträgen der nach der Mindestzuführungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für

die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die Beiträge einer Berufsunfähigkeitsversicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung der versicherten Risiken (Berufsunfähigkeits- und gegebenenfalls Arbeitsunfähigkeitsrisiko) und der Kosten benötigt werden. Vor Eintritt einer Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit stehen daher keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

Risikoergebnis

In der Berufsunfähigkeitsversicherung ist der wichtigste Einflussfaktor auf die Überschüsse vor Eintritt einer Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit die Entwicklung der versicherten Risiken. Überschüsse entstehen, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsrisiko sich günstiger entwickeln als bei der Tarifikalkulation zu Grunde gelegt. In diesem Fall müssen wir weniger Leistungen als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt.

Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn

- die Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen oder
- wir andere Einnahmen als aus dem Versicherungsgeschäft haben, z. B. Erträge aus Dienstleistungen, die wir für andere Unternehmen erbringen.

(b) Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut (Direktgutschrift).

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz können wir im Interesse der Versicherungsnehmer die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um:

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Da vor Eintritt einer Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, ermitteln wir deren Höhe monatlich neu und ordnen den ermittelten Wert den anspruchsberechtigten Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Die Einzelheiten des verursachungsorientierten Verfahrens werden im Rahmen der Angaben zur Überschussbeteiligung in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht. Während der Dauer der Leistungspflicht beteiligen wir Berufsunfähigkeitsversicherungen mit der laufenden Überschussbeteiligung an den Bewertungsreserven, indem der Überschussanteilsatz für die laufende Überschussbeteiligung höher festgelegt wird. Bei der Festlegung des erhöhten Überschussanteilsatzes berücksichtigen wir insbesondere die dann aktuelle Höhe der Bewertungsreserven.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

(a) Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Risikoversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren.

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, die in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie sich auf unserer Internetseite ansehen.

Laufende Überschussbeteiligung, wenn keine Leistungspflicht besteht

(b) Sofern Sie nicht die Überschussbeteiligung in Form des Sofortbonus (Absatz 2 Buchstabe g) vereinbart haben, erhält Ihre Versicherung, solange keine Leistungspflicht besteht, einen laufenden Überschussanteil zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode. Der erste laufende Überschussanteil wird zu Versicherungsbeginn fällig. Maßstab für den laufenden Überschussanteil ist der überschussberechtigte Beitrag. Dies ist bei beitragspflichtigen Versicherungen der in der jeweiligen Versicherungsperiode zu zahlende Beitrag und bei beitragsfreien Versicherungen der in der jeweiligen Versicherungsperiode zur Deckung der versicherten Risiken (Berufsunfähigkeits- und gegebenenfalls Arbeitsunfähigkeitsrisiko) bestimmte Betrag.

(c) Sofern Sie keine andere Vereinbarung treffen, werden die laufenden Überschussanteile bei beitragspflichtigen Versicherungen von den fälligen Beiträgen abgezogen (**Beitragsminderung**) und bei beitragsfreien Versicherungen verzinslich angesammelt (vgl. Absatz 2 Buchstabe d).

(d) Sie können vereinbaren, dass die laufenden Überschussanteile auch bei beitragspflichtigen Versicherungen verzinslich angesammelt werden (**Ver-**

zinsliche Ansammlung). Das Ansammlungsguthaben wird bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt.

(e) Ebenfalls können Sie vereinbaren, dass die laufenden Überschussanteile in Investmentfonds angelegt werden (**Fondsanlage**). Sie haben damit die Chance, bei Kurssteigerungen der Fondsanteile einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung. Die insgesamt gutgeschriebenen Fondsanteile werden bei Beendigung der Versicherung fällig.

(f) Die Verwendung der laufenden Überschussanteile können Sie mit Wirkung für die nächste Versicherungsperiode jederzeit ändern.

Sofortbonus

(g) An Stelle der laufenden Überschussbeteiligung können Sie auch vereinbaren, dass die Überschussbeteiligung als **Sofortbonus** erfolgt. In diesem Fall zahlen wir bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person eine zusätzliche Rente und, sofern eine Übergangshilfe versichert ist, eine zusätzliche Übergangshilfe (Sofortbonus). Wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit mitversichert haben, zahlen wir die zusätzliche Rente auch bei Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall vereinbart haben, erhöht sich auch die zusätzliche Rente aus dem Sofortbonus nach Beginn der Leistungspflicht jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. § 1 Abs. 2 und 3 sowie Abs. 7 bis 9 gelten für den Sofortbonus entsprechend. Der Sofortbonus wird als Prozentsatz der versicherten Berufsunfähigkeitsrente und einer mitversicherten Übergangshilfe festgelegt. Bei einer Senkung des Überschussanteilsatzes für den Sofortbonus können Sie Ihren Versicherungsschutz gegen eine entsprechende Beitragserhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder bis zur bisherigen Höhe aufstocken.

Laufende Überschussbeteiligung während der Dauer der Leistungspflicht

(h) Während der Dauer der Leistungspflicht werden die laufenden Überschussanteile monatlich fällig. Der laufende Überschussanteil bemisst sich nach dem mit dem verwendeten Rechnungszins (vgl. § 1 Abs. 14) um einen Monat abgezinsten Deckungskapital zum Monatsende (maßgebendes Deckungskapital).

(i) Sofern Sie nichts anderes bestimmen, werden die laufenden Überschussanteile eines Versicherungsjahres bis zum Ende des Versicherungsjahres verzinslich angesammelt und zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres zur Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente verwendet (**Bonusrente**). Eine gegebenenfalls vereinbarte garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall gilt für die Bonusrente nicht.

(j) Sie können auch vereinbaren, dass die laufenden Überschussanteile verzinslich angesammelt werden (**Verzinsliche Ansammlung**). Das Ansammlungsguthaben wird bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt.

(k) Ebenfalls können Sie vereinbaren, dass die laufenden Überschussanteile in Investmentfonds angelegt werden (**Fondsanlage**). Sie haben damit die Chance, bei Kurssteigerungen der Fondsanteile einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung. Die insgesamt gutgeschriebenen Fondsanteile werden bei Beendigung der Versicherung fällig.

(l) Solange keine Leistungspflicht besteht, können Sie die Überschussverwendung für die Leistungsphase jederzeit ändern. Während der Dauer der Leistungspflicht ist eine Änderung nicht möglich.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

(m) Bei Beendigung Ihres Vertrages wird Ihrem Vertrag der für diesen Zeitpunkt zugeordnete Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zugeteilt und ausgezahlt; derzeit sieht § 153 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Während der Dauer der Leistungspflicht erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven im Rahmen der laufenden Überschussbeteiligung (vgl. Absatz 1 Buchstabe c und Absatz 2 Buchstaben h bis l). Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(3) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

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 der versicherten Risiken und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarktes ist insbesondere bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (vgl. § 14 Abs. 2 und 3 und § 15).

§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Kein Versicherungsschutz besteht für eine Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit, die verursacht ist

- a) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufs- oder arbeitsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person. Fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße im Straßenverkehr sind davon nicht betroffen;
- d) durch Strahlen auf Grund von Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen derart gefährden, dass zur Abwehr und Bekämpfung der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig wurde;
- e) durch folgende von der versicherten Person vorgenommene Handlungen
 - absichtliche Herbeiführung von Krankheit,
 - absichtliche Herbeiführung von Kräfteverfall,
 - absichtliche Selbstverletzung oder
 - versuchte Selbsttötung.

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die versicherte Person diese

Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat;

- f) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern mit dem Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist, und dies von einem von uns zu bestellenden unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

§ 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

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

(3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten

können.

Rücktritt

(5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir gemäß § 19 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt die Versicherung, ohne dass ein Rückkaufwert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir gemäß § 19 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wir verzichten auf dieses Recht, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht unverschuldet verletzt worden ist.

(9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt sich die Versicherung mit der Kündigung nach Maßgabe von § 19 in eine beitragsfreie Versicherung um.

Vertragsänderung

(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (siehe Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil (§ 19 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz). Wurde die vorvertragliche Anzeigepflicht unverschuldet verletzt, verzichten wir auf unser Recht zur Vertragsanpassung.

(12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
- wir die Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

(13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

(14) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(16) Nach Ablauf von drei Jahren seit Vertragsabschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst 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. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(18) Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

(19) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 8 Was ist zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit beansprucht werden?

Erforderliche Auskünfte und Nachweise für Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

(1) Werden aus dieser Versicherung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht, müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

a) Eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

- b) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die 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 oder die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- c) eine detaillierte Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über danach eingetretene Veränderungen;
- d) Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung der versicherten Person aus ihrer beruflichen Tätigkeit und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (z. B. Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen);
- 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;
- f) bei Berufsunfähigkeit infolge Infektionsgefahr
- im Fall eines gesetzlichen oder behördlichen Tätigkeitsverbots die Verfügung der zuständigen Behörde im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie bzw., wenn keine solche Verfügung erlassen wurde, ein fachärztliches Gutachten über die von der versicherten Person ausgehende Infektionsgefahr, die das Tätigkeitsverbot bewirkt, bzw.
 - im Fall, dass kein gesetzliches oder behördliches Tätigkeitsverbot besteht, der Hygieneplan eines anerkannten Hygienikers, aus dem hervorgeht, welche beruflichen Tätigkeiten die versicherte Person noch und welche sie nicht mehr ausüben kann;
- g) eine Aufstellung
- der Ärzte, und anderen Heilbehandler, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte,
 - über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskünfte nach § 24 vorgelegt werden.

Erforderliche Nachweise für Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit

(2) Werden Leistungen aus dieser Versicherung wegen Arbeitsunfähigkeit beansprucht, müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden vorgelegt werden:

- bei Arbeitsunfähigkeit gemäß § 3 Abs. 1 Buchstabe a:
ärztliche ausgestellte Bescheinigungen, aus denen die ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person über den Zeitraum von mindestens vier Monaten hervorgeht, sowie eine fachärztliche Bescheinigung, dass die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich insgesamt mindestens sechs Monate ununterbrochen bestehen wird;
- bei Arbeitsunfähigkeit gemäß § 3 Abs. 1 Buchstabe b:
ärztliche ausgestellte Bescheinigungen, aus denen die ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person über den Zeitraum von sechs Monaten hervorgeht.

Die Bescheinigungen müssen Angaben zu Grund, Beginn und voraussichtlicher Dauer der Arbeitsunfähigkeit enthalten.

Mindestens eine der ärztlichen Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit muss durch einen Facharzt einer Fachrichtung, in die die Ursache der Arbeitsunfähigkeit fällt, ausgestellt worden sein. Der Facharzt muss in der Bundesrepublik Deutschland zugelassen sein. Dies gilt auch für den Facharzt, der bei Arbeitsunfähigkeit gemäß § 3 Abs. 1 Buchstabe a die Bescheinigung über die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit ausgestellt hat. Bescheinigungen der versicherten Person selbst, des Versicherungsnehmers, von Ehegatten, Lebenspartnern, Eltern oder Kindern der versicherten Person oder des Versicherungsnehmers reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskünfte nach § 24 vorgelegt werden.

(3) Nach Anerkennung unserer Leistungspflicht müssen Sie uns das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit durch Vorlage ärztlicher Bescheinigungen nachweisen. Wir akzeptieren nur Bescheinigungen, die zum Zeitpunkt der Ausstellung maximal zwei Monate in die Zukunft gerichtet waren.

Unser Recht auf weitere Auskünfte und Nachweise

(4) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. In diesem Fall übernehmen wir auch Reise- und Unterbringungskosten, wenn sie vorher mit uns abgestimmt werden und angemessen sind.

Einwilligung in die Erhebung von Gesundheitsdaten

(5) Für die Beurteilung der versicherten Risiken kann es notwendig sein, Informationen bei Stellen abzufragen, die über die Gesundheitsdaten der versicherten Person verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir Angaben über die gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Person überprüfen müssen, die zur Begründung von Ansprüchen gemacht wurden oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Soweit eine solche Überprüfung erforderlich ist, werden wir von der versicherten Person im Einzelfall eine Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindungserklärung für uns sowie die befragten Stellen einholen oder der versicherten Person wahlweise die Möglichkeit einräumen, die erforderlichen Unterlagen selbst beizubringen.

Pflicht zur Schadenminderung

(6) Die versicherte Person ist verpflichtet, zur Schadenminderung beizutragen und damit allen zumutbaren ärztlichen Anweisungen Folge zu leisten, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen erwarten lassen. Zumutbar sind allerdings nur Untersuchungen und Behandlungen, bei denen ein Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, mit denen keine erheblichen Schmerzen verbunden sind und die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten. Immer

zumutbar sind damit Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (z. B. Blutkontrollen, das Einhalten von Diäten, Physiotherapie, Allergiebehandlung) und die Verwendung allgemein gebrauchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- oder Hörhilfen). Nicht unter die Schadenminderungspflicht fallen operative Behandlungen, spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen, mit denen regelmäßig unangemessen hohe Nebenwirkungen einhergehen. Eine Ablehnung derartiger Maßnahmen hat keinen Einfluss auf die Anerkennung unserer Leistungspflicht.

Mögliche Folgen einer Pflichtverletzung

(7) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie oder die versicherte Person eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

Hinweis zu Überweisungen ins Ausland

(8) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

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

Wir werden jeweils innerhalb von drei Wochen bzw., wenn Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit beansprucht werden, innerhalb einer Woche nach Eingang von uns zur Prüfung vorgelegten Unterlagen in Textform erklären,

- ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen oder
- dass wir vom Anspruchserhebenden weitere Unterlagen für die Prüfung benötigen oder
- dass wir weitere Schritte (z. B. Einholung eines Gutachtens) einleiten werden.

Zeitlich befristete Anerkennnisse unserer Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit werden wir nicht aussprechen.

Während der Leistungsprüfung werden wir Sie mindestens alle drei Wochen über den Bearbeitungsstand informieren.

§ 10 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?

Nachprüfung

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit gemäß § 2 nachzuprüfen. Dabei können wir auch prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 konkret ausübt, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen. Die Bestimmungen des § 8 Abs. 4 und 5 gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

(3) Sie müssen uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen, wenn die versicherte Person wieder eine berufliche Tätigkeit aufnimmt bzw. sich die berufliche Tätigkeit der versicherten Person ändert. Den Tod der versicherten Person müssen Sie uns ebenfalls unverzüglich mitteilen.

Leistungsfreiheit

(4) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass eine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 nicht mehr vorliegt und wir Ihnen diese Veränderung in Textform darlegen. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen.

§ 11 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 10 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.

(2) Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

§ 13 Wer erhält die Leistung?

(1) Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie; sind Sie versicherte Person, leisten wir bei Ihrem Tod an Ihre Erben.

Bezugsberechtigung

(2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter). Als Bezugsberechtigter für Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit dürfen Sie nur

- die versicherte Person,
- einen nahen Angehörigen der versicherten Person im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder

- einen Angehörigen der versicherten Person im Sinne des § 15 der Abgabenordnung bestimmen.

Wenn Sie ein Bezugsrecht **widerruflich** bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalles. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalles jederzeit widerrufen. Wenn wir Renten zahlen, tritt mit jeder Fälligkeit einer Rente ein eigener Versicherungsfall ein.

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und **unwiderruflich** das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

(3) Ansprüche auf Rentenleistungen aus diesem Vertrag können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit eine Abtretung oder Verpfändung von anderen Ansprüchen rechtlich möglich ist, gelten die Ausführungen in Absatz 4.

Anzeige

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie die Abtretung und die Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 14 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen.

(2) Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst bei beitragspflichtigen Versicherungen entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr bzw. ein Jahr. Bei beitragsfreien Versicherungen ist die Versicherungsperiode ein Monat.

(3) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde (SEPA-Lastschriftverfahren), gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

- Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
- Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind

wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des SEPA-Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(4) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

(5) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

(6) Bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht müssen Sie während der Beitragszahlungsdauer die Beiträge in voller Höhe weiterentrichten. Bei Anerkennung der Leistungspflicht werden wir die zu viel gezahlten Beiträge zurückzahlen. Auf Antrag stellen wir die Beiträge auch bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos. Wird endgültig festgestellt, dass keine Leistungspflicht besteht, müssen Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen. In diesem Fall können Sie mit uns auch eine rätierliche Nachzahlung über einen Zeitraum von bis zu 48 Monaten vereinbaren. Sofern das Deckungskapital Ihrer Versicherung dazu ausreicht, können Sie mit uns auch eine Verrechnung der gestundeten Beiträge mit dem Deckungskapital unter Herabsetzung des Versicherungsschutzes vereinbaren. Alternativ ist auch eine Verrechnung der gestundeten Beiträge mit dem Guthaben aus der Überschussbeteiligung möglich, sofern ein Guthaben in ausreichender Höhe vorhanden ist.

(7) Haben Sie variable Beiträge vereinbart, können Sie mit Frist von einem Monat zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode in Textform verlangen, die Beitragszahlung zu Beginn der nächsten Versicherungsperiode auf konstante Beiträge umzustellen. Die Umstellung auf konstante Beiträge ist letztmals zu Beginn des zehnten Jahres vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer möglich. Den neuen Beitrag berechnen wir mit dem am Umstellungstermin erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer, den ursprünglichen Rechnungsgrundlagen (Ausscheideordnungen, Rechnungsansätze) und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Entsprechende Anwendung findet § 21.

Im Rahmen der Umstellung auf konstante Beiträge können Sie die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung gemäß den entsprechenden Besonderen Versicherungsbedingungen vereinbaren. Die erste Erhöhung von Beitrag und Leistungen erfolgt dann zu Beginn des Versicherungsjahres nach der Umstellung auf konstante Beiträge.

§ 15 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Erster Beitrag

(1) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - gemäß § 37 Versicherungsvertragsgesetz vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(2) Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen,

wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

(3) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen gemäß § 38 Versicherungsvertragsgesetz auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

(4) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(5) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

(6) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur

- innerhalb eines Monats nach der Kündigung
- oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

§ 16 Wie können Sie Zahlungsschwierigkeiten überbrücken?

Sofern Sie die Beiträge für Ihre Versicherung nicht mehr zahlen können, haben Sie neben einer Kündigung oder Beitragsfreistellung der Versicherung (§ 19) folgende Möglichkeiten:

(1) Aussetzung der Beitragszahlung

Wenn Ihre Versicherung mindestens 24 Monate bestanden hat und bis dahin keine Beitragsrückstände angefallen sind, können Sie mit uns für einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten eine Aussetzung der Beitragszahlung vereinbaren. Die Aussetzung der Beitragszahlung müssen Sie in Textform beantragen. Für den Aussetzungszeitraum wird die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung gemäß § 19 umgewandelt. Mit der Wiederaufnahme der Beitragszahlung lebt der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in der ursprünglichen Höhe wieder auf. Da während des Aussetzungszeitraums gegebenenfalls auch Beitragsteile, die kalkulatorisch für den Versicherungsschutz in den Folgejahren benötigt werden, nicht gezahlt werden, kann sich der Beitrag mit Wiederaufnahme der Beitragszahlung erhöhen. Nehmen Sie die Beitragszahlung nicht wieder auf, wird Ihre Versicherung als beitragsfreie Versicherung fortgeführt, wenn die verbliebene versicherte Berufsunfähigkeitsrente mindestens 100,00 EUR monatlich beträgt. Ansonsten erlischt die Versicherung und Sie erhalten den Rückkaufwert gemäß § 19 Abs. 6.

(2) Beitragsstundung

Sie können mit uns für einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten eine vollständige oder teilweise Stundung der Beiträge unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes vereinbaren, sofern die Versicherung einen Rückkaufwert oder ein Guthaben aus angesammelten Überschussanteilen (vgl. § 4 Abs. 2 Buchstabe d) in Höhe der zu stundenden Beiträge aufweist. Die Beitragsstundung müssen Sie in Textform beantragen. Für bis zu sechs Monate erfolgt die Beitragsstundung zinslos, ab dem siebten Monat des Stundungszeitraums erheben wir Stundungszinsen. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zu Beginn der Beitragsstundung gültigen Zinssätzen. Nach Ablauf des vereinbarten Stundungszeitraums sind die gestundeten Beiträge nachzuzahlen. Sie können mit uns aber auch vereinbaren, dass wir die gestundeten Beiträge in die während der restlichen Beitragszahlungsdauer noch zu zahlenden Beiträge einrechnen. Alternativ können Sie mit uns auch eine Herabsetzung des Versicherungsschutzes zum Ausgleich der gestundeten Beiträge vereinbaren. Darüber hinaus ist auch eine Verrechnung der gestundeten Beiträge mit dem Guthaben aus der Überschussbeteiligung möglich, sofern ein Guthaben in ausreichender Höhe vorhanden ist.

§ 17 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Nachversicherungsgarantie)?

(1) Sie können die versicherte Berufsunfähigkeitsrente bei Eintritt eines der nachfolgend genannten Ereignisse ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Nachversicherung):

- Heirat der versicherten Person;
- Scheidung der versicherten Person oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz durch die versicherte Person;
- Geburt eines Kindes der versicherten Person oder Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person;
- Tod des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners der versicherten Person;
- Einstufung des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners der versicherten Person in einen Pflegegrad von mindestens 2 der Pflegepflichtversicherung;
- Aufnahme einer Berufstätigkeit durch die versicherte Person nach erfolgreichem Abschluss eines Hochschul- oder Fachhochschulstudiums;
- Aufnahme der Berufstätigkeit durch die versicherte Person in einem anerkannten Ausbildungsberuf nach erfolgreichem Abschluss der Berufsausbildung;
- Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit durch die versicherte Person in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder in einem Beruf, der die Mitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft erfordert (verkammerter Beruf), sofern die versicherte Person aus dieser Tätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht;
- Erhöhung des regelmäßigen Einkommens der versicherten Person aus nichtselbstständiger Tätigkeit (regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt) im abgelaufenen Kalenderjahr um mindestens 10 % im Vergleich zum vorherigen Kalenderjahr;
- Erhöhung des erwirtschafteten Gewinns vor Steuern der versicherten Person aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit der letzten drei Kalenderjahre um mindestens 30 % im Vergleich zum erwirtschafteten Gewinn vor Steuern der drei vor diesem Zeitraum liegenden Kalenderjahre;

- erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung durch das Jahreseinkommen der versicherten Person aus nichtselbstständiger Tätigkeit des abgelaufenen Kalenderjahres;
- Wegfall eines Anspruchs der versicherten Person auf eine Berufsunfähigkeitsrente aus einer betrieblichen Altersversorgung oder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung;
- Kauf einer Immobilie mit einem Verkehrswert von mindestens 50.000,00 EUR durch die versicherte Person zur Eigennutzung;
- Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000,00 EUR durch die versicherte Person zur Errichtung einer Immobilie zur Eigennutzung.

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Ihr Recht auf Nachversicherung müssen Sie innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses durch Vorlage schriftlicher Nachweise geltend machen.

(2) In den ersten 60 Monaten der Vertragslaufzeit können Sie die versicherte Berufsunfähigkeitsrente auch ohne besonderen Anlass ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Diese Nachversicherung müssen Sie mit Frist von einem Monat zum Erhöhungstermin beantragen.

(3) Die jeweilige Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente muss mindestens 100,00 EUR monatlich betragen. Jede einzelne Erhöhung ist auf 50 % der anfänglichen Berufsunfähigkeitsrente begrenzt. Einschließlich der Erhöhung darf die gesamte versicherte Rente für den Fall der Berufsunfähigkeit aller auf das Leben der versicherten Person bei der Gothaer Lebensversicherung AG bestehenden Versicherungen 30.000,00 EUR jährlich nicht überschreiten. Außerdem darf die zum Erhöhungszeitpunkt bei unserer Gesellschaft und bei anderen privaten Versicherungsunternehmen insgesamt bereits versicherte Rente für den Fall der Berufsunfähigkeit zusammen mit der Erhöhung nicht mehr als 60 % des Bruttoeinkommens im abgelaufenen Kalenderjahr bzw. bei Selbstständigen nicht mehr als 60 % des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Kalenderjahre betragen. Die Anzahl aller Erhöhungen ist auf drei beschränkt, wobei nur eine Erhöhung nach Absatz 2 zulässig ist.

(4) Ihr Recht auf Nachversicherung erlischt, wenn

- die Versicherung gekündigt oder beitragsfrei gestellt wurde,
- bereits eine Berufsunfähigkeit eingetreten ist oder Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung oder einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragt wurden,
- während der Vertragslaufzeit bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit aus dieser Versicherung für insgesamt mindestens 18 Monate erbracht wurden.

Wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit mitversichert haben, ruht Ihr Recht auf Nachversicherung, wenn und solange die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

(5) Die Beiträge der Nachversicherung berechnen wir mit dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer, den jeweils für neu abzuschließende Berufsunfähigkeitsversicherungen geltenden Rech-

nungsgrundlagen (Ausschleideordnungen, Rechnungszins) und der bei Vertragsabschluss vorgenommenen Risikoeinschätzung.

§ 18 Wann können Sie die Versicherungsdauer verlängern?

- (1) Wird die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland erhöht, können Sie die Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zur für die versicherte Person dann geltenden Regelaltersgrenze verlängern. Die Verlängerung der Versicherungsdauer ist möglich, wenn
- sich die bisherige Versicherungsdauer mindestens bis zum Ablauf des Monats erstreckt, in dem die versicherte Person das 63. Lebensjahr vollendet,
 - die versicherte Person zum Zeitpunkt, an dem die Verlängerung durchgeführt werden soll, das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
 - die Versicherung weder gekündigt noch beitragsfrei gestellt wurde,
 - noch keine Berufsunfähigkeit eingetreten ist und auch keine Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung oder einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragt wurden,
 - während der Vertragslaufzeit noch nicht Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit aus dieser Versicherung für insgesamt mindestens 18 Monate erbracht wurden.

Ihr Recht auf Verlängerung der Versicherungsdauer müssen Sie innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung der Regelaltersgrenze geltend machen.

(2) Wenn Sie die Versicherungsdauer verlängern, verlängert sich die Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung um denselben Zeitraum, jedoch längstens bis zur für die versicherte Person geltenden neuen Regelaltersgrenze.

(3) Bei der Berechnung des Mehrbeitrags für die Verlängerung der Versicherungsdauer werden wir die am Verlängerungstermin für neu abzuschließende Berufsunfähigkeitsversicherungen geltenden Rechnungsgrundlagen (Ausschleideordnungen, Rechnungszins) und die bei Vertragsabschluss vorgenommene Risikoeinschätzung zu Grunde legen.

§ 19 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

(1) Wenn Sie laufende Beiträge zahlen, können Sie Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode in Textform kündigen. Nach dem Beginn der Zahlung von Renten wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit können Sie nicht mehr kündigen.

(2) Mit Ihrer Kündigung wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzten Leistungen um, wenn die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens eine Höhe von 100,00 EUR monatlich erreicht. Für die Berechnung der beitragsfreien Leistungen gelten die Regelungen in Absatz 4 bis 7. Wird die genannte Mindesthöhe von 100,00 EUR nicht erreicht, erlischt die Versicherung. In diesem Fall erhalten Sie - soweit vorhanden - den Rückkaufswert nach Absatz 6, vermindert um den Abzug gemäß Absatz 7. Ist die Versicherung bei Kündigung bereits beitragsfrei, wird sie unverändert fortgeführt.

(3) Ansprüche aus dieser Versicherung, die auf bereits vor Kündigung eingetretener Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit beruhen, werden durch die Kündigung nicht berührt.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(4) An Stelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie in Textform verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden (Beitragsfreistellung). In diesem Fall setzen wir die versicherte Berufsunfähigkeitsrente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab. Diese wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der Versicherungsperiode, für die letztmalig ein vollständiger Beitrag gezahlt wurde, unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 6 errechnet. Sofern eine Übergangshilfe versichert ist, vermindert sie sich im selben Verhältnis wie die Berufsunfähigkeitsrente.

(5) Ansprüche aus dieser Versicherung, die auf bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit beruhen, werden durch die Beitragsfreistellung nicht berührt.

Rückkaufswert

(6) Der Rückkaufswert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung. Bei Versicherungen mit laufenden Beiträgen ist der Rückkaufswert jedoch mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 60 Monate der Vertragslaufzeit ergibt. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als 60 Monate, verteilen wir diese Kosten auf die Beitragszahlungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 21 Abs. 2 Satz 4).

Abzug bei Kündigung oder Beitragsfreistellung

(7) Von dem aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistungen zur Verfügung stehenden Betrag oder dem bei Erlöschen der Versicherung fälligen Rückkaufswert nehmen wir einen Abzug vor. Dieser beträgt 0,5 % des Unterschiedsbetrags zwischen dem Deckungskapital, das bei einem zum Kündigungs- bzw. Beitragsfreistellungstermin unterstellten Eintritt der Berufsunfähigkeit gebildet werden müsste, gegebenenfalls zuzüglich einer mitversicherten Übergangshilfe und dem vorhandenen Deckungskapital. Beziffert wird der Abzug in der Tabelle "Garantierte Rückkaufswerte und beitragsfreie Leistungen".

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird mit dem Abzug ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen zur Kalkulation des Abzugs finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der auf Grund Ihrer Kündigung bzw. Ihres Verlangens der Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Mögliche Nachteile einer Kündigung oder Beitragsfreistellung

(8) Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. Während der gesamten Vertragslaufzeit stehen keine oder gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe Mittel für die Bildung beitragsfreier Leistungen oder für einen Rückkaufswert zur Verfügung, da aus den Beiträgen auch die benötigten Risikobeiträge und Kosten Ihres Vertrages (vgl. § 21) finanziert werden und der in Absatz 7 genannte Abzug erfolgt. Nähere Informationen zur Höhe der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente und des garantierten Rückkaufswertes können Sie der Tabelle "Garantierte Rückkaufswerte und beitragsfreie Leistungen" entnehmen.

Mindestversicherungsleistung für eine Beitragsfreistellung

(9) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Absatz 4 bis 7 zu berechnende beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente den Mindestbetrag von 100,00 EUR monatlich nicht, können Sie die Versicherung beenden und - soweit vorhanden - den Rückkaufswert nach Absatz 6, vermindert um den Abzug gemäß Absatz 7, erhalten oder die Versicherung beitragspflichtig weiterführen. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende versicherte Berufsunfähigkeitsrente mindestens 100,00 EUR monatlich und der verbleibende Beitrag mindestens 120,00 EUR jährlich betragen.

Keine Beitragsrückzahlung

(10) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 20 Wie können Sie nach einer Beitragsfreistellung den ursprünglichen Versicherungsschutz wiederherstellen?

(1) Innerhalb von zwölf Monaten nach einer Beitragsfreistellung der Versicherung können Sie verlangen, die Beitragszahlung ganz oder teilweise wieder aufzunehmen und dadurch die versicherten Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen (Wiederinkraftsetzung). Der Beitrag muss mindestens 120,00 EUR jährlich und die versicherte Berufsunfähigkeitsrente mindestens 100,00 EUR monatlich betragen. Voraussetzung für eine Wiederinkraftsetzung ist, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung nicht berufsunfähig im Sinne von § 2 und, sofern Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit mitversichert haben, nicht arbeitsunfähig im Sinne von § 3 ist.

(2) Mit der Wiederinkraftsetzung der Versicherung können Sie auch verlangen, die versicherten Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder bis zur vor der Beitragsfreistellung geltenden Höhe anzuheben. In diesem Fall müssen Sie auf die beitragsfreie Zeit entfallende Beiträge nachentrichten oder für die restliche Beitragszahlungsdauer höhere Beiträge zahlen.

(3) Die Wiederinkraftsetzung der Versicherung und die Wiederherstellung des ursprünglichen Versicherungsschutzes erfolgen mit den bisherigen Rechnungsgrundlagen (vgl. § 1 Abs. 14).

§ 21 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kos-

ten. Zu den **Abschluss- und Vertriebskosten** gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den **übrigen Kosten** gehören insbesondere die **Verwaltungskosten**.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen.

(2) Auf Ihre Versicherung wenden wir das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und auf Grund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

(3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt, die übrigen Kosten über die gesamte Vertragslaufzeit.

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur der Mindestwert gemäß § 19 Abs. 6 Satz 2 bis 4 zur Bildung beitragsfreier Leistungen oder für einen Rückkaufswert vorhanden ist (vgl. § 19). Nähere Informationen zur Höhe der beitragsfreien Leistungen und Rückkaufswerte können Sie der Tabelle "Garantierte Rückkaufswerte und beitragsfreie Leistungen" entnehmen.

§ 22 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) In folgenden Fällen stellen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung:

- Ausstellung eines neuen Versicherungsscheines
- Fristsetzung in Textform bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Verzug mit Beiträgen
- Rückläufer im SEPA-Lastschriftverfahren
- Erstellung von Angeboten für Vertragsänderungen
- Durchführung von Vertragsänderungen
- Bearbeitung von Abtretungen oder Verpfändungen.

(2) Die Höhe der Pauschalen können Sie der jeweils gültigen Gebührenordnung entnehmen. Die Höhe der Pauschalen kann von uns nach billigem Ermessen (§ 315 des Bürgerlichen Gesetzbuches) für die Zukunft geändert werden. Die jeweils gültige Gebührenordnung können Sie jederzeit bei uns anfordern.

(3) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschalen an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

(4) Sofern Steuern und andere öffentliche Abgaben anfallen, die sich unmittelbar aus dem Versicherungsverhältnis begründen, werden wir Ihnen diese belasten.

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

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung (z. B. Setzen einer Zahlungsfrist) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 24 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir auf Grund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen

- bei Vertragsabschluss,
- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
- auf Nachfrage

unverzüglich - d.h. ohne schuldhaftes Zögern - zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
 - der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und
 - der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers
- maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie dem Merkblatt "Allgemeine Angaben über die Steuerregelungen für die Barmenia SoloBU" entnehmen.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

(4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß Absatz 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 25 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die Vertragssprache ist deutsch.

§ 26 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Vertrag **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(2) Klagen aus dem Vertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

§ 27 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

(1) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Versicherungsombudsmann

(2) Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

(3) Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

(4) Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Bitte beachten Sie, dass die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Rechtsweg

(5) Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Unser Beschwerdemanagement

(6) Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Sie können eine Beschwerde auf allen allgemein üblichen Kommunikationswegen (z. B. per Brief, E-Mail, Fax, Telefon) einreichen. Sie erreichen uns derzeit wie folgt:

Gothaer Lebensversicherung AG
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal
Telefon: +49 202 438-00
Fax: +49 202 438-2703
E-Mail: info@barmenia.de

Anhang der Versicherungsbedingungen zum Abzug bei Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung

Bei Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung wird der in § 19 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Abzug erhoben. Bei seiner Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

Ausgleich für Veränderungen der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen oder ihren Versicherungsschutz durch eine Beitragsfreistellung reduzieren als Personen mit einem hohen Risiko, erhöht sich durch eine Kündigung oder Beitragsfreistellung das Risiko in der Risikogemeinschaft. Daher wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass dem verbleibenden Versichertenbestand durch die Kündigung oder Beitragsfreistellung kein Nachteil entsteht.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Zur dauernden Erfüllbarkeit der daraus entstehenden Verpflichtungen sind wir gesetzlich verpflichtet, für jede Versicherung ein ausreichendes Risikokapital (Solvenzmittel) zu bilden. Zu Beginn Ihrer Versicherung können die zur Erfüllung unserer Leistungsverpflichtung erforderlichen Solvenzmittel Ihrer Versicherung nicht allein durch Ihre eingezahlten Beiträge und die mit den Beiträgen erwirtschafteten Erträge abgedeckt werden. Daher werden die Solvenzmittel Ihrer Versicherung zunächst vom Versichertenbestand vorfinanziert. Die Ihrer Versicherung zur Verfügung gestellten Solvenzmittel müssen während der Laufzeit Ihrer Versicherung an den Versichertenbestand zurückgeführt werden. Außerdem muss Ihre Versicherung später selbst Solvenzmittel für Neuabschlüsse zur Verfügung stellen. Bei einer Vertragskündigung oder einer Einstellung der Beitragszahlung wird die Rückführung der Solvenzmittel zu Lasten des verbleibenden Versichertenbestands beendet. Außerdem werden nicht genügend Solvenzmittel für Neuabschlüsse aufgebaut. Dies muss im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Garantien und Optionen, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.