

Allgemeine Bedingungen für die Barmenia Grundfähigkeitsversicherung

(Grundfähigkeitsversicherung)



Barmenia
Lebensversicherung a. G.

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

§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	1
§ 2	Wann liegt eine Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen vor?	2
§ 3	Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	6
§ 4	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	7
§ 5	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	7
§ 6	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	7
§ 7	Was ist zu beachten, wenn Leistungen wegen des Verlustes einer Grundfähigkeit oder des Auftretens einer schweren Krankheit beansprucht werden?	8
§ 8	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	9
§ 9	Was gilt nach Anerkennung der Leistungspflicht?	9
§ 10	Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?	9
§ 11	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	9
§ 12	Wer erhält die Leistung?	9
Beitrag		
§ 13	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	9
§ 14	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	10
§ 15	Wie können Sie Zahlungsschwierigkeiten überbrücken?	10
Gestaltungsmöglichkeiten		
§ 16	Was gilt, wenn Sie die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart haben?	10
§ 17	Wann können Sie Ihre Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Nachversicherungsgarantie)?	11
§ 18	Wann können Sie die Versicherungsdauer verlängern?	11
§ 19	Wann können Sie aus Ihrer Grundfähigkeitsversicherung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung wechseln?	11

§ 20	Wann können Sie den Umfang Ihres Versicherungsschutzes erweitern?	
§ 21	Wann können Sie den Umfang Ihres Versicherungsschutzes verringern?	
Kündigung und Beitragsfreistellung		
§ 22	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?	
§ 23	Wie können Sie nach einer Beitragsfreistellung den ursprünglichen Versicherungsschutz wiederherstellen?	
Kosten		
§ 24	Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	
§ 25	Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	
Sonstige Vertragsbestimmungen		
§ 26	Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	
§ 27	Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	
§ 28	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	
§ 29	Wo ist der Gerichtsstand?	
§ 30	An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	
Anhang		
	Anhang der Versicherungsbedingungen zum Abzug bei Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung	

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

12 Unsere Leistung bei Verlust einer Grundfähigkeit

(1) Verliert die versicherte Person während der Versicherungsdauer eine der versicherten, in § 2 definierten Grundfähigkeiten, erbringen wir folgende Leistungen:

- 12 - Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Grundfähigkeitsversicherung;
- 12 - Zahlung der versicherten Rente. Diese zahlen wir monatlich im Voraus.

13 Sofern die Option "Schwere Krankheiten" in Ihrem Versicherungsschutz enthalten ist und die versicherte Person während der Versicherungsdauer eine Grundfähigkeit verliert, ohne dass eine der in § 2 Abs. 6 aufgeführten schweren Erkrankungen eingetreten ist und wir daher keine Leistung nach § 1 Abs. 6 gezahlt haben, gilt zusätzlich zur Zahlung der vereinbarten Grundfähigkeitsrente Folgendes:

- 13 - Die Option "Schwere Krankheiten" bleibt in vollem Umfang bestehen und
- 13 - Sie zahlen keine Beiträge mehr für die Option "Schwere Krankheiten".

14 Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall vereinbart haben, erhöht sich die versicherte Rente nach Beginn der Leistungspflicht jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die erste Erhöhung erfolgt ein Jahr nach Beginn der Rentenzahlung. Endet unsere Leistungspflicht, weil die Grundfähigkeit wiedererlangt wurde, vermindert sich die versicherte Rente wieder auf die ursprüngliche Höhe ohne die während der Leistungspflicht erfolgten Erhöhungen.

(2) Der Anspruch auf die versicherten Leistungen wegen des Verlustes einer Grundfähigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person die Grundfähigkeit verloren hat. Kommt während einer Leistungspflicht wegen des Verlustes einer Grundfähigkeit ein weiterer Verlust einer Grundfähigkeit hinzu, führt dies weder zu einer höheren Leistung noch zu einer Verlängerung des Anspruchs auf die Leistungen wegen des Verlustes einer Grundfähigkeit.

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

- ein Verlust der Grundfähigkeit gemäß § 2 nicht mehr vorliegt,
- die versicherte Person stirbt oder
- die vertragliche Leistungsdauer abläuft.

(4) Sind wir gemäß § 9 Abs. 4 leistungsfrei geworden und tritt innerhalb der vertraglichen Leistungsdauer erneut ein Verlust einer Grundfähigkeit auf Grund derselben Ursache ein, lebt der Anspruch auf die versicherten Leistungen auch wieder auf, wenn die Versicherungsdauer bereits abgelaufen ist. § 7 gilt in diesem Fall entsprechend.

Optional: Die Direktleistung

(5) Wir zahlen außerdem eine Direktleistung, sofern diese vereinbart ist. Die Direktleistung zahlen wir, wenn die versicherte Person erstmalig eine Leistung gemäß § 2 Abs. 1 bis 5 erhält. Wenn nach dem vorherigen Ende eines Leistungsfalles ein erneuter Leistungsfall gemäß § 2 Abs. 1 bis 5 eintritt, zahlen wir die Direktleistung, wenn seit dem vorherigen Eintritt des Leistungsfalls mindestens zwei Jahre vergangen sind. Die Höhe dieser Kapitalzahlung können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

Die bezugsberechtigte Person kann im Leistungsfall entscheiden, ob die Direktleistung in Form einer Geldleistung ausgezahlt und/oder für Serviceleistungen verwendet werden soll. Die Serviceleistungen werden von einem von uns benannten Dienstleister erbracht.

Unter Serviceleistungen verstehen wir zum Beispiel haushaltsnahe Dienstleistungen sowie medizinische Beratungs- und Unterstützungsangebote. Den individuellen Umfang und die Dauer der Serviceleistungen bespricht die bezugsberechtigte Person mit dem Dienstleister.

Sofern die bezugsberechtigte Person im Leistungsfall das Angebot der Serviceleistungen in Anspruch nehmen möchte, wird ein entsprechender Aufrechnungsvertrag zwischen ihr und uns geschlossen. Dieser Vertrag besteht maximal so lange, wie auch die für die versicherte Person abgeschlossene Grundfähigkeitsversicherung besteht. In diesem Vertrag erklärt die bezugsberechtigte Person unter anderem, dass sie auf einen Teil oder die vollständige Auszahlung des Geldbetrags der Direktleistung verzichtet und die Leistung für Serviceleistungen verwendet werden soll.

Optional: Unsere Leistung bei Auftreten einer schweren Krankheit

(6) Wenn Sie die Option "Schwere Krankheiten" vereinbart haben und bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer erstmalig eine der in § 2 Absatz 6 definierten schweren Krankheiten auftritt, leisten wir eine einmalige Kapitalzahlung. Als Auftreten einer schweren Erkrankung im Sinne dieser Bedingungen wird die Diagnose der Krankheit angesehen. Die Höhe dieser Kapitalzahlung können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Gleichzeitig endet die Option "Schwere Krankheiten", so dass ab diesem Zeitpunkt auch Ihre Beitragszahlungspflicht für diese Option entfällt.

Weltweiter Versicherungsschutz

(7) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation

(8) Der Berechnung der bei Vertragsabschluss versicherten Leistungen liegen vom Geschlecht unabhängige Ausscheidewahrscheinlichkeiten auf Basis der Wahrscheinlichkeitstafeln GR BL 2021 I (GF), DAV 2021 AT, GR BL 2021 AI (GF) und bei Abschluss der Option "Schwere Krankheiten" zusätzlich GR BL 2021 I (DD) 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 Grundfähigkeitsversicherungen gültigen Rechnungsgrundlagen (Ausscheideordnungen, Rechnungszins).

Weitere Leistungen

(9) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 3).

§ 2 Wann liegt eine Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen vor?

Verlust einer Grundfähigkeit

(1) Der Verlust einer Grundfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind,

- mindestens eine der versicherten Grundfähigkeiten verliert und diese voraussichtlich für sechs Monate ununterbrochen nicht wiedererlangen wird oder
- bereits für sechs Monate verloren hat. Hat die versicherte Person eine der versicherten Grundfähigkeiten bereits für sechs Monate verloren, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Verlust einer Grundfähigkeit.

Der Verlust einer Grundfähigkeit liegt nicht vor, wenn die entsprechende Grundfähigkeit bei der versicherten Person zu dem in Ihrem Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn nicht vorhanden war. Würde während der Vertragsdauer eine der in Absatz 3 und 4 genannten Optionen nach § 20 neu in den Versicherungsschutz aufgenommen, müssen auch die dort versicherten Grundfähigkeiten zum Zeitpunkt der Hinzunahme der Option vorhanden gewesen sein, damit eine Leistungspflicht entstehen kann.

Hiervon abweichend gilt für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres:

Soweit eine Grundfähigkeit bei Versicherungsbeginn altersbedingt noch nicht vorhanden war, reicht es aus, wenn sie vor Eintritt des Versicherungsfalles erworben wurde. Der Verlust der Grundfähigkeit "Intellekt" führt außerdem frühestens ab der Vollendung des 10. Lebensjahres zu einer Leistungspflicht.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall durch eine psychische Krankheit (Diagnose beginnend mit "F" nach ICD-10, Stand 11.11.2020) verursacht ist.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind alle Fälle, bei denen die Einschränkung auf Grund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch verloren geht.

Besonderheiten bei den Grundfähigkeiten "Eigenverantwortliches Handeln" und "Intellekt" sowie der Option "Psyche"

Der Ausschluss des Versicherungsschutzes auf Grund von psychischen Krankheiten gilt nicht bei den versicherten Grundfähigkeiten "Eigenverantwortliches Handeln" (siehe Absatz 2 Buchstabe (s)) und "Intellekt" (siehe Absatz 2 Buchstabe (t)) sowie der Option "Psyche" (Absatz 5).

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vereinbarung der Option "Psyche" ist zudem, dass die dort versicherten Krankheiten für mindestens zwölf Monate bestanden haben müssen.

Versicherte Grundfähigkeiten

(2) Der Verlust folgender Grundfähigkeiten ist als Leistungsauslöser in der Barmenia Grundfähigkeitsversicherung versichert:

- (a) Sehen
Ein Verlust liegt vor, wenn das Sehvermögen der versicherten Person auch bei Einsatz von Hilfsmitteln so stark eingeschränkt ist, dass
- auf jedem Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder
 - eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.
- Geeignete Hilfsmittel sind z. B. eine Brille oder Kontaktlinsen.
- (b) Hören
Ein Verlust liegt vor, wenn bei der versicherten Person auch unter Nutzung geeigneter Hilfsmittel auf beiden Ohren jeweils ein Hörverlust
- von mindestens 75 % oder
 - von mindestens 60 dB bei einer Tonfrequenz von 2kHz vorliegt.
- Der Hörverlust muss mittels Tonaudiogramm nachgewiesen werden.
Ein geeignetes Hilfsmittel ist z. B. ein Hörgerät.
- (c) Sprechen
Ein Verlust liegt vor, wenn die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der versicherten Person nach abgeschlossenem Erwerb der Gesprächs- und Erzählfähigkeit auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel so weit eingeschränkt ist, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mittels Sprache mit einem unbeteiligten Dritten zu kommunizieren, weil sie keine verständlichen Wörter mehr formen kann.
Ein geeignetes Hilfsmittel ist z. B. ein Kehlkopfmikrofon.
- (d) Gehen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel und einer Pause von maximal einer Minute nicht mehr selbstständig in der Lage ist, eine Strecke von 400 Metern über einen festen und ebenen Boden gehend zurückzulegen.
Geeignete Hilfsmittel sind z. B. eine Prothese oder ein Gehstock. Nicht als geeignetes Hilfsmittel im Sinne dieser Definition wird ein Rollator angesehen.
- (e) Treppen steigen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel und einer Pause von maximal einer Minute nicht mehr selbstständig in der Lage ist, eine Treppe von zwölf gleichhohen Stufen mit üblicher Stufenhöhe von 18 bis 20 cm und festem Bodenbelag hinauf- und hinabzusteigen.
Geeignete Hilfsmittel sind z. B. eine Prothese, das Treppengeländer oder ein Gehstock.
- (f) Stehen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel und auch mit Veränderung der Körperhaltung nicht mehr in der Lage ist, zehn Minuten lang auf einem festen und ebenen Boden zu stehen, ohne sich abzustützen.
Geeignete Hilfsmittel sind z. B. Prothesen, Orthesen oder Stützbandagen.

- (g) Gleichgewichtssinn
Ein Verlust des Gleichgewichtssinnes liegt vor, wenn es der versicherten Person nicht mehr möglich ist,
- zehn Meter entlang einer imaginären Linie (Strichgang) mit geschlossenen Augen ohne Fallneigung auf festem und ebenem Boden zu gehen und
 - 50 Schritte auf fester und ebener Stelle mit geschlossenen Augen zu treten, ohne sich dabei um mindestens 45 Grad zur Seite zu drehen, oder mit geschlossenen Augen und parallelem Fußstand keine 60 Sekunden auf fester und ebener Stelle zu stehen, ohne Fallneigung zu bekommen.
- Der Verlust des Gleichgewichtssinns muss durch
- eine Verletzung oder organische Erkrankung des Gehirns oder
 - eine nachweisbare Schädigung des Gleichgewichtsorgans oder
 - eine Schädigung der Nerven von Füßen und von Unterschenkeln (Polyneuropathie) verursacht worden sein.
- (h) Sitzen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, 20 Minuten ununterbrochen zu sitzen, auch nicht mit Änderung der Sitzposition oder mit Abstützen auf Armlehnen.
- (i) Armgebrauch
Ein Verlust liegt vor, wenn es der versicherten Person nicht mehr möglich ist, den linken oder rechten Arm
- seitwärts zu bewegen und 10 Sekunden ab gespreizt auf Schulterhöhe zu halten und
 - nach vorne zu bewegen und 10 Sekunden abgespreizt auf Schulterhöhe zu halten und in beide Richtungen zu drehen.
- (j) Heben/Tragen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person
- nicht mit dem rechten oder mit dem linken Arm einen zwei Kilogramm schweren Gegenstand von einem Tisch heben und
 - auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel auf festem und ebenem Boden fünf Meter weit tragen kann.
- Geeignete Hilfsmittel sind z. B. eine Prothese oder ein Gehstock.
- (k) Greifen/Handgebrauch
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch unter Nutzung von Hilfsmitteln nicht mehr in der Lage ist, eine gefüllte Tasse mit 250 ml (100 ml für Kinder bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres) Fassungsvermögen mit der Hand zu greifen und fünf Minuten lang ununterbrochen, auch unter Ablage des Unterarms, zu halten.
- (l) Fingerfertigkeit/Gamecontroller-Nutzung
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist,
- eine geöffnete Flasche mit Schraubverschluss mit der linken oder mit der rechten Hand zu schließen und wieder zu öffnen oder,
 - auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel motorisch nicht mehr in der Lage ist, einen Gamecontroller zu halten oder mithilfe des Controllers ein Computerspiel zu starten.
- Gamecontroller im Sinne dieser Bedingungen sind alle Eingabegeräte, die speziell für die Steuerung von Computerspielen an einem Computer oder einer Spielkonsole konzipiert wurden. Dazu gehören u. a. Joysticks, Gamepads und Lenkräder.
- Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Brillen oder Kontaktlinsen.
- (m) Schreiben
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel nicht mehr mit ihrer üblichen Schreibhand (dominante Hand oder "Führhand"), mit einem Schreibstift
- mindestens 5 Wörter mit jeweils mindestens 10 Buchstaben in Druckbuchstaben schreiben kann,
 - so dass ein unbeteiligter Dritter diese Wörter lesen kann.
- Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Brillen oder Kontaktlinsen.
- (n) Tippen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel nicht mehr in der Lage ist,
- mindestens 5 sinngebende Wörter mit jeweils mindestens zehn Buchstaben
 - innerhalb von 5 Minuten zu tippen oder abzutippen.
- Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Brillen oder Kontaktlinsen.
- (o) Benutzung Smartphone
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel motorisch nicht mehr in der Lage ist, ein Smartphone zu halten oder mithilfe der Bildschirmtastatur (Displaygröße: 3,5 Zoll oder mehr) eine Nachricht von 50 Zeichen zu schreiben.
- Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Brillen oder Kontaktlinsen.
- (p) Knien und Bücken
Knien:
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel nicht mehr in der Lage ist, sich aus eigener Kraft auf den Boden hinzuknien und sich anschließend wiederaufzurichten.
- Bücken:
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel nicht mehr in der Lage ist, sich aus eigener Kraft so weit zu bücken (auch mit angewinkelten Knien), dass sie mit den Fingerspitzen einer Hand den Boden berührt, und sich anschließend wiederaufzurichten.
- (q) Riechen und Schmecken
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person selbst intensive Geschmacksstoffe (z. B. Glukose, Zitronensäure, Kochsalz, Chinin) und intensive Geruchsstoffe (z. B. Kaffee, Vanille, Pfefferminz, Zimt) nicht mehr wahrnehmen kann. Der Verlust muss von einem HNO-Arzt oder einem spezialisierten Neurologen über objektive Testverfahren z. B. mithilfe eines EEG nachgewiesen werden.
- (r) Tasten
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund eines neurologischen Ausfalls (z. B. durch einen Schlaganfall, Unfall oder
- Tumor) den Tastsinn in einer Hand vollständig verloren hat. Der Verlust muss von einem Neurologen auf Basis folgender Tests nachgewiesen werden: Zwei-Punkte-Diskrimination und Messung der Nervenleitgeschwindigkeit.
- (s) Eigenverantwortliches Handeln
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung nach deutschem Recht anhand eines psychiatrischen Gutachtens mindestens sechs Monate lang ununterbrochen rechtlich betreut werden muss oder seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen rechtlich betreut wird.
- (t) Intellekt
Ein Verlust liegt vor, wenn die allgemeine geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person in Bezug auf die exekutiven Funktionen Arbeitsgedächtnis, Handlungsplanung, Konzentration, Aufmerksamkeit oder räumliche und zeitliche Orientierung so stark eingeschränkt ist, dass diese nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten (z. B. Körperhygiene, Selbstversorgung, Einkaufen, Putzen, Zubereitung von Essen, Ankleiden und Vereinbarung von Terminen) eigenständig auszuführen. Die Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit ist durch einen Facharzt für Neurologie und/oder Psychiatrie auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung inklusive psychopathologischer Untersuchung sowie unter Verwendung normierter psychometrischer Tests nachzuweisen. Die Ergebnisse der verwendeten Tests müssen im Bereich der unteren 10 % der zur Normierung verwendeten vergleichbaren Altersstichprobe (d. h. Prozentrang \leq 10) liegen.
- (u) Bildschirmarbeit
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund einer körperlichen Ursache - auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel - nicht mehr in der Lage ist, von einem Bildschirm abzulesen. Das bedeutet, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, für einen Zeitraum von mehr als 2 Stunden Wörter und Symbole an einem Bildschirm zu erkennen. Dabei sind die jeweils aktuell gültigen Regeln und Vorschriften der Berufsgenossenschaften zum Arbeitsschutz an Bildschirmarbeitsplätzen einzuhalten.
- Geeignete Hilfsmittel sind z. B. eine Brille, Kontaktlinsen oder die Verwendung einer Bildschirmlupe.
- (v) Pflegebedürftigkeit
Pflegebedürftigkeit gilt als Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in Ziffer 1 dieses Absatzes genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
1. Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ist die erforderliche Hilfe bei folgenden Verrichtungen (ADL) 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.

2. 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.

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

Option Mobilität

(3) Ist die Option "Mobilität" vereinbart, löst der Verlust folgender Grundfähigkeiten unsere Leistungspflicht aus:

(a) Autofahren

Ein Verlust liegt vor, wenn der versicherten Person aus gesundheitlichen Gründen die Fahrerlaubnis für PKW entzogen wurde. Es liegt ebenfalls der Verlust der Grundfähigkeit Autofahren vor, wenn die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen keine Fahrerlaubnis für PKW mehr erwerben kann. Dies gilt für einen Zeitraum von zwanzig Jahren, beginnend ab dem Zeitpunkt, ab dem der Erwerb der Fahrerlaubnis für PKW für die versicherte Person erstmals möglich ist oder möglich gewesen wäre.

(b) Fahrradfahren

Die versicherte Person ist aufgrund motorischer Einschränkungen nicht mehr in der Lage, sich auf ein Fahrrad ohne Mittelstange (Oberrohr) und mit tiefem Einstieg zu setzen und damit einen Kilometer auf ebener Strecke innerhalb von 10 Minuten ohne Pause zu fahren. Mit "Fahrrad" ist ein einspuriges nicht motorisiertes Fahrrad gemeint (mit genau zwei Rädern).

(c) Nutzung ÖPNV/ÖPFV

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund ihrer motorischen Einschränkungen - auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel - nicht mehr in der Lage ist, ohne fremde Hilfe, mit Handgepäck, in die Transportmittel des öffentlichen Personennah- und -fernverkehrs ein- oder aus diesen auszusteigen oder durch sie befördert zu werden.

Dabei sind Transportmittel des Personennah- und -fernverkehrs z. B. Straßenbahnen, Busse, U-Bahnen, Fernzüge, Fähren oder S-Bahnen. Nicht als Transportmittel im Sinne der Bedingungen gelten Luftfahrzeuge.

Geeignete Hilfsmittel sind z. B. Gehhilfen, Haltegriffe oder reservierte Sitze für Menschen mit Mobilitätseinschränkung. Für die Beurteilung des Verlustes der Grundfähigkeit ist nicht relevant, ob die versicherte Person selbst in Besitz der Hilfsmittel ist, oder ob diese durch den Transportdienstleister bereitgestellt oder bedient werden, wobei eine Bedienung durch das Personal nicht als fremde Hilfe angesehen wird. Als Handgepäck im Sinne dieser Bedingungen sehen wir Gepäck bis zu 5 kg an, welches freihändig am Körper getragen werden kann. Zur Beurteilung des Verlustes der Grundfähigkeit wird eine maximale planmäßige Reisedauer von zwei Stunden zugrunde gelegt.

Option "Medizin- & Pflegeberufe"

(4) Ist die Option "Medizin- & Pflegeberufe" vereinbart, löst der Verlust folgender Grundfähigkeiten unsere Leistungspflicht aus:

(a) Infektionsgefahr

Ein Verlust liegt vor, wenn und solange die zuständige Behörde der versicherten Person wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr die Ausübung beruflicher Tätigkeiten gemäß § 31 Infektionsschutzgesetz in der Fassung vom 20.07.2000 durch Verfügung ganz untersagt, sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt und die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit auch nicht ausübt. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist unter anderem die behördliche Verfügung im Original oder in amtlich beglaubigter Form vorzulegen.

(b) Ziehen und Schieben

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr eine 85 kg schwere Person (beziehungsweise das jeweilige Eigengewicht für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr) in einem manuellen, unbeschädigten Standard-Rollstuhl 100 Meter weit auf ebenem, festem Boden ziehen oder schieben kann.

Option "Psyche"

(5) Ist die Option "Psyche" vereinbart, gilt das Auftreten einer der folgenden Erkrankungen als Verlust einer Grundfähigkeit:

(a) Schwere Depression

Eine schwere Depression liegt vor, wenn sie von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung diagnostiziert wurde, alle Kriterien entsprechend der medizinischen Standards für diese Erkrankung erfüllt sind und eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

- Die versicherte Person leidet unter einer schweren depressiven Episode, die bereits 12 Monate andauert.
- Bei der versicherten Person sind mehrere schwere depressive Episoden mit einer Gesamtdauer von mindestens zwölf Monaten aufgetreten, wobei zwischen zwei schweren depressiven Episoden ein Zeitraum von höchstens sechs Monaten lag.

(b) Schizophrenie

Eine Schizophrenie liegt vor, wenn die versicherte Person unter einer von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung diagnostizierten Schizophrenie leidet, die bereits 12 Monate ununterbrochen andauert, und aufgrund welcher in diesem Zeitraum bereits ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik stattgefunden hat.

Option "Schwere Krankheiten"

(6) Ist die Option "Schwere Krankheiten" vereinbart, erhalten Sie eine Leistung nach § 1 Absatz 6, wenn eine der im Folgenden definierten schweren Krankheiten während der Versicherungsdauer bei der versicherten Person auftritt. Als Auftreten einer schweren Erkrankung im Sinne dieser Bedingungen wird die Diagnose der Krankheit angesehen. Wir leisten nur, wenn 14 Tage vergangen sind, nachdem ein Arzt die schwere Krankheit festgestellt hat und die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt lebt.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind alle Fälle, bei denen die Krankheit aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch auftritt.

Als schwere Krankheiten im Sinne dieser Bedingungen gelten:

(a) Krebs

"Krebs" im Sinne dieser Bedingungen ist ein bösartiges Zellwachstum (z. B. Tumor), das durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff "Krebs" fallen auch bösartige Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

Für den Versicherungsschutz für Krebs besteht eine Wartezeit von drei Monaten; das heißt, es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn

- erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
- eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt erneut eine Wartezeit von drei Monaten für den zusätzlichen Versicherungsschutz. Eine Wartezeit von drei Monaten gilt ebenfalls erneut bei Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Reduzierung des Beitrags.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Krebs ist, dass

- die Diagnose durch Vorlage des histologischen - bzw. für Leukämien zytologischen - Befundes bestätigt ist und
- kein Fall vorliegt, der vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist, und
- die Wartezeit abgelaufen ist.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- alle Krebserkrankungen, die ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen werden (z. B. durch den Nachweis von Tumor-DNA im Blut),
- In-situ Krebs oder prä-maligne und nicht-invasive Formen,
- Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0 (UICC, Stand 2019),
- Schilddrüsenkrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0 (UICC, Stand 2019),
- alle Basaliome, Melanome des histologisch nachgewiesenen Stadiums I (TNM-Klassifikation, UICC, Stand 2019) sowie alle Hautkrebsformen, die kein Melanom sind. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
- alle bösartigen Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems bei denen keine regelmäßige und dauerhafte Bluttransfusion, systemische Chemotherapie, zielgerichtete Krebstherapie, Knochenmarktransplantation, hämatopoetische Stammzelltransplantation oder eine vergleichbare interventionelle Therapie größeren Umfangs durchgeführt wird.
- alle neuroendokrinen Tumore (NETs) und Neoplasmen (NENs) der histologisch nachgewiesenen Einstufung G1, PanNETG1, T1N0M0 (UICC, Stand 2019) oder niedriger.

(b) Herzinfarkt

Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist ein akutes Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge eines Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefäße geführt hat.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines Herzinfarktes ist, dass

- für einen Herzinfarkt typische klinische Symptome vorliegen und
- neu aufgetretene EKG (Elektrokardiographie)-Veränderungen, die mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind, nachgewiesen werden und
- ein vorübergehender Anstieg von herzspezifischem Troponin über den vom bestimmenden Labor zu Grunde gelegten Referenzwert für Herzinfarkte vorliegt und
- ein durch den Herzinfarkt verursachter Funktionsverlust des Herzens durch eine verminderte Auswurfleistung (Ejektionsfraktion) der linken Herzkammer unter 55 % oder durch regionale Wandbewegungsstörungen frühestens ein Monat nach dem akuten Ereignis nachweisbar ist und
- kein Fall vorliegt, der vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind

- alle Ereignisse, die nicht von einem Kardiologen oder Internisten als Herzinfarkt bestätigt wurden,

- Herzinfarkte unbestimmten Alters,
- Anstiege von herzspezifischem Troponin, die direkt durch einen Eingriff am Herzen verursacht wurden, z. B. durch eine koronare Angiographie oder eine koronare Angioplastie.

(c) Schlaganfall

Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer intrakraniellen oder subarachnoidalen Blutung, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Das Vorliegen eines Schlaganfalls muss durch Computertomogramm (CT), Kernspintomogramm (MRT) oder andere bildgebende Verfahren nachgewiesen werden und
- der Schlaganfall muss zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:
 1. Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne geeignete Hilfsmittel (geeignete Hilfsmittel sind z. B. eine Gehhilfe oder ein Rollstuhl) eine Entfernung von 400 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abstützen oder sich setzen zu müssen.
 2. Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.
 3. Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne geeignete Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
 4. Vollständiger dauerhafter und irreversibler Funktionsverlust einer kompletten Gliedmaße in seiner Gesamtheit. Komplette Gliedmaße ist definiert als Arm einschließlich der Hand oder als Bein einschließlich des Fußes. Der Funktionsverlust muss neurologisch nachgewiesen werden.
 5. Bei der versicherten Person liegt eine durch einen Schlaganfall verursachte Schädigung des Sehentrums im Gehirn mit den Folgen eines Gesichtsfeldausfalls beider Augen vor. Es muss beidseits mindestens je ein Quadrant auf der gleichen Seite betroffen sein und die Diagnose ist durch einen Augenarzt zu bestätigen.

Die Beurteilung, ob die aufgeführten Bedingungen 1 bis 5 an das neurologische Defizit erfüllt sind, darf frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall erfolgen.

(d) Multiple Sklerose

Multiple Sklerose im Sinne dieser Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Multipler Sklerose ist, dass

- mindestens ein typischer Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark mittels CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie) oder anderer entsprechender bildgebender Verfahren nachgewiesen wird und

- eine durch diese Entmarkungsherde erklär-bare neurologische Einschränkung besteht, die einem Wert von mindestens 4,5 in der EDSS (Expanded Disability Status Scale, Stand 2016) entspricht, und
- das Vorliegen dieser Punkte durch einen Neurologen bestätigt wird.

(e) Fortgeschrittene Parkinson'sche Krankheit

Die Parkinson'sche Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist eine langsam fortschreitende degenerative Erkrankung des Zentralnervensystems, die zu einer Degeneration von Nervenzellen in einem Gebiet des Gehirns führt, welche die Absenkung des Dopaminspiegels in Teilen des Gehirns zur Folge hat.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Parkinson'scher Krankheit ist, dass alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die Krankheit verläuft progressiv; das heißt, die Symptome sind fortschreitend.
- Die Krankheit muss zu einem neurologischen Funktionsausfall geführt haben, der die dauerhafte und irreversible Unfähigkeit der versicherten Person, eine der sechs in Absatz 2 Buchstabe (v) Ziffer 1 beschriebenen Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities of daily living - ADLs) auszuführen, zur Folge hat.
- Die eindeutige Diagnose des idiopathischen Parkinson-Syndroms muss von einem Neurologen bestätigt werden. Daher müssen alle möglichen Differentialdiagnosen explizit ausgeschlossen werden.

Kein Anspruch auf Versicherungsleistung besteht, wenn ein sekundäres oder atypisches Parkinson-Syndrom vorliegt. Darunter fallen auch sekundäre Parkinson-Syndrome aufgrund von Medikamenten-, Drogen- oder Alkoholmissbrauch.

(f) Chronisches Nierenversagen

Chronisches Nierenversagen im Sinne dieser Bedingungen ist ein chronisches Nierenversagen im Endstadium, das eine Dauerdialysebehandlung oder eine Nierentransplantation erforderlich macht.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von chronischem Nierenversagen ist der Beginn der Dauerdialysebehandlung bzw. eine erfolgte Nierentransplantation.

(g) Chronische Lungenschwäche

Chronische Lungenschwäche im Sinne dieser Bedingungen ist eine chronische Atemwegsinsuffizienz im Endstadium.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen einer chronischen Lungenschwäche ist, dass für einen Zeitraum von mindestens drei Monaten eine dauerhafte Sauerstofftherapie von mindestens acht Stunden pro Tag erforderlich ist und bereits durchgeführt wird und ein durch einen Lungenspezialisten gemessener Sauerstoffpartialdruck von unter 55 mmHg vorliegt.

(h) Kardiomyopathie

Kardiomyopathie im Sinne dieser Bedingungen ist eine primäre Herzmuskelerkrankung.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen einer Kardiomyopathie ist, dass

- eine permanente und unumkehrbare Einstufung in die Klasse IV der NYHA Klassifikation

(New York Heart Association, Stand 2016) mit Atemnot auch in Ruhestellung vorliegt und

- die Ejektionsfraktion der linken Herzkammer während eines Zeitraumes von mindestens drei Monaten unter 30 % liegt, was durch eine Echokardiographie oder eine Szintigraphie nachgewiesen wird.

Sekundäre Herzmuskelschädigungen z. B. durch Hypertonie, Koronare Herzerkrankung, Herzklappenfehler oder toxische Einflüsse sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst.

- (i) Gehirnentzündungen (Enzephalitis)
Enzephalitis im Sinne dieser Bedingungen ist eine Entzündung des Gehirns.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Enzephalitis ist, dass die Enzephalitis zu permanenten neurologischen Ausfällen führt, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:

- Die versicherte Person ist dauerhaft und unumkehrbar nicht in der Lage, ohne geeignete Hilfsmittel (ein geeignetes Hilfsmittel ist z. B. eine Gehhilfe) eine Entfernung von 400 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten oder sich setzen zu müssen.
- Die versicherte Person ist dauerhaft und unumkehrbar nicht in der Lage - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße -, ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Die versicherte Person hat dauerhaft und unumkehrbar die Fähigkeit verloren, über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
- Die versicherte Person kann im MMST (Mini-Mental-Status-Test, Stand 2016) nicht mehr als 15 Punkte erreichen.

§ 3 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 entnom-

men, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die Beiträge einer Grundfähigkeitsversicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung der versicherten Risiken (Grundfähigkeitsverlust- und gegebenenfalls Schwere-Krankheiten-Risiko) und der Kosten benötigt werden. Vor Eintritt des Verlustes einer Grundfähigkeit oder einer schweren Krankheit stehen daher keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

Risikoergebnis

In der Grundfähigkeitsversicherung ist der wichtigste Einflussfaktor auf die Überschüsse vor Eintritt des Verlustes einer Grundfähigkeit oder dem Auftreten einer schweren Krankheit die Entwicklung der versicherten Risiken. Überschüsse entstehen, wenn die Aufwendungen für das Grundfähigkeitsverlust- und Schwere-Krankheiten-Risiko sich günstiger entwickeln als bei der Tarifkalkulation 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 Tarifkalkulation 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 des Verlustes einer Grundfähigkeit oder einer schweren Krankheit 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 Grundfähigkeitsversicherungen 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, Grundfähigkeitsversicherungen) 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) Solange keine Leistungspflicht besteht, erhält Ihre Versicherung 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 (Grundfähigkeitsverlust- und gegebenenfalls Schwere-Krankheiten-Risiko) 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 (**Verzinsliche 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.

Laufende Überschussbeteiligung während der Dauer der Leistungspflicht

(g) 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. 8) um einen Monat abgezinsten Deckungskapital zum Monatsende (maßgebendes Deckungskapital).

(h) 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 Rente verwendet (**Bonusrente**). Eine gegebenenfalls vereinbarte garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall gilt für die Bonusrente nicht.

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

(j) 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

(k) 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 g bis j). 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 Renten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen

Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 4 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. § 13 Abs. 2 und 3 und § 14).

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Kein Versicherungsschutz besteht für den Verlust einer Grundfähigkeit oder den Eintritt einer schweren Krankheit, der verursacht ist

- a) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eine Grundfähigkeit verliert, 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 den Verlust einer Grundfähigkeit oder eine schwere Krankheit 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.

§ 6 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 § 22 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.

§ 7 Was ist zu beachten, wenn Leistungen wegen des Verlustes einer Grundfähigkeit oder des Auftretens einer schweren Krankheit beansprucht werden?

Erforderliche Auskünfte und Nachweise für Leistungen wegen des Verlustes einer Grundfähigkeit oder des Auftretens einer schweren Krankheit

(1) Werden aus dieser Versicherung Leistungen wegen des Verlustes einer Grundfähigkeit oder des Auftretens einer schweren Erkrankung 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 Verlust der Grundfähigkeit;
- 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, das zum Verlust einer Grundfähigkeit geführt hat, beziehungsweise der schweren Erkrankung sowie die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- c) bei einer Leistung infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- d) bei einer Leistung wegen des Verlustes der Grundfähigkeit "eigenverantwortliches Handeln" den gerichtlichen Betreuungsbeschluss und das psychiatrische Gutachten;
- e) bei einer Leistung wegen des Verlustes der Grundfähigkeit "Intellekt" den ausführlichen fachärztlichen Befundbericht nebst Ergebnissen der psychometrischen Tests. Die eingesetzten Tests müssen allgemein anerkannt sein, was nicht nur die gängige Anwendung im klinischen Bereich, sondern auch die Testgütekriterien (insbesondere Objektivität, Reliabilität, Validität) einschließt;
- f) bei einer Leistung wegen des Verlustes der Grundfähigkeit "Autofahren" einen Nachweis über den Entzug bzw. die Nichterteilung der Fahrerlaubnis sowie ein verkehrsmedizinisches Gutachten;

- g) bei der Beantragung von Leistungen infolge Infektionsgefahr die Verfügung der zuständigen Behörde im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie;
- h) 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 des Verlustes einer Grundfähigkeit geltend machen könnte.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskünfte nach § 27 vorgelegt werden.

Unser Recht auf weitere Auskünfte und Nachweise

(2) 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

(3) 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

(4) 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 gebräuchlicher 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

(5) 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

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

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

Wir werden innerhalb von drei Wochen 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 des Verlustes einer Grundfähigkeit werden wir nicht aussprechen.

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

§ 9 Was gilt nach Anerkennung der Leistungspflicht?

Nachprüfung

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen des Verlustes einer Grundfähigkeit gemäß § 2 nachzuprüfen.

(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 § 7 Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

(3) Sie müssen uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen, wenn die Ursache für unsere Leistungspflicht nicht mehr vorliegt. Dies ist insbesondere, aber nicht ausschließlich dann der Fall, wenn die versicherte Person ihre Fahrerlaubnis wiedererlangt, ein behördliches Tätigkeitsverbot aufgrund einer Infektionsgefahr aufgehoben wird oder eine gesetzliche Betreuung endet. Vorübergehende Besserungen bleiben unberücksichtigt. Eine Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält. Den Tod der versicherten Person müssen Sie uns ebenfalls unverzüglich mitteilen.

Leistungsfreiheit

(4) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass ein Verlust einer Grundfähigkeit 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.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 9 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.

§ 11 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.

§ 12 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 des Verlustes einer Grundfähigkeit oder wegen einer schweren Krankheit 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 Versi-

cherungsfalles. 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 Versicherungsfalle 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.

§ 13 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 raterliche 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, Rechnungszins) und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Entsprechende Anwendung findet § 24.

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.

§ 14 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.

§ 15 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 (§ 22) 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 § 22 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 Rente mindestens 100,00 EUR monatlich beträgt. Ansonsten erlischt die Versicherung und Sie erhalten den Rückkaufwert gemäß § 22 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. § 3 Abs. 2 Buchstabe d) in Höhe der zu stundenden Beiträge aufweist. Die Beitragsstundung müssen Sie in Text-

form 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.

§ 16 Was gilt, wenn Sie die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbaren?

(1) Die Beiträge für diesen Vertrag erhöhen sich jeweils um den vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrages. Jede Beitragserhöhung führt zu einer Erhöhung der Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Beiträge erhöhen sich bis zum vereinbarten Termin, der im Versicherungsschein dokumentiert ist.

(2) Die Erhöhungen der Beiträge und der Leistungen erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres. Den Beginn des Versicherungsjahres können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin einen Nachtrag über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

(3) Wir berechnen die Erhöhung der Leistungen mit dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer, den zum Erhöhungstermin für neu abzuschließende Verträge geltenden Rechnungsgrundlagen (Ausscheideordnungen, Rechnungszins) und der bei Vertragsabschluss vorgenommenen Risikoeinschätzung. Die Leistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

(4) Sofern die Optionen "Direktleistung" und "Schwere Krankheiten" vereinbart sind, erhöhen sich deren Leistungen im selben Verhältnis wie die versicherte Rente.

(5) Die Erhöhung der Leistungen setzt die in § 6 Abs. 16 genannten Fristen für die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht erneut in Gang.

(6) Eine Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

(7) Ist die Erhöhung dreimal hintereinander entfallen, erfolgt keine weitere Erhöhung.

(8) Die Beiträge erhöhen sich nicht, solange Ihre Beitragszahlungspflicht wegen des Verlustes einer Grundfähigkeit entfällt. Haben Sie mit uns eine Aussetzung der Beitragszahlung (§ 15 Abs. 1) vereinbart, erfolgt während dieses Zeitraums keine Erhöhung. Eine bereits durchgeführte Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie nicht mindestens einen erhöhten Beitrag zahlen. Eine planmäßige Erhöhung,

die auf Grund einer Aussetzung der Beitragszahlung nicht durchgeführt wurde, wird in Bezug auf Absatz 7 als entfallene Erhöhung gewertet.

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

(1) Sie können die versicherte Rente 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 Rente 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 Erhöhungszeitpunkt beantragen.

(3) Die jeweilige Erhöhung der Rente muss mindestens 100,00 EUR monatlich betragen. Jede einzelne Erhöhung ist auf 50 % der anfänglichen Rente begrenzt. Einschließlich der Erhöhung darf die gesamte versicherte Rente für den Fall des Verlustes einer Grundfähigkeit aller auf das Leben der versicherten Person bei der Barmenia Lebensversicherung a. G. 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 des Verlustes einer Grundfähigkeit 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 der Verlust einer Grundfähigkeit eingetreten ist oder Leistungen aus einer Grundfähigkeitsversicherung beantragt wurden,
- während der Vertragslaufzeit eine Leistung aus der Option "Schwere Krankheiten" gezahlt oder beantragt worden ist.

(5) Die Beiträge der Nachversicherung berechnen wir mit dem am Erhöhungszeitpunkt erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer, den jeweils für neu abzuschließende Grundfähigkeitsversicherungen geltenden Rechnungsgrundlagen (Ausscheideordnungen, 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 Grundfähigkeitsversicherung 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 Leistungspflicht wegen des Verlustes einer Grundfähigkeit eingetreten ist und auch keine Leistungen beantragt wurden,
- während der Vertragslaufzeit noch keine Leistungen aus der Option "Schwere Krankheiten" beantragt oder geleistet worden sind, wenn diese mitversichert ist.

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 Grundfähigkeitsversicherung 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 Verlängerungszeitpunkt für neu abzuschließende Grundfähigkeitsversicherungen geltenden Rechnungsgrundlagen (Ausscheideordnungen, Rechnungszins) und die bei Vertragsabschluss vorgenommene Risikoeinschätzung zu Grunde legen.

§ 19 Wann können Sie aus Ihrer Grundfähigkeitsversicherung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung wechseln?

(1) Sofern die Möglichkeit eines Wechsels gemäß Absatz 2 besteht, können Sie einmalig beim Eintritt eines der nachfolgend genannten Ereignisse ohne Gesundheitsprüfung von der für die versicherte Person bestehenden Grundfähigkeitsversicherung in eine von der Barmenia zum Wechselzeitpunkt angebotene Berufsunfähigkeitsversicherung wechseln.

Das Wechselrecht besteht nur dann, wenn dies in Ihrem Versicherungsschein dokumentiert ist.

Die Ereignisse, zu denen ein Wechsel ohne Gesundheitsprüfung möglich ist, sind:

- Beginn einer Berufsausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf;
- Beginn eines Hochschul- oder Fachhochschulstudiums;
- 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;
- Erfolgreicher Abschluss einer qualifizierten* Weiterbildung
*(Qualifikationslevel 6 des DQR oder EQR);
- Erfolgreich bestandene Meisterprüfung;
- Ernennung zum Beamten auf Lebenszeit.

Ihr Recht auf den Wechsel in eine Berufsunfähigkeitsversicherung müssen Sie innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses durch Vorlage schriftlicher Nachweise geltend machen.

Regelungen und Voraussetzungen für den Wechsel aus einer Grundfähigkeitsversicherung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung

(2) Für das Wechselrecht gelten folgende Regelungen sowie die unter Absatz 3 genannten Voraussetzungen:

- Das Wechselrecht ist für die versicherte Person, die beim Abschluss der Grundfähigkeitsversicherung das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, im Versicherungsumfang enthalten;

- Für versicherte Personen, die beim Abschluss der Versicherung das 15. Lebensjahr vollendet haben, aber noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet haben, kann das Wechselrecht optional vereinbart werden;
- Bei Abschluss der Versicherung nach der Vollendung des 25. Lebensjahres kann das Wechselrecht nicht vereinbart werden;
- Ist das Wechselrecht vereinbart, darf die versicherte Person bei Ausübung des Wechsels noch nicht das 35. Lebensjahr vollendet haben.

(3) Folgende Voraussetzungen gelten für den Wechsel:

- Der zum Wechselzeitpunkt bestehende Grundfähigkeitsversicherungsvertrag muss mindestens 24 Monate fortlaufend beitragspflichtig bestanden haben;
- Der Vertrag ist zum Zeitpunkt des Wechsels nicht beitragsfrei. Das heißt, Ihr Vertrag wurde weder planmäßig noch vorzeitig beitragsfrei gestellt;
- Die Grundfähigkeitsversicherung wurde zu normalen Bedingungen vereinbart. Das heißt, es darf kein Risikozuschlag oder Leistungsausschluss in der Grundfähigkeitsversicherung vereinbart worden sein;
- Es sind keine Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits-, Arbeitsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Pflege- und/oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung beantragt, anerkannt oder bereits gezahlt worden;
- Die Grundfähigkeitsversicherung wird durch den Wechsel in die Berufsunfähigkeitsversicherung vollständig beendet;
- Der Wechsel in eine Berufsunfähigkeitsversicherung kann maximal bis zu einer versicherten Gesamtjahresrente von 18.000,00 EUR erfolgen;
- Falls zum Zeitpunkt des Wechsels weitere privater oder betriebliche Absicherungen gegen die Risiken Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Grundfähigkeits-Verlust oder Pflegebedürftigkeit bestehen, werden diese Anwartschaften bei der Ermittlung der für den Wechsel maximal zur Verfügung stehenden Gesamtjahresrente berücksichtigt;
- Die für den Wechsel in die Berufsunfähigkeitsversicherung zum Zeitpunkt des Wechsels notwendigen tarifierungsrelevanten Merkmale (z. B. Raucherstatus, Größe und Gewicht) und die ausgeübte berufliche Tätigkeit der versicherten Person werden für die Beurteilung der Versicherbarkeit und der Risikoeinstufung in der Berufsunfähigkeitsversicherung zugrunde gelegt;
- Für den neu abzuschließenden Berufsunfähigkeits-Vertrag gelten die für den Tarif maßgeblichen Versicherungsbedingungen, Rechnungsgrundlagen und Höchstgrenzen der Rentenhöhen;
- Der neue Berufsunfähigkeits-Vertrag wird für dieselbe versicherte Person abgeschlossen;
- Für die Berechnung des neuen Beitrags wird das rechnermäßige Alter zum Zeitpunkt des Wechsels zugrunde gelegt.

Es gelten maximal das gleiche Endalter der Vertrags- und Leistungsdauer. Lassen die Annahmerichtlinien für die zum Zeitpunkt des Wechsels ausgeübte berufliche Tätigkeit der versicherten Person nur ein niedrigeres Endalter zu, ist die Vertrags- und Leistungsdauer für den Berufsunfähigkeits-Vertrag entsprechend zu ändern. Dies gilt gleichermaßen für Rentenbegrenzungen bei bestimmten beruflichen Tätigkeiten.

Wechsel in die Berufsunfähigkeitsversicherung mit erneuter vollständiger Risikoprüfung

(4) Sie haben alternativ die Möglichkeit, auch ohne Anlass, einmalig von einer für die versicherte Person bestehenden Grundfähigkeitsversicherung in eine von der Barmania zum Wechselzeitpunkt angebotene Berufsunfähigkeitsversicherung zu wechseln. Die Entscheidung, ob und zu welchen Konditionen der Wechsel möglich ist, wird von einer erneuten Risikoprüfung abhängig gemacht.

Die Voraussetzungen aus Absatz 3 gelten entsprechend.

§ 20 Wann können Sie den Umfang Ihres Versicherungsschutzes erweitern?

- (1) Als Erweiterung des Umfangs des Versicherungsschutzes wird im Folgenden die Hinzunahme der Optionen "Medizin- & Pflegeberufe", "Mobilität" und "Psyche", sowie "Direktleistung" oder "Schwere Krankheiten" angesehen.
- (2) Sie können den Umfang des Versicherungsschutzes
- um die Optionen "Medizin- & Pflegeberufe", "Mobilität" oder "Direktleistung" ohne erneute Gesundheitsprüfung und
 - um die Optionen "Psyche" oder "Schwere Krankheiten" mit vereinfachter Gesundheitsprüfung bei Eintritt eines der nachfolgend genannten Ereignisse erweitern:
- Beginn einer Berufsausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf;
 - Beginn eines Hochschul- oder Fachhochschulstudiums;
 - 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;
 - Erfolgreicher Abschluss einer qualifizierten* Weiterbildung
*(Qualifikationslevel 6 des DQR oder EQR);
 - Erfolgreich bestandene Meisterprüfung;
 - Ernennung zum Beamten auf Lebenszeit.

Ihr Recht auf Erweiterung des Versicherungsschutzes müssen Sie innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses durch Vorlage schriftlicher Nachweise geltend machen.

(3) Voraussetzung für die Erweiterung Ihres Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung beziehungsweise mit vereinfachter Gesundheitsprüfung ist, dass

- die versicherte Person zum Zeitpunkt der Erweiterung des Versicherungsschutzes das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
- keine Leistung aus einer Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Pflege- und/oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung beantragt, anerkannt oder bereits gezahlt worden sind;
- der Vertrag zum Zeitpunkt der Erweiterung nicht beitragsfrei gestellt worden ist. Das heißt, Ihr Vertrag wurde weder planmäßig noch vorzeitig beitragsfrei gestellt und

- die Grundfähigkeitsversicherung zu normalen Bedingungen abgeschlossen wurde. Das heißt, es darf kein Risikozuschlag oder Leistungsausschluss in der Grundfähigkeitsversicherung vereinbart worden sein.

(4) Sie können eine Erweiterung Ihrer Grundfähigkeitsversicherung auch ohne Anlass beantragen. In diesem Fall führen wir eine erneute Risikoprüfung durch. Wir entscheiden dann auf dieser Grundlage, ob und zu welchen Konditionen eine Erweiterung möglich ist.

(5) Eine Erweiterung des Umfangs an versicherten Leistungen erhöht Ihren Beitrag. Für die Berechnung der Höhe des zusätzlichen Beitrags verwenden wir die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen Rechnungsgrundlagen. Diese Rechnungsgrundlagen legen wir dann jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung fest. Dabei berücksichtigen wir insbesondere:

- die Entwicklung der Lebenserwartung,
- die Rendite der Kapitalanlagen und
- die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG).

(6) Den neuen Beitrag berechnen wir mit dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und den jeweils für neu abzuschließende Grundfähigkeitsversicherungen geltenden Rechnungsgrundlagen (Ausschleideordnungen, Rechnungszins). Bei der Hinzunahme einer Option ohne Gesundheitsprüfung berechnen wir den neuen Beitrag außerdem mit der bei Vertragsabschluss vorgenommenen Risikoeinschätzung.

§ 21 Wann können Sie den Umfang Ihres Versicherungsschutzes verringern?

(1) Als Verringerung des Umfangs des Versicherungsschutzes wird im Folgenden der Ausschluss der Optionen "Medizin- & Pflegeberufe", "Mobilität" und "Psyche" sowie "Direktleistung" oder "Schwere Krankheiten" angesehen.

(2) Sie können den Umfang der versicherten Leistungen immer zum nächsten Fälligkeitstermin Ihres Beitrags verringern. Die Reduktion des Umfangs an versicherten Leistungen ist jedoch nur bis 60 Monate vor dem vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer möglich.

Voraussetzung ist, dass Ihre Versicherung beitragspflichtig ist.

(3) Wenn Sie die Option "Direktleistung" oder die Option "Schwere Krankheiten" ausschließen, erlischt die Option, ohne dass ein Rückkaufwert fällig wird. Der Beitrag Ihrer Versicherung verringert sich um den Teilbetrag der ausgeschlossenen Option. Wenn Sie einen oder mehrere der Optionen "Medizin- & Pflegeberufe", "Mobilität" und "Psyche" ausschließen, wird der Beitrag Ihrer Versicherung unter Zugrundelegung des Rückkaufwertes nach § 22 Abs. 6, vermindert um den Abzug gemäß § 22 Abs. 7, neu berechnet. Dabei verwenden wir die bisherigen Rechnungsgrundlagen.

(4) Haben Sie Ihren Versicherungsschutz wie beschrieben verringert, kann während der danach folgenden Vertragslaufzeit der Versicherungsschutz für den abgewählten Vertragsbestandteil nicht mehr nach § 20 Abs. 2 erweitert werden. Das heißt, Sie

können eine abgewählte Option nicht mehr anlassbezogen ohne Gesundheitsprüfung hinzuwählen. Soll eine einmal abgewählte Option erneut mit in den Versicherungsschutz aufgenommen werden, führen wir eine vollständige Risikoprüfung durch.

§ 22 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 des Verlustes einer Grundfähigkeit können Sie nicht mehr kündigen.

(2) Mit Ihrer Kündigung wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzten Leistungen um, wenn die beitragsfreie Rente 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 eingetretenen Verlust einer Grundfähigkeit oder dem Auftreten einer schweren Krankheit 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 Rente 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 Direktleistung versichert ist, vermindert sie sich im selben Verhältnis wie die Rente.

(5) Ansprüche aus dieser Versicherung, die auf bereits vor Beitragsfreistellung eingetretenen Verlustes einer Grundfähigkeit oder des Auftretens einer schweren Krankheit 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 § 24 Abs. 2 Satz 4).

Abzug bei Kündigung oder Beitragsfreistellung

(7) Von dem aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistungen zur Verfügung stehen-

den 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 des Verlustes einer Grundfähigkeit gebildet werden müsste, gegebenenfalls zuzüglich einer mitversicherten Direktleistung 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. § 24) finanziert werden und der in Absatz 7 genannte Abzug erfolgt. Nähere Informationen zur Höhe der beitragsfreien Rente 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 Rente 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 Rente 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.

§ 23 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 Rente mindestens 100,00 EUR monatlich betragen.

Voraussetzung für eine Wiederinkraftsetzung ist, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung keine Leistungen nach § 1 in Verbindung mit § 2 dieser Bedingungen bezieht.

(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. 8).

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

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie 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 § 22 Abs. 6 Satz 2 bis 4 zur Bildung beitragsfreier Leistungen oder für einen Rückkaufswert vorhanden ist (vgl. § 22). Nähere Informationen zur Höhe der beitragsfreien Leistungen und Rückkaufswerte können Sie der Tabelle "Garantierte Rückkaufswerte und beitragsfreie Leistungen" entnehmen.

§ 25 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.

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

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen. Anderenfalls 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.

§ 27 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 Grundfähigkeitsversicherung" 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.

§ 28 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

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

§ 29 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.

§ 30 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:

Barmenia Lebensversicherung a. G.
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 § 22 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.