



Allgemeine Bedingungen für die NÜRNBERGER Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung (Komfort-Schutz)

GN331026_202501

Inhalt

Einführung

Leistung

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
- § 7 Welche Anzeige- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten und welche Folgen hat eine Pflichtverletzung?
- § 8 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 9 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?
- § 10 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?
- § 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 12 Wer erhält die Leistung?

Beitrag

- § 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

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

- § 15 Was gilt für Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen?

Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

- § 16 Welche anderen Möglichkeiten als eine Kündigung oder eine Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?
- § 17 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistungen erbringen wir?
- § 18 Wann können Sie Ihren Vertrag in eine prämienfreie Versicherung umwandeln und welche Auswirkungen hat dies?

Kosten

- § 19 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?
- § 20 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Sonstige Vertragsbestimmungen

- § 21 Was gilt, wenn sich Ihre Postanschrift und/oder Ihr Name ändern?
- § 22 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?
- § 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 24 Streitschlichtungsstelle, Aufsichtsbehörde und Gerichtsstand

Begriffsbestimmungen

Einführung

Bitte beachten Sie, dass die in den nachfolgenden Bedingungen verwendeten Begriffe der Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder den entsprechenden Begriffen im Sinne der Versicherungsbedingungen der privaten Krankentagegeldversicherung übereinstimmen. Eine Ausnahme ist die Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung nach § 2 Absatz 5, bei der es auf eine volle Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinn ankommen kann.

Leistung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungspflicht setzt den Eintritt eines Versicherungsfalls (Berufsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit, spezielle Beeinträchtigung, Wiedereingliederung, Umorganisation, Rehabilitation) während der Versicherungsdauer voraus. Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

Die Leistungsdauer bezeichnet den Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird. Bei unseren Leistungen bei Berufsunfähigkeit sowie Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (siehe Absätze 1 bis 3) entspricht die Leistungsdauer der Versicherungsdauer. Bei unseren Leistungen bei speziellen Beeinträchtigungen (siehe Absätze 5 bis 8) ist die Leistungsdauer auf maximal 24 Monate begrenzt. Bei der Wiedereingliederungshilfe, der Umorganisationshilfe



sowie der Rehabilitationshilfe handelt es sich jeweils um eine einmalige Kapitalleistung (ohne Leistungsdauer).

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer entweder

- berufsunfähig (siehe § 2 Absätze 1 bis 6) oder
- berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit (siehe § 2 Absätze 7 und 8), ohne dass Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 Absätze 1 bis 6 vorliegt,

erbringen wir folgende Leistungen:

- Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente, längstens für die Versicherungsdauer. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung eingeschlossen haben, erhöht sich unsere Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung nach dem Eintritt des Versicherungsfalles bis zu dessen Ende garantiert zum Beginn jedes Versicherungsjahres um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz (garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn). Mit dem Ende des Versicherungsfalles wird die Erhöhung auf 0,00 EUR gesetzt. Bei Eintritt eines weiteren Versicherungsfalles beginnt die Rentenzahlung also wieder mit der nicht erhöhten Rente und steigert sich von da aus neu bis zum Ende des weiteren Versicherungsfalles um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz; frühere Rentensteigerungen bleiben unberücksichtigt. Endet ein Versicherungsfall und tritt innerhalb von 24 Monaten ein neuer Versicherungsfall aufgrund derselben Ursache ein, beginnt die Rentenzahlung mit der aus dem ersten Versicherungsfalle erreichten Rente und steigert sich von da aus weiter.
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeitsversicherung sowie eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen, längstens für die vereinbarte Beitragszahlungsdauer.

Im vorliegenden Tarif gilt: Bei Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 1 bis 6 erbringen wir unterhalb eines Grades der Berufsunfähigkeit von 50 % keine Leistungen. Bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absätze 7 und 8 erbringen wir unsere Leistungen auch unterhalb eines Grades der Berufsunfähigkeit von 50 %.

(2) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung entsteht

- mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist;
- im Fall einer vereinbarten Karenzzeit mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem die Karenzzeit abläuft. Der Ablauf der Karenzzeit setzt voraus, dass die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Endet ein Versicherungsfall und tritt innerhalb von 24 Monaten ein neuer Versicherungsfall aufgrund derselben Ursache ein, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung endet in folgenden Fällen mit Ablauf des jeweiligen Versicherungsmonats:

- Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt nicht mehr vor. War unsere Leistungspflicht anerkannt oder gerichtlich festgestellt, ist die Anspruchsbeendigung an die Voraussetzungen und Fristen nach § 9 gebunden.
- Die versicherte Person stirbt.
- Die Versicherungsdauer läuft ab.

Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als die Versicherungsdauer, endet der Anspruch auf Beitragsbefreiung spätestens mit dem Ablauf der Beitragszahlungsdauer.

(4) Wird die versicherte Person erst nach dem Ablauf der Versicherungsdauer berufsunfähig, besteht kein Anspruch auf eine Versicherungsleistung.

Unsere Leistungen bei speziellen Beeinträchtigungen

(5) Ist die versicherte Person weder berufsunfähig noch berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit und tritt bei ihr während der Versicherungsdauer eine spezielle Beeinträchtigung im Sinne des § 2 Absatz 10 ein, erbringen wir folgende Leistungen mit einer auf längstens 24 Monate begrenzten Leistungsdauer.

- Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente, längstens für die Versicherungsdauer und längstens bis zum Ablauf der auf 24 Monate begrenzten Leistungsdauer für spezielle Beeinträchtigungen. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung eingeschlossen haben, erhöht sich diese Berufsunfähigkeitsrente nach Eintritt der speziellen Beeinträchtigung und bis zu deren Ende, längstens 24 Monate, und zwar zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres, um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz (garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn). Nach dem Ende der speziellen Beeinträchtigung, längstens aber nach 24 Monaten, wird die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente zurückgesetzt. Das bedeutet, dass bei jedem danach während der Versicherungsdauer eintretenden Versicherungsfall die Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung wieder in Höhe der ursprünglich versicherten Berufsunfähigkeitsrente beginnt; in der Vergangenheit eventuell bereits erfolgte garantierte Rentensteigerungen werden nicht angerechnet.
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeitsversicherung sowie eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen, längstens für die vereinbarte Beitragszahlungsdauer und längstens bis zum Ablauf der auf 24 Monate begrenzten Leistungsdauer.

(6) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung wegen einer speziellen Beeinträchtigung entsteht

- mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem die spezielle Beeinträchtigung (siehe § 2 Absatz 10) eingetreten ist;
- im Fall einer vereinbarten Karenzzeit mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem die Karenzzeit abläuft. Der Ablauf der Karenzzeit setzt voraus, dass die spezielle Beeinträchtigung während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Die maximale Leistung von 24 Monatsrenten verkürzt sich um die Zahl an Monatsrenten, die auf die Karenzzeit entfallen.



(7) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung wegen einer speziellen Beeinträchtigung endet in folgenden Fällen mit Ablauf des jeweiligen Versicherungsmonats:

- Die 24-monatige Leistungsdauer läuft ab.
- Die spezielle Beeinträchtigung im Sinne des § 2 Absatz 10 liegt nicht mehr vor oder die versicherte Person wird berufsunfähig bzw. berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit. War unsere Leistungspflicht wegen spezieller Beeinträchtigung anerkannt oder gerichtlich festgestellt, ist eine Anspruchsbeendigung vor Ablauf der 24-monatigen Leistungsdauer an die Voraussetzungen und Fristen nach § 9 gebunden.
- Die versicherte Person stirbt.
- Die Versicherungsdauer läuft ab.

Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als die Versicherungsdauer, endet der Anspruch auf Beitragsbefreiung spätestens mit dem Ablauf der Beitragszahlungsdauer.

(8) Leistungen nach den Absätzen 5 bis 7 können nur einmalig in Anspruch genommen werden. Mit der Anspruchsbeendigung nach Absatz 7 endet die Leistungspflicht aus den Absätzen 5 bis 7 insgesamt und endgültig. Dies gilt auch dann, wenn die 24-monatige Leistungsdauer bis zur Beendigung noch nicht voll ausgeschöpft war.

Unsere Leistung bei Rehabilitationsmaßnahmen

(9) Wurde die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe § 2 Absätze 1 bis 6) oder berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit (siehe § 2 Absätze 7 und 8) und hat sie deswegen freiwillig einen oder mehrere Rehabilitations-Dienst(e) auf eigene Kosten in Anspruch genommen, zahlen wir eine Rehabilitationshilfe von bis zu maximal 1.000,00 EUR. Voraussetzung ist, dass die Inanspruchnahme des Rehabilitations-Dienstes geeignet ist, zu einer schnelleren Wiederherstellung der Berufsfähigkeit beizutragen.

Ihnen steht die freie Wahl aus allen am Markt verfügbaren entsprechenden Dienstleistern offen. Wenn Sie sich bereits im Vorfeld einer Inanspruchnahme an uns wenden, prüfen wir gerne vorab, ob wir eine entsprechende Eignung anerkennen. Ob die Maßnahmen tatsächlich den beabsichtigten Erfolg erzielen, ist für unsere Leistung ohne Bedeutung.

Die Rehabilitationshilfe kann einmalig oder mehrfach in Anspruch genommen werden, insgesamt jedoch maximal in Höhe einer Gesamtleistung von 1.000,00 EUR für alle bei der NÜRNBERGER Versicherung auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-(Zusatz)-versicherungen.

Unsere Leistung bei Wiedereingliederung

(10) Wurde die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe § 2 Absätze 1 bis 6) und stellen wir unsere anerkannte oder gerichtlich festgestellte Leistungspflicht nach § 9 ein, zahlen wir eine Wiedereingliederungshilfe, wenn außerdem die beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat eine Umschulungsmaßnahme durch das Arbeitsamt oder einen anderen Träger erfolgreich abgeschlossen und übt wieder eine Tätigkeit aus, die sie aufgrund der bisherigen und/oder der neu erworbenen beruflichen Fähigkeiten und/oder Ausbildungen ausüben kann und die ihrer Lebensstellung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.
- Bei Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe, das heißt zum Zeitpunkt der Einstellung der Zahlungen im Nachprüfungsverfahren nach § 9, beträgt die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 12 Monate.

Die Wiedereingliederungshilfe ist eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 6 monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten, insgesamt maximal 15.000,00 EUR für alle bei der NÜRNBERGER Versicherung auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-(Zusatz)-versicherungen. Eine Monatsrente entspricht dabei der zuletzt vor Leistungseinstellung gezahlten Monatsrente. Bei erneuter Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit bzw. spezieller Beeinträchtigung innerhalb von 6 Monaten wird eine geleistete Wiedereingliederungshilfe dann auf neu entstehende Rentenansprüche zu deren Tilgung angerechnet, wenn die erneute Leistungspflicht auf dem im Wesentlichen gleichen medizinischen Grund beruht.

Keine Leistung bei Tod (allenfalls Überschüsse)

(11) Stirbt die versicherte Person bei laufender Beitragszahlung, wird Ihr Versicherungsvertrag zur nächsten Beitragsfälligkeit beendet; eine Leistung aus der Hauptversicherung wird nicht fällig. War Ihr Versicherungsvertrag zuvor prämienfrei umgewandelt, wird er in diesem Fall zum nächsten Monatsersten (mittags 12 Uhr) beendet. Es erfolgt keine Auszahlung eines Rückkaufswerts aus der Hauptversicherung. Auch eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen. Falls als Überschussverwendung "verzinsliche Ansammlung" oder "Invest-Bonus" vereinbart war, erhalten Sie jedoch - wenn und soweit vorhanden - Leistungen aus den Überschüssen und Bewertungsreserven (siehe § 3 Absatz 5). Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, kommt es insoweit auf deren Versicherungsumfang an.

Sonstige Regelungen für alle Leistungen

(12) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

(13) Eine Meldefrist besteht nicht (siehe § 7 Absatz 1). Eine frühzeitige Anzeige des Versicherungsfalls erleichtert jedoch die Prüfung Ihrer Ansprüche und verringert bzw. vermeidet etwaige Feststellungsschwierigkeiten.

(14) Die jeweilige Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

(15) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf das uns angegebene Konto. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Zahlungsverkehrsraumes (SEPA) trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr. Eine Auszah-



lung in anderer Weise, insbesondere in bar oder per Scheck, ist ausgeschlossen.

(16) Ein entstandener Anspruch wird in der Regel erst fällig, wenn Sie Ihre Mitwirkungspflichten (siehe § 7 Absätze 3 bis 7) erfüllt haben und wir daraufhin unsere Erhebungen abschließen konnten (siehe § 7 Absatz 8). Wir entscheiden dann über die Leistungspflicht. Bis zu dieser Entscheidung müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter bezahlen; wir werden sie jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

Sie können in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragen, dass Ihnen die Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos gestundet werden. Stellt sich heraus, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, sind gestundete Beiträge unverzinst nachzuzahlen, entweder

- in Form einer einmaligen Zahlung oder
- - sofern ein ausreichendes Deckungskapital vorhanden ist - durch eine Verrechnung mit diesem Deckungskapital, was nach Ihrer Wahl entweder zu einer Verringerung der Versicherungsleistungen oder zu einer Erhöhung des zukünftigen Beitrags führt.

Bei Vereinbarung einer Karenzzeit werden die Beiträge für die Karenzzeit weder zurückerstattet noch gestundet, da während der Karenzzeit Beitragszahlungspflicht besteht.

Vorschuss bei Krebserkrankung (Krebsklausel)

(17) Bei einer Krebserkrankung leisten wir abweichend von Absatz 16 bereits vor dem Abschluss unserer Erhebungen zum Vorliegen des bedingungsgemäßen Versicherungsfalls Vorschüsse auf unsere noch nicht fälligen Leistungen nach den Absätzen 1 bis 3, wenn die beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person erkrankt während der Versicherungsdauer an Krebs im Sinne des § 2 Absatz 9 und es werden deswegen bei uns Leistungen nach Absatz 1 bis 3 beantragt. Zwischen der ersten Diagnose und dem Leistungsantrag liegen nicht mehr als sechs Monate.
- Der Vertrag muss zum Zeitpunkt der ersten Diagnose der Krebserkrankung bereits mindestens 6 Monate bestanden haben und eine etwaige Karenzzeit bereits abgelaufen sein.

Wir leisten die Vorschüsse monatlich mit Beginn des folgenden Monatsersten, nachdem der Krebs diagnostiziert und Leistungen nach Absatz 1 bis 3 beantragt wurden. Die Vorschüsse umfassen sowohl die Zahlung der monatlichen Berufsunfähigkeitsrente als auch die Befreiung von der Pflicht zur Zahlung der Beiträge zur Berufsunfähigkeitsversicherung.

Wir leisten die Vorschüsse solange bis die Erhebungen zur Feststellung der Berufsunfähigkeit abgeschlossen sind, maximal jedoch für einen Zeitraum von 15 Monaten.

Sollten unsere Erhebungen ergeben, dass Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, zahlen wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente und befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht; in diesem Fall werden die Vorschüsse mit dem Anspruch nach Absatz 1 bis 3 verrechnet. Vorschüsse und bedingungsgemäße Leistungen nach Absatz 1 bis 10 werden nicht doppelt gezahlt.

Sollten unsere Erhebungen ergeben, dass eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht vorliegt, verzichten wir auf die Rückforderung der erbrachten Vorschüsse, sofern mit der Krebserkrankung eine dauerhafte (mindestens 6-monatige) Einschränkung der Berufsfähigkeit von mindestens 1 % verbunden ist.

Bessert sich der Gesundheitszustand der versicherten Person während des Vorschussbezuges, leisten wir die Vorschüsse längstens bis zum Ablauf der 15 Monate weiter, sofern mit der Krebserkrankung eine dauerhafte (mindestens 6-monatige) Einschränkung der Berufsfähigkeit von mindestens 1 % verbunden ist.

Mit der Vorschusszahlung ist keine Verschiebung unserer Erhebungen zum Vorliegen der Berufsunfähigkeit und unserer Leistungspflicht nach den Absätzen 1 bis 3 verbunden. Diese Erhebungen werden von uns unverzüglich begonnen und durchgeführt.

Der Anspruch auf Vorschusszahlung endet in folgenden Fällen:

- Wir erkennen unsere Leistungspflicht nach Absatz 1 bis 3 an (oder diese wird festgestellt).
- Wir lehnen unsere Leistungspflicht nach Absatz 1 bis 3 ab und haben 15 Monatsvorschüsse (Rente und Beitragsbefreiung) geleistet.
- Mit Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.
- Mit Ende der Versicherungsdauer.

Wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, können Vorschüsse aus der Krebsklausel während der Versicherungsdauer auch mehrmals in Anspruch genommen werden.

(18) Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (siehe § 3).

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, gesundheitlich beeinträchtigt ist und

- voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder
- bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist,

ihren vor Eintritt des Versicherungsfalls zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, zu mindestens 50 % auszuüben, und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (konkrete Verweisung). In beiden Fällen liegt bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit bereits von Beginn der Sechs-Monats-Frist an vor.

Als eine der Ausbildung und den Fähigkeiten sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechende andere Tätigkeit wird nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und die in wirtschaftlicher Hinsicht (Vergütung) und sozialer Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei jedenfalls eine Einkommensminderung von 20 % oder mehr gegenüber dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf. Sollte der Bundesgerichtshof nachhaltig einen niedrigeren



Prozentsatz als im Regelfall unzumutbare Einkommensminderung festlegen, werden wir diesen zu Ihren Gunsten anwenden. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein.

Zugunsten von Studenten, Auszubildenden und bestimmten Kammerberufen bestehende besondere Regelungen finden Sie in Absatz 3.

Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte.

Bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit ist grundsätzlich der zuletzt ausgeübte Beruf maßgebend, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, mit folgenden Maßgaben: Die Bemessung des Grads der Berufsunfähigkeit erfolgt nach einer Gesamtbetrachtung. Berücksichtigt werden dabei der zeitliche Anteil der einzelnen beruflichen Tätigkeiten und die verbliebene Fähigkeit der versicherten Person zur Ausübung prägender beruflicher Tätigkeiten.

Unter prägenden beruflichen Tätigkeiten verstehen wir wesentliche, unverzichtbare berufliche Tätigkeiten, die untrennbarer Bestandteil eines beruflichen Gesamtvorgangs sind und deren Wegfall sich so dominierend auswirkt, dass die Gesamttätigkeit ohne sie nicht mehr in ein sinnvolles Arbeitsergebnis mündet.

Selbstständige/Gesellschafter und Umorganisationshilfe

(2) Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn ein Selbstständiger oder Gesellschafter über seinen Einfluss auf die betriebliche Situation durch zumutbare Umorganisation eine Tätigkeit ausüben kann, durch die er eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist. Die konkret ausgeübte oder im Rahmen der Umorganisation ausübende Tätigkeit muss aufgrund der Gesundheitsverhältnisse sowie der Ausbildung und Fähigkeiten zumutbar sein und der bisherigen Lebensstellung entsprechen (siehe Absatz 1 Unterabsatz 2). Bei der Einkommensminderung ist der Gewinn vor Steuern maßgeblich.

Wir verzichten darauf, die Zumutbarkeit einer Umorganisation abstrakt zu prüfen, wenn die versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in ihrer täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt.

Ist die Umorganisation zumutbar und liegt nur deshalb keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit vor, beteiligen wir uns an den Kosten der Umorganisation: Wir zahlen Ihnen in diesem Fall eine Umorganisationshilfe in Höhe von 6 monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten als einmalige Kapitaleistung, maximal 15.000,00 EUR für alle bei der NÜRNBERGER Versicherung auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-(Zusatz)versicherungen. Voraussetzung ist, dass die verbleibende Versicherungsdauer für eine eingeschlossene Berufsunfähigkeitsrente zum Zeitpunkt des

Beginns der ohne die Möglichkeit der Umorganisation andernfalls gegebenen Berufsunfähigkeit noch mindestens 12 Monate beträgt. Tritt innerhalb eines Jahres nach Zahlung der Umorganisationshilfe bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit ein, wird die Umorganisationshilfe mit neu entstehenden Rentenansprüchen zu deren Tilgung verrechnet.

Besondere Regelungen

(3) Im Folgenden finden Sie die besonderen Regelungen für

- Berufswechsel (Buchstabe a),
- Studenten und Auszubildende (Buchstabe b),
- Kammerberufe (Buchstabe c),
- Hausfrauen/-männer (Buchstabe d) und
- Ausscheiden aus dem Berufsleben (Buchstabe e).

Berufswechsel

a) Ein Berufswechsel ist uns nicht anzuzeigen. Es genügt, wenn uns ein Berufswechsel nach Anzeige eines eingetretenen Versicherungsfalles im Rahmen der dann abzugebenden Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs bekannt wird (siehe § 7 Absatz 4 Buchstabe b).

Hat die versicherte Person infolge einer fortschreitenden Krankheit oder Kräfteverfalls ihren Beruf leidensbedingt gewechselt, legen wir bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit den bei Eintritt des Leidens ausgeübten Beruf als maßgebend zu Grunde, sofern sich dies zu Gunsten der versicherten Person auswirkt.

Studenten und Auszubildende

b) Ist die versicherte Person Student, gilt als Beruf im Sinne von Absatz 1 die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Student, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgeübt wurde. Zugunsten von Studenten, die sich in der zweiten Hälfte der gesetzlich vorgesehenen oder im Durchschnitt üblichen Studienzeit befinden, berücksichtigen wir sowohl hinsichtlich der Vergütung als auch hinsichtlich der sozialen Wertschätzung diejenige Lebensstellung, die normalerweise mit erfolgreichem Abschluss des Studiums erreicht wird.

Zugunsten von Auszubildenden, die sich in der zweiten Hälfte der gesetzlich vorgesehenen oder im Durchschnitt üblichen Ausbildungszeit befinden, berücksichtigen wir sowohl hinsichtlich der Vergütung als auch hinsichtlich der sozialen Wertschätzung diejenige Lebensstellung, die normalerweise mit erfolgreichem Abschluss der Ausbildung erreicht wird.

Kammerberufe

c) Ist die versicherte Person Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker, Rechtsanwalt, Notar, Steuerberater und/oder Wirtschaftsprüfer, beschränken wir uns bei einer konkreten Verweisung auf andere für die versicherte Person in diesem konkreten Beruf zulässige Tätigkeiten (d. h. wir verweisen z. B. einen Tierarzt konkret nur auf andere für Tierärzte zulässige Tätigkeiten, einen Rechtsanwalt nur auf andere für Rechtsanwälte zulässige Tätigkeiten usw.).



Hausfrauen/-männer

d) Bei Hausfrauen/-männern kommt es bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit

- allein auf die von ihr/ihm vor Eintritt der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann in ihrem/seinem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben- und Tätigkeitsfelder an. Voraussetzung für die Zugrundelegung dieses Berufsbildes ist, dass der Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann ohne anderweitige Berufsausübung abgeschlossen wurde und dieser Status bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit ununterbrochen vorgelegen hat.
- Hat die Hausfrau/der Hausmann hingegen nach Abschluss der Versicherung zwischenzeitlich oder bis zuletzt eine oder mehrere anderweitige Berufstätigkeiten ausgeübt, kommt es bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit allein auf die letzte dieser anderweitigen Berufstätigkeiten an.

Ausscheiden aus dem Berufsleben

e) Scheidet die versicherte Person vor Eintritt der Berufsunfähigkeit zeitweise oder endgültig aus dem Berufsleben aus, wird Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung dadurch nicht beendet, sondern bis zum Ablauf der Versicherungsdauer von uns fortgeführt.

Ab dem Zeitpunkt und solange die versicherte Person aus dem Berufsleben ausgeschieden ist, kommt es bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit auf den vor dem Ausscheiden zuletzt ausgeübten Beruf an, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. Berufsunfähigkeit liegt dann nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben entspricht (siehe Absatz 1 Unterabsatz 2). Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person nach dem Ausscheiden noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte. Zu Gunsten von Studenten und Auszubildenden sowie von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern, Rechtsanwälten, Notaren, Steuerberatern und/oder Wirtschaftsprüfern gelten die in diesem Absatz genannten besonderen Regelungen für diese Berufe entsprechend.

Infektionsklausel

(4) Verbietet eine auf Rechtsvorschriften beruhende behördliche Anordnung es der versicherten Person wegen Infektionsgefahr, ihre berufliche Tätigkeit auszuüben (vollständiges Tätigkeitsverbot), und erstreckt sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten, gilt dies als bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit. Die Anordnung ist uns im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie vorzulegen.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Infektionsklausel liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung zum Zeitpunkt der behördlichen Anordnung entspricht (siehe Absatz 1 Unterabsatz 2). Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben

könnte. Zu Gunsten von Studenten und Auszubildenden sowie von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern, Rechtsanwälten, Notaren, Steuerberatern und/oder Wirtschaftsprüfern gelten die in Absatz 3 genannten besonderen Regelungen für diese Berufe entsprechend.

Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung

(5) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor,

- solange ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein berufsständisches Versorgungswerk in Deutschland dem die versicherte Person als Pflichtmitglied angehört, der versicherten Person unbefristet eine Rente wegen voller Erwerbsminderung (gesetzliche Rentenversicherung) bzw. vollständiger Berufsunfähigkeit (Versorgungswerk) allein aus medizinischen Gründen gewährt und
- diese Berufsunfähigkeitsversicherung bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung (gesetzliche Rentenversicherung) bzw. vollständigen Berufsunfähigkeit (Versorgungswerk) bereits mindestens 10 Jahre besteht.

Die Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung liegt frühestens ab dem Zeitpunkt vor, an dem Sie uns den Bescheid vorlegen. Der Nachweis der Schwerbehinderung (z. B. Anerkenntnis durch ein Versorgungsamt) genügt nicht. Andere Bescheide eines Sozialversicherungsträgers bewirken keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung.

Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung zum Zeitpunkt des Eintritts der vollen Erwerbsminderung (gesetzliche Rentenversicherung) bzw. der vollständigen Berufsunfähigkeit (Versorgungswerk) entspricht (siehe Absatz 1 Unterabsatz 2). Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte. Zugunsten von Studenten und Auszubildenden sowie von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern, Rechtsanwälten, Notaren, Steuerberatern und/oder Wirtschaftsprüfern gelten die in Absatz 3 genannten besonderen Regelungen für diese Berufe entsprechend.

Vorübergehende Umstände

(6) Bei der Bemessung der Berufsunfähigkeit und deren Grades bleiben vorübergehende akute Erkrankungen oder vorübergehende Besserungen unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 3 Monaten noch anhält.

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ist auch die Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit. Sie ist bei Pflegebedürftigkeit nach Art und Umfang der Beeinträchtigung der Alltagskompetenz (sogenannter ADL-Score, siehe Absatz 7) gegeben. Ausreichend ist auch ein Autonomieverlust wegen Demenz (Absatz 8). Absatz 6 gilt im Rahmen der Absätze 7 und 8 entsprechend.



Pflegebedürftigkeit nach ADL-Score

(7) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, gesundheitlich beeinträchtigt ist und

- voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos ist, oder
- bereits 6 Monate ununterbrochen so hilflos gewesen ist,

dass sie für mindestens einen Punkt der nachfolgend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens täglich in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person bedarf, und zwar selbst bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel. In beiden Fällen liegt bedingungsge-
mäßige Pflegebedürftigkeit bereits von Beginn der Sechs-Monats-Frist an vor.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung muss ein Punkt aus der nachstehenden Punktetabelle erfüllt sein:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer benötigt.

Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann, ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich des Verrichtens der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

Autonomieverlust wegen Demenz

(8) Pflegebedürftigkeit liegt außerdem auch dann von Beginn an vor, wenn bei der versicherten Person mindestens 6 Monate ununterbrochen ein Autonomieverlust wegen Demenz vorliegt. Der Autonomieverlust wegen Demenz ist ärztlich nachzuweisen und setzt voraus, dass die versicherte Person infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung entweder

- tägliche Beaufsichtigung oder Anleitung bei mindestens zwei Punkten der in Absatz 7 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens oder
- kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst in erheblichem Umfang gefährden würde.

Als Demenz im Sinne dieser Bedingungen gelten "mittelschwere Leistungseinbußen" ab dem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, oder ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala.

Krebs

(9) Krebs im Sinne der Vorschussregelung gemäß § 1 Absatz 17 liegt vor, wenn bei der versicherten Person ein bösartiger Tumor (Krebs, Blutkrebs) diagnostiziert wurde und ein Onkologe einen der folgenden Punkte bestätigt:

- Die versicherte Person hat wegen Krebs bereits mit einer Chemotherapie oder einer Strahlentherapie begonnen oder diese steht unmittelbar bevor;
- Bei der versicherten Person wurde eine operative Behandlung der Krebserkrankung durchgeführt und aufgrund der Krebserkrankung ist eine der folgenden Voraussetzungen zusätzlich gegeben:
 - eine Chemotherapie oder eine Strahlentherapie wurde begonnen oder steht unmittelbar bevor;
 - der operativen Behandlung wird sich eine voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit anschließen.
- Die versicherte Person befindet sich wegen der Schwere der Krebserkrankung in einer palliativen Therapie (keine heilende, sondern nur lindernde Behandlung möglich).

Spezielle Beeinträchtigungen (ständiger Rollstuhlbedarf, hochgradige Schwerhörigkeit, hochgradige Sehbehinderung)

(10) Eine spezielle Beeinträchtigung der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn aufgrund einer ärztlich nachgewiesenen Gesundheitsstörung.

- sie voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen bei der Fortbewegung ständig auf einen Rollstuhl angewiesen oder dies bereits 6 Monate ununterbrochen gewesen ist; in diesem Fall liegt eine spezielle Beeinträchtigung bereits von Beginn der Sechs-Monats-Frist an vor;
- die Hörfähigkeit beider Ohren sehr stark eingeschränkt ist und der Hörverlust und dessen Ausmaß nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Hörgerät) gebessert werden kann (der Hörverlust für gesprochene Wörter [500 Hz - 3 kHz] muss auf beiden Ohren jeweils mindestens 80 Dezibel [≥ 80 db] betragen);
- die Sehfähigkeit beider Augen sehr stark eingeschränkt ist und der Sehverlust und dessen Ausmaß nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Brillen/Kontaktlinsen) gebessert werden kann (Alternative 1:



Das Restsehvermögen [Restsehschärfe/Visus] beträgt insgesamt nicht mehr als 0,05 oder 3/60; Alternative 2: Das Gesichtsfeld für die Schwarz-Weiß-Wahrnehmung ist auf weniger als 15 Grad Abstand vom Zentrum in alle Richtungen eingeschränkt).

Ausschlüsse

(11) Wenn wir mit Ihnen Ausschlüsse vereinbart haben oder besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes getroffen wurden, gelten diese für die Leistungen bei Berufsunfähigkeit einschließlich Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit und für die Leistungen bei spezieller Beeinträchtigung sowie für die Umorganisations-, die Wiedereingliederungs- sowie die Rehabilitationshilfe.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Sie erhalten nach § 153 VVG eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (Absatz 3),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 4) sowie
- wann wir die Überschüsse Ihres Vertrags gutbringen und wie wir sie je nach der von Ihnen gewählten Variante verwenden (Absatz 5).

Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

(2) Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an den Überschüssen und den Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht.

Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

(3) a) Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.

Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie keine Überschüsse zugewiesen. Ihr Vertrag erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppe, die in den Allgemeinen Vertragsdaten genannt ist. Voraussetzung hierfür ist, dass der Bestandsgruppe Überschüsse zugewiesen werden. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Da für diese Versicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Dennoch entstehende Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ermitteln wir monatlich neu und ordnen den ermittelten Wert den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.

Bei Vertragsbeendigung gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven nach den jeweils geltenden gesetzlichen Regelungen zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Der Beteiligungsfaktor für die Zuteilung von Bewertungsreserven zu Ihrem Vertrag wird jährlich nach einem verursachungsorientierten Verfahren festgelegt. Für die Berechnung des Beteiligungsfaktors wird eine Maßzahl für Ihren Vertrag ermittelt, die den individuellen Beitrag Ihres Vertrags an der Entstehung der Bewertungsreserven misst. Das Verhältnis dieser Maßzahl zur Summe der für den gesamten Versichertenbestand ermittelten Maßzahlen ergibt den Beteiligungsfaktor. Die Bewertungsreserven werden bei Vertragsbeendigung zusammen mit den verzinslich angesammelten Überschussanteilen fällig (vergleiche Absatz 5 Buchstabe e). Die absolute Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven zum Fälligkeitstermin ergibt sich durch Multiplikation des für Ihren Vertrag gültigen Beteiligungsfaktors mit den für diesen Termin ermittelten Bewertungsreserven. Weitere Informationen zur Berechnung des Beteiligungsfaktors sowie die Höhe der für das jeweilige Jahresende ermittelten Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.



Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

(4) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos. Aber auch die Entwicklung der Kosten und die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

Welche Überschüsse gibt es und wie werden sie verwendet?

(5) Es gibt nachstehende Überschüsse, die wir für Sie - gegebenenfalls je nach der von Ihnen gewählten Variante - folgendermaßen verwenden:

a) Beitragspflichtige Versicherungen vor Rentenbezug (nicht leistungspflichtige Versicherung)

aa) Für beitragspflichtige Versicherungen werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent der Beitragssumme eines Jahres (ohne Risikozuschläge) zugewiesen. Diese laufenden Überschussanteile werden für den Teil des Versicherungsjahres, für den die Beiträge gezahlt wurden, gutgeschrieben und entsprechend Ihrer vorherigen Wahl nach einer der folgenden Varianten verwendet:

- Verrechnung mit den Beiträgen (Abzug vom Beitrag) Die Verrechnung hat zur Folge, dass im jeweiligen Versicherungsjahr nicht der volle Tarifbeitrag (Bruttobeitrag), sondern nur der entsprechend ermäßigte Nettobeitrag gezahlt werden muss;
- verzinsliche Ansammlung bis zum Vertragsende;
- Invest-Bonus (Anlage in einem Investmentfonds bzw. Fondsdepot bzw. Managed Fund). Haben Sie Invest-Bonus vereinbart, finden Sie weitere Einzelheiten dazu in den beigefügten Besonderen Bedingungen für den Invest-Bonus.

bb) Alternativ zu den laufenden Überschussanteilen kann die Überschussbeteiligung in Form einer Bonusrente gewählt werden.

Die Bonusrente wird in Prozent der versicherten Berufsunfähigkeitsrente bei Beginn der Leistungspflicht bemessen und erhöht im Berufsunfähigkeitsfall die fällige Rente. Die Höhe der Bonusrente bemisst sich stets nach dem bei Beginn der Leistungspflicht geltenden Bonusrentensatz. Solange die versicherte Person ununterbrochen Berufsunfähigkeitsleistungen erhält, bleibt der Bonusrentensatz für diesen Vertrag unverändert. Werden keine Berufsunfähigkeitsleistungen gezahlt, wird keine Leistung aus der Bonusrente erbracht.

Endet ein Versicherungsfall und tritt innerhalb von 24 Monaten ein neuer Versicherungsfall aufgrund derselben Ursache ein, gilt der Bonusrentensatz aus dem ersten Versicherungsfall auch für den neuen Versicherungsfall.

Wird der Bonusrentensatz nach Versicherungsbeginn herabgesetzt, können Sie beantragen, die vertragliche Barrente ohne erneute Gesundheitsprüfung mit Wirkung zum Beginn der nächsten Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr) so aufzustocken, dass insgesamt

wieder der bei Versicherungsbeginn gültige Berufsunfähigkeitsschutz erreicht wird. Der Antrag muss uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugehen, und die versicherte Person darf bei der Beantragung sowie zum Zeitpunkt der Aufstockung weder berufsunfähig noch berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit sein noch darf bereits ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden sein.

cc) Ist die Überschussvariante "Bonusrente" vereinbart, kann jederzeit ein Wechsel auf die Überschussvariante "Abzug vom Beitrag" beantragt werden.

dd) Ist die Überschussvariante "Abzug vom Beitrag" vereinbart, haben Sie bei folgenden, die versicherte Person betreffenden Ereignissen das Recht, innerhalb einer Frist von 12 Monaten ab dem Ereignis einen Wechsel ohne erneute Gesundheitsprüfung auf die Überschussvariante "Bonusrente" zu beantragen. Das Recht besteht nicht, wenn die Versicherung mit vereinfachter oder ohne Gesundheitsprüfung zustande gekommen ist.

- Eintritt der Volljährigkeit;
- Heirat;
- Ehescheidung bzw. Löschung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
- Tod des Ehepartners bzw. des eingetragenen Lebenspartners;
- Geburt oder Adoption eines Kindes oder Beendigung der Elternzeit (mit der Besonderheit, dass die Erhöhung innerhalb von 12 Monaten ab dem Ende der für dieses Kind genommenen Elternzeit verlangt werden kann);
- Existenzgründung (Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit im Hauptberuf, z. B. Praxis-/Kanzlei Gründung bzw. -übernahme) in den ersten 10 Jahren der Versicherungsdauer. Die zeitliche Einschränkung von 10 Jahren gilt nicht für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Rechtsanwälte, Notare, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer;
- erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung;
- Aufnahme der beruflichen Tätigkeit nach Erreichen eines akademischen Abschlusses;
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen) eines Akademikers, der eine seiner Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt;
- erfolgreicher Abschluss einer Höherqualifikation (z. B. Weiterbildung zum Fach-/Betriebswirt oder Techniker, Meisterprüfung);
- Erhöhung des regelmäßigen Bruttomonatseinkommens aus nicht-selbstständiger Tätigkeit
 - um mindestens 250 EUR oder
 - um mindestens 10 % im Vergleich zum Vormonat (ohne Sonderzahlung/Bonus);
- Erhalt der Prokura;
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung;
- Finanzierung (Immobilienwerb oder Finanzierung im gewerblichen Bereich) mit einer Finanzierungssumme von mindestens 25.000,00 EUR;
- Wegfall des Invaliditätsschutzes aus der gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund einer Gesetzesänderung;
- bei Selbstständigen, Angehörigen der freien Berufe und Handwerkern: Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus einem berufständischen Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung.



Der Wechselantrag und alle erforderlichen Nachweise müssen uns auf Ihre Kosten binnen 12 Monaten ab dem Ereignis in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugegangen sein. Außerdem müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die versicherte Person hat das 46. Lebensjahr noch nicht vollendet. Maßgeblich ist nicht der Zeitpunkt der Beantragung, sondern der Wechseltermin.
- Das Ereignis tritt erst nach dem Versicherungsbeginn ein.
- Bei dem das Wechselrecht begründenden Ereignis wird keine Leistungserhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie nach § 15 Absätze 2 und 3 vorgenommen.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung des Wechsels ist die versicherte Person weder berufsunfähig noch berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit noch ist ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung des Wechsels besteht für die versicherte Person weder eine teilweise oder volle Erwerbsminderung noch ist ein entsprechender Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden noch wird eine Erwerbsminderungsrente bezogen.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung des Wechsels ist weder ein Versicherungsfall im Sinne einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung eingetreten noch ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Die versicherte Person war innerhalb der letzten 12 Monate vor Stellung des Wechselantrags nicht länger als 2 Wochen durchgehend arbeitsunfähig.

b) Beitragsfreie Versicherungen vor Rentenbezug (nicht leistungspflichtige Versicherung)

Beitragsfreie Versicherungen (nicht jedoch Versicherungen nach Ablauf der Beitragszahlungsdauer, wenn bei Ablauf der Beitragszahlungsdauer die Überschussbeteiligung in Form einer Bonusrente vereinbart war) erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent eines zum Ende des Versicherungsjahres eventuell vorhandenen Deckungskapitals. Ist zum Ende eines Versicherungsjahres kein Deckungskapital vorhanden, erhält die beitragsfreie Versicherung für dieses Jahr keine laufenden Überschüsse. Die laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt oder bei Vereinbarung von Invest-Bonus in einem Investmentfonds bzw. in einem Fondsdepot bzw. Managed Fund angelegt.

War zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer Bonusrente vereinbart, gilt diese Überschussverwendung auch für die beitragsfreie Zeit vor Rentenbezug.

c) Versicherungen während eines Rentenbezugs (leistungspflichtige Versicherung)

Für Zeiten des Rentenbezugs gutgebrachte Überschussanteile bewirken zusätzlich zur garantierten Rentensteigerung (falls diese vereinbart wurde) eine jährliche Steigerung der fälligen Berufsunfähigkeitsrente (gegebenenfalls einschließlich Bonusrente). Die Erhöhung aus der Überschussbeteiligung erfolgt zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens nach einem vollen Rentenbezugsjahr.

d) Bewertungsreserven (nicht leistungspflichtige und leistungspflichtige Versicherungen)

Werden die Überschüsse verzinslich angesammelt, hat Ihr Vertrag nach Absatz 3 Buchstabe b Anspruch auf Bewertungsreserven.

e) Bei Vertragsbeendigung

Bei Vertragsbeendigung (Ablauf, Kündigung oder Tod der versicherten Person) werden gegebenenfalls vorhandene verzinslich angesammelte Überschussanteile und die zugehörige Beteiligung an den Bewertungsreserven bzw. bei Vereinbarung von Invest-Bonus der Zeitwert der Fondsanteile ausgezahlt. Zusätzlich wird der Überschussanteil des laufenden Versicherungsjahres anteilig bis zum Abrechnungstermin der beitragsfreien Versicherung gutgebracht.

(6) Aufgrund eines ungünstigen Risikoverlaufs kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem in den Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 13 Absätze 2 und 3 sowie § 14).

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit bzw. spezielle Beeinträchtigung verursacht ist

a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Abweichend hiervon leisten wir jedoch bei vorsätzlichen Verstößen der versicherten Person im Straßenverkehr, wenn diese keinerlei unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit Alkohol- oder Drogenkonsum haben ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rausdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge (Medikamenten)).

Wir leisten zudem bei allen einfach und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr);

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

c) durch folgende Handlungen, die durch Sie und/oder den insoweit Anspruchsberechtigten (z. B. Bezugsberechtigter, Abtretungsgläubiger) und/oder die versicherte Person vorgenommen wurden:

- absichtliche Herbeiführung von Krankheit der versicherten Person;
- absichtliche Herbeiführung von Kräfteverfall der versicherten Person;
- absichtliche Verletzung des Körpers der versicherten Person;
- absichtliche Herbeiführung einer speziellen Beeinträchtigung (§ 2 Absatz 9) der versicherten Person;
- versuchte Tötung bzw. Selbsttötung.

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Handelnde diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung



mung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat;

d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie oder der insoweit Anspruchsberechtigte (z. B. Bezugsberechtigter, Abtretungsgläubiger) oder die versicherte Person vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben bzw. hat;

e) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu ihrer Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbaren Einrichtung nötig ist;

f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

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 der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

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

(1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) 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 - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

(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 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 trotzdem 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 vorstehenden Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erfolgt keine Zahlung eines Rückkaufswerts. Auch eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen. Eventuell vorhandene Überschüsse und Bewertungsreserven werden ausgezahlt (siehe § 3 Absatz 5).

Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Auf dieses Kündigungsrecht (§ 19 Absätze 3 und 4 VVG) verzichten wir, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos war.

(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 er sich nach Maßgabe des § 18 in eine prämienfreie Versicherung um. Wird der in § 18 Absatz 1 genannte Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr).



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. Auf dieses Änderungsrecht verzichten wir, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos war.

(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 Gefahrabsicherung 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 (z. B. Papierform, E-Mail) 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 geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Anzeigepflichtverletzung, 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 5 Jahren seit Vertragsschluss 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 10 Jahre.

Anfechtung

(17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags 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.

Irrtümliche Risikoeinschätzung

(18) Wir halten uns an unsere Erklärung gebunden, mit der wir den Antrag angenommen haben, wenn der für die Entscheidung zuständige Sachbearbeiter das Risiko falsch eingeschätzt oder die Angaben des Antragstellers nicht berücksichtigt hat.

Nachgewiesene Abrechnungsdiagnosen

(19) Fehlerhafte Patientendokumentationen von Ärzten und Kliniken sowie fehlerhafte Krankenversicherungsauskünfte gehen nicht zu Ihren Lasten. Wenn Sie nachweisen, dass Umstände (z. B. Diagnosen, Arbeitsunfähigkeits-Zeiträume) von Dritten (Ärzte, Kliniken, Krankenkassen, etc.) fehlerhaft dokumentiert bzw. gespeichert wurden und die Daten nicht den Tatsachen entsprechen (z. B. andere Erkrankung, anderer Befund), so werden wir auf die fehlerhaften Daten weder einen Rücktritt noch eine Kündigung noch eine Vertragsänderung noch eine Anfechtung stützen.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(20) Die Absätze 1 bis 19 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teiles neu.

Erklärungsempfänger

(21) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Befinden Sie sich in einem seiner Natur nach nicht nur vorübergehenden, die freie Willensbildung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit, gilt ein Bezugsberechtigter für die Erlebensfallleistungen als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen, in Ermangelung eines solchen ein für die Todesfallleistung Bezugsberechtigter.

Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein für die Todesfallleistung Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist in den Fällen der Sätze 2 und 3 kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber eines als Urkunde ausgestellten Versicherungsscheins (siehe § 11 Absatz 1) als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 7 Welche Anzeige- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten und welche Folgen hat eine Pflichtverletzung?

Anzeige des Versicherungsfalls

(1) Für die Anzeige des Versicherungsfalls und die Beantragung von Leistungen besteht keine Meldefrist.

Wenn Sie uns später informieren, leisten wir deshalb gegebenenfalls bereits rückwirkend von Beginn der Sechs-Monats-Frist an (siehe § 2 Absatz 1).

(2) Eine frühzeitige Anzeige des Versicherungsfalls verringert bzw. vermeidet etwaige Feststellungsschwierigkeiten in Bezug auf unsere Leistungspflicht.



Mitwirkungspflichten

Nach der Anzeige des Versicherungsfalls beginnen wir mit unseren Erhebungen und benötigen zu deren Durchführung Ihre Mitwirkung (siehe Absätze 3 bis 7). Ohne hinreichende Mitwirkung tritt in der Regel keine Fälligkeit der Versicherungsleistungen ein, und je nach dem Grad Ihres Verschuldens kann eine unterlassene Mitwirkung außerdem Ihren Versicherungsschutz gefährden (siehe Absätze 8 und 9).

Bitte kommen Sie den Mitwirkungspflichten deshalb in Ihrem eigenen Interesse nach. Im Folgenden erläutern wir Ihnen, welche Mitwirkungspflichten allgemein (Absatz 3) sowie bei Berufsunfähigkeit (Absatz 4), im Fall des Vorschusses bei Krebserkrankung (Absatz 5), bei Tod (Absatz 6) und bei Kündigung bzw. Vertragsablauf (Absatz 7) bestehen. Wir stellen Ihnen außerdem dar, welche Folgen eine Verletzung dieser Mitwirkungspflichten haben kann (Absätze 8 und 9).

(3) Zu operativen Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern und/oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, ist die versicherte Person nicht verpflichtet. Eine Nichtdurchführung einer solchen Operation steht unserer Leistungspflicht nicht entgegen.

Einfachen ärztlichen Empfehlungen muss die versicherte Person folgen.

Dies gilt für:

- Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Seh- oder Hörhilfen);
- Gefahrlose Heilbehandlungen, die nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und eine sichere Aussicht auf Verbesserung des Gesundheitszustands bieten. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, Diäten einzuhalten oder einen Suchtentzug vorzunehmen, selbst wenn dies vom behandelnden Arzt angeordnet wurde und medizinisch indiziert ist.

Klarstellung zu § 2 Absatz 10: Die fehlende Möglichkeit zur Besserung der hochgradigen Schwerhörigkeit bzw. der hochgradigen Sehbehinderung durch ein zumutbares Hilfsmittel (Hörgerät, Brille, Kontaktlinsen etc.) ist keine Mitwirkungspflicht (Obliegenheit), sondern tatbestandliche Voraussetzung des Versicherungsfalls der speziellen Beeinträchtigung. D. h., es liegt bereits kein bedingungsgemäßer Versicherungsfall vor, wenn eine (hypothetische) Verwendung des Hilfsmittels dazu führte, dass die Schwerhörigkeit bzw. die Sehbehinderung nicht mehr hochgradig im Sinne des § 2 Absatz 10 wäre.

(4) Berufsunfähigkeit, Wiedereingliederung, Umorganisation, spezielle Beeinträchtigung, Rehabilitation:

a) Wir sind befugt, die Leistungsvoraussetzungen unabhängig von Attesten und Bescheiden zu prüfen und weitere Erhebungen vorzunehmen. Hierzu sind Sie verpflichtet, uns die in den folgenden Absätzen genannten Unterlagen auf Ihre Kosten in deutscher Sprache bzw. in amtlich beglaubigter Übersetzung zur Verfügung zu stellen. Außerdem können wir verlangen, dass uns die Auskünfte nach § 22 vorgelegt werden.

Unabhängig davon können wir außerdem - allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Aus-

künfte und Aufklärungen, und zudem weitere Erhebungen selbst anstellen. Die versicherte Person hat sich durch von uns beauftragte Ärzte untersuchen zu lassen; der versicherten Person werden für die Anreise(n) und Wahrnehmung der Untersuchung(en) entstehende übliche Kosten, insbesondere übliche Reise- und Übernachtungskosten, erstattet; dies gilt auch, wenn sie ihren Wohnsitz im Ausland hat und von dort anreist. Weitere im Einzelfall notwendige Kosten übernehmen wir ebenfalls. Wir können verlangen, dass die Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt. Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, Großbritannien, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz, prüfen wir auf Ihren Wunsch hin, ob dort eine qualitativ gleichwertige Untersuchung möglich und eine Reise vermeidbar ist.

b) Bei Berufsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit und/oder spezieller Beeinträchtigung der versicherten Person sind uns auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

- der Versicherungsschein;
- eine Geburtsurkunde, die Namen und Geburtsort der versicherten Person enthält;
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. der speziellen Beeinträchtigung;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit. Wenn sich die versicherte Person im Ausland befindet, akzeptieren wir auch die Berichte eines dort tätigen Arztes;
- eine Beschreibung des Berufs der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über danach eingetretene Veränderungen;
- Nachweise über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit;
- bei Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung nach § 2 Absatz 5 zusätzlich eine amtlich beglaubigte Kopie oder das Original des unbefristeten Rentenbescheids, aus dem sich die volle Erwerbsminderung der versicherten Person allein aus medizinischen Gründen ergibt;
- eine Aufstellung der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte;
- eine Aufstellung über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person;
- bei Berufsunfähigkeit entsprechend § 2 Absatz 4 (Infektionsklausel) die behördliche Anordnung im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie.

c) Bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit sind uns auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich zu Buchstabe b einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- gegebenenfalls der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung sowie das dem Bescheid zugrunde liegende Gutachten;



- eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird.

d) Für die Rehabilitationshilfe sind uns zusätzlich einzureichen:

- Darstellung der Rehabilitationsmaßnahmen
- Kostenbelege (amtlich beglaubigte Kopien oder Originale)

(5) Vorschüsse bei Krebs

Für eine Vorschusszahlung bei Krebs nach § 1 Absatz 17 ist uns binnen 6 Monaten nach der ersten Diagnose ein onkologischer Bericht eines Facharztes oder der Entlassungsbericht des Krankenhauses mit folgendem Inhalt einzureichen:

- Zeitpunkt der ersten Diagnose
- Art und Ausbreitung der Krebserkrankung
- Behandlungsplan
- Umfang einer durchgeführten bzw. unmittelbar bevorstehenden Operation/Therapie
- voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die sich einer operativen Behandlung anschließt

Bitte beachten Sie: Wenn wir unsere Erhebungen zu den Vorschüssen bei Krebs abgeschlossen haben, sind dadurch in der Regel noch nicht unsere Erhebungen zum Versicherungsfall abgeschlossen. Wir stellen weitere Erhebungen an, an denen Sie weiter im Sinne der Absätze 1 bis 4 mitwirken müssen. Dies ist notwendig, damit die Erhebungen zur Feststellung der Berufsunfähigkeit abgeschlossen werden können und ein lückenloser Übergang zur Fälligkeit der Berufsunfähigkeitsleistungen gewährleistet ist.

(6) Im Todesfall der versicherten Person sind uns zur Auszahlung eines etwa vorhandenen Überschussguthabens (siehe § 3 Absatz 5) auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

- der Versicherungsschein;
- eine amtliche Sterbeurkunde, die Alter und Geburtsort der versicherten Person enthält.

(7) Bei Kündigung oder Vertragsablauf sind uns zur Auszahlung eines etwa vorhandenen Überschussguthabens (siehe § 3 Absatz 5) auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

- der Versicherungsschein;
- ein Nachweis über die letzte Beitragszahlung.

(8) Unsere Leistungen werden erst fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der in den Absätzen 3 bis 7 genannten Mitwirkungspflichten nicht erfüllen, kann dies unter anderem zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Verletzung der Mitwirkungspflicht kann somit unter anderem dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird, selbst wenn die Mitwirkung schuldlos unterbleibt. Bitte erfüllen Sie alle Mitwirkungspflichten deshalb zuvorderst in Ihrem eigenen Interesse.

(9) Solange eine Mitwirkungspflicht nach den Absätzen 3 bis 7 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchshebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Lei-

stung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) 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, bei Vereinbarung einer Karenzzeit jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit.

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

(1) Nach Eingang der zur Prüfung vorgelegten Unterlagen werden wir Ihnen innerhalb von 10 Arbeitstagen mitteilen, ob und in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen bzw. Sie über den Sachstand der Leistungsprüfung informieren.

Bis zur Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen werden wir Sie spätestens alle 4 Wochen über den Fortgang der Leistungsprüfung informieren. Wenn zur Leistungsentscheidung weitere Unterlagen notwendig sind, fordern wir diese unverzüglich an. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht erst nach Ablauf der Karenzzeit ab.

Liegen uns die Unterlagen für die Vorschusszahlungen nach § 2 Absatz 9 vollständig vor, entscheiden wir innerhalb von fünf Arbeitstagen, ob wir Vorschüsse nach § 1 Absatz 17 erbringen.

(2) Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (siehe § 1 Absätze 1 bis 3) zusagen, gilt dies jeweils zeitlich unbegrenzt. Wir sprechen dann keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus und leisten solange die versicherte Person berufsunfähig bzw. berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit ist oder bis diese Leistungen nach einem der in § 1 genannten Gründe enden.

(3) Bei unseren Leistungen wegen spezieller Beeinträchtigung nach § 2 Absatz 10 beträgt die Leistungsdauer 24 Monate. Unsere Leistungspflicht endet aus diesem Grund spätestens nach Ablauf dieser 24 Monate, ohne dass es einer Befristung unseres Anerkenntnisses bedürfte.

§ 9 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?

Nachprüfung

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und deren Grad oder das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit bzw. das Fortbestehen einer speziellen Beeinträchtigung nachzuprüfen. Dabei sind Gesundheitsveränderungen zu berücksichtigen. In Bezug auf eine Berufsunfähigkeit können wir auch erneut prüfen, ob die



versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne des § 2 ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht. Dabei sind neu erworbene berufliche Fähigkeiten und/oder neue Ausbildungen zu berücksichtigen.

Auch im Rahmen der Nachprüfung verzichten wir auf eine abstrakte Verweisung. Das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte.

Haben wir unsere Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit nach § 2 Absatz 4 infolge einer behördlichen Anordnung wegen Infektionsgefahr (vollständiges Tätigkeitsverbot) anerkannt, sind wir berechtigt nachzuprüfen, ob diese Anordnung nach wie vor gilt.

Haben wir unsere Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung nach § 2 Absatz 5 anerkannt, sind wir berechtigt nachzuprüfen, ob der maßgebliche Rentenbescheid nach wie vor gilt.

Mitwirkungspflichten

(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. Sie haben die Auskünfte zu erteilen und an den Untersuchungen mitzuwirken. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen.

Untersuchungen erfolgen durch von uns beauftragte Ärzte. Der versicherten Person werden für die Anreise(n) und Wahrnehmung der Untersuchung(en) entstehende übliche Kosten, insbesondere übliche Reise- und Übernachtungskosten, erstattet; dies gilt auch, wenn sie ihren Wohnsitz im Ausland hat und von dort anreist. Weitere im Einzelfall notwendige Kosten übernehmen wir ebenfalls. Wir können verlangen, dass die Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt. Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, Großbritannien, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz, prüfen wir auf Ihren Wunsch hin, ob dort eine qualitativ gleichwertige Untersuchung möglich und eine Reise vermeidbar ist.

Die Bestimmungen des § 7 Absätze 3 und 4 gelten entsprechend.

(3) Sie müssen uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen, wenn eine berufliche Tätigkeit aufgenommen wird bzw. sich diese ändert. Verbesserungen des Gesundheitszustandes müssen uns nicht ungefragt mitgeteilt werden.

Änderungen einer behördlichen Anordnung wegen Infektionsgefahr (§ 2 Absatz 4) sowie die Aufhebung und Änderungen des Rentenbescheids eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder eines berufsständischen Versorgungswerks (§ 2 Absatz 5) müssen Sie uns ebenfalls unverzüglich mitteilen.

Leistungsfreiheit

(4) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 1 und § 2 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) darlegen. Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit oder bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit bzw. wegen spezieller Beeinträchtigung können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern für den Vertrag noch Beitragszahlungspflicht besteht.

Unter den in § 1 Absatz 10 genannten Voraussetzungen zahlen wir Ihnen im Zuge der Einstellung die dort näher dargestellte Wiedereingliederungshilfe.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 9 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden 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 (z. B. Papierform, E-Mail) 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 sowie Nachträge in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) übermitteln. Stellen wir diese als Dokument in Papierform aus, liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.

(2) Den Inhaber der Urkunde des Versicherungsscheins 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 jeweilige Leistung erhält. Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie bzw. im Fall Ihres Todes eine etwa vorhandene Überschussbeteiligung an Ihre Erben.



Bezugsberechtigung

(2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter).

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor eine unwiderrufliche Bezugsberechtigung verfügt haben.

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

b) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

(3) Ansprüche auf Rentenleistungen können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung sonstiger Ansprüche rechtlich möglich ist, wird diese wirksam, wenn sie uns in Textform (z.B. Papierform, E-Mail) angezeigt wird.

Beitrag

§ 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach der ursprünglichen Vereinbarung monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen. (Falls Sie die Zahlweise Ihres Vertrags ändern möchten, bitten wir Folgendes zu beachten: Die Beiträge sind entsprechend der vereinbarten Zahlweise kalkuliert, so dass auch ein Zinseffekt berücksichtigt ist. Beispielsweise ist bei Umstellung von jährlicher auf monatliche Zahlweise der sich ergebende Monatsbeitrag höher als ein Zwölftel des Jahresbeitrags. Umgekehrt ist der Jahresbeitrag niedriger als 12 Monatsbeiträge.) Die Möglichkeit zur Zahlung eines Einmalbeitrags besteht nicht.

(2) Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Terminen fällig. Die Beiträge sind bis zum Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer zu bezahlen, längstens jedoch bis zum Eintritt des Leistungsfalls; bei Vertragsbeendigung aufgrund von Tod bis zur nächsten Beitragsfälligkeit.

Bei Vereinbarung einer Karenzzeit sind nach Eintritt der Berufsunfähigkeit die Beiträge noch bis zum Ablauf der Karenzzeit weiter zu bezahlen. Grundsätzlich ist die Beitragszahlung bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht fortzusetzen (siehe § 1 Absatz 16, dort auch zur Stundung).

(3) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (siehe Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, 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 nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

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

(5) Wenn eine Leistung fällig wird, werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

§ 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 - 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 Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) 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 auf Ihre Kosten in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 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 Versicherungsfalls 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.



Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 18 in eine prämienfreie Versicherung um. Wird der in § 18 Absatz 1 genannte Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr).

(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 Frist-ablauf.

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 Was gilt für Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen?

Im Folgenden informieren wir Sie darüber, welche Möglichkeiten Sie haben, um Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung oder mit vereinfachter Gesundheitsprüfung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf gültigen Annahmerichtlinien zu erhöhen.

- Dies ist durch planmäßige Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus möglich, die Sie bei Vertragsbeginn und unter bestimmten Umständen auch noch während der Vertragsdauer vereinbaren können. Für diese enthalten die Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus detaillierte Regelungen.
- Bei bestimmten Ereignissen besteht innerhalb von 12 Monaten ab dem Ereignis die Möglichkeit zu außerplanmäßigen Erhöhungen ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Voraussetzungen hierfür finden Sie in den Absätzen 2 und 5.
- Innerhalb der ersten 3 Jahre nach Versicherungsbeginn besteht auch ohne bestimmte Ereignisse einmalig die Möglichkeit zu einer außerplanmäßigen Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Voraussetzungen hierfür finden Sie in den Absätzen 3 und 5.
- Ist Ihr Vertrag mit vereinfachter Gesundheitsprüfung durch eine DOE zustande gekommen, besteht die Möglichkeit zu außerplanmäßigen Erhöhungen mit erneuter vereinfachter Gesundheitsprüfung. Die Voraussetzungen hierfür finden Sie in den Absätzen 4 und 5.
- Sollten Sie unsicher sein, welche Art der Gesundheitsprüfung Ihrem Vertrag zugrunde liegt, können Sie diese Information gern bei uns abfragen.
- Wünschen Sie unabhängig von diesen Voraussetzungen eine außerplanmäßige Erhöhung, prüfen wir gerne eine entsprechende Möglichkeit und nehmen dann eine erneute Risikoprüfung vor. Informationen hierzu finden Sie in Absatz 6.

Planmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung (NÜRNBERGER Plus)

(1) Haben Sie mit uns Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus vereinbart, erhöhen sich Beiträge und Leistungen planmäßig ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Erhöhung betrifft die versicherten Leistungen der Hauptversicherung bei Berufsunfähigkeit. Die detaillierten Regelungen finden Sie in den Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus.

Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie)

(2) Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

Sie haben bei folgenden, die versicherte Person betreffenden Ereignissen das Recht, innerhalb einer Frist von 12 Monaten ab dem Ereignis und vor Vollendung des 46. Lebensjahres der versicherten Person die Leistungen der Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf gültigen Annahmerichtlinien um maximal 50 % der zuletzt geltenden Monatsrente zu erhöhen.

Die Summe der bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten darf nach der Erhöhung die berufsspezifische Höchstsumme höchstens 2.500,00 EUR pro Monat (30.000,00 EUR pro Jahr) nicht übersteigen:

- Eintritt der Volljährigkeit;
- Heirat;
- Ehescheidung bzw. Löschung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
- Tod des Ehepartners bzw. des eingetragenen Lebenspartners;
- Geburt oder Adoption eines Kindes oder Beendigung der Elternzeit (mit der Besonderheit, dass die Erhöhung innerhalb von 12 Monaten ab dem Ende der für dieses Kind genommenen Elternzeit verlangt werden kann);
- Existenzgründung (Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit im Hauptberuf, z. B. Praxis-/Kanzleigründung bzw. -übernahme) in den ersten 10 Jahren der Versicherungsdauer. Die zeitliche Einschränkung von 10 Jahren gilt nicht für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Rechtsanwälte, Notare, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer;
- erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung;
- Aufnahme der beruflichen Tätigkeit nach Erreichen eines akademischen Abschlusses;
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen) eines Akademikers, der eine seiner Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt;
- erfolgreicher Abschluss einer Höherqualifikation (z. B. Weiterbildung zum Fach-/Betriebswirt oder Techniker, Meisterprüfung);
- Erhöhung des regelmäßigen Bruttomonatseinkommens aus nicht-selbstständiger Tätigkeit
 - um mindestens 250 EUR oder
 - um mindestens 10 %im Vergleich zum Vormonat (ohne Sonderzahlung/Bonus);
- Erhalt der Prokura;
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung;
- Finanzierung (Immobilienwerb oder Finanzierung im gewerblichen Bereich) mit einer Finanzierungssumme von mindestens 25.000,00 EUR;
- Wegfall des Invaliditätsschutzes aus der gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund einer Gesetzesänderung;
- bei Selbstständigen, Angehörigen der freien Berufe und Handwerkern: Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus einem berufständischen Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung.

Dieses Recht besteht nicht, wenn die Versicherung mit vereinfachter Gesundheitsprüfung (z. B. mit DOE) oder ohne Gesundheitsprüfung zustande gekommen ist.



Der Erhöhungsantrag und alle erforderlichen Nachweise müssen uns auf Ihre Kosten binnen 12 Monaten ab dem Ereignis in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugegangen sein. Die Erhöhung wird zum nächsten Monatsersten (mittags 12 Uhr) nach Zugang vorgenommen.

Für das Erhöhungsrecht maßgeblich ist das Alter der versicherten Person zum Erhöhungszeitpunkt. Zudem darf das betreffende Ereignis erst nach dem Versicherungsbeginn eingetreten sein.

Außerdem müssen die unter Absatz 5 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

(3) Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie

Der Versicherungsnehmer hat ohne besonderes Ereignis innerhalb der ersten 3 Jahre nach Versicherungsbeginn und vor Vollendung des 35. Lebensjahres der versicherten Person einmalig das Recht, die Leistung der Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf gültigen Annahmerichtlinien um maximal 50 % der zuletzt geltenden Monatsrente zu erhöhen.

Die Summe der bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten darf nach der Erhöhung die berufsspezifische Höchstsumme höchstens 2.500,00 EUR pro Monat (30.000,00 EUR pro Jahr) nicht übersteigen.

Dieses Recht besteht nicht, wenn die Versicherung mit vereinfachter Gesundheitsprüfung (z. B. mit DOE) oder ohne Gesundheitsprüfung zustande gekommen ist.

Die Erweiterung der Leistung muss mindestens 6 Monate vorher bei uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragt werden.

Für das Erhöhungsrecht maßgeblich ist das Alter der versicherten Person zum Erhöhungszeitpunkt. Zudem darf die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor Stellung des Antrags auf Leistungserhöhung nicht länger als 2 Wochen durchgehend arbeitsunfähig gewesen sein.

Außerdem müssen die unter Absatz 5 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung mit erneuter, vereinfachter Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie mit DOE)

(4) Der Versicherungsnehmer hat bei Berufsunfähigkeitsversicherungen, die mit vereinfachter Gesundheitsprüfung im Rahmen einer Dienstobliegenheitserklärung (DOE) zustande gekommen sind, das Recht, die Leistung der Berufsunfähigkeitsversicherung mit erneuter DOE im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf und für die DOE gültigen Annahmerichtlinien zu erhöhen. Es müssen die unter Absatz 5 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

(5) Weitere Voraussetzungen und Regelungen für Erhöhungen nach den Absätzen 2, 3 und 4:

- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung ist die versicherte Person weder berufsunfähig noch berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit noch ist ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.

- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung besteht für die versicherte Person weder eine teilweise oder volle Erwerbsminderung noch ist ein entsprechender Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden noch wird eine Erwerbsminderungsrente bezogen.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung ist weder ein Versicherungsfall im Sinne einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung eingetreten noch ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.

Die gesamte Monatsrente aller auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-(Zusatz)versicherungen (auch bei anderen Gesellschaften) darf nach erfolgter Leistungserhöhung 80 % des Bruttoeinkommens der versicherten Person nicht übersteigen. Maßgeblich ist das durchschnittliche Bruttoeinkommen in den letzten 3 vollen Kalenderjahren vor dem Jahr der Erhöhung. Bei Berufsanfängern, die noch keine 3 vollen Kalenderjahre gearbeitet haben, ist das aktuelle Bruttogehalt maßgeblich. Bei Personen, die länger als 1 Jahr keine berufliche Tätigkeit ausgeübt und dann seit dem Wiedereinstieg noch keine vollen 3 Kalenderjahre gearbeitet haben, ist das durchschnittliche Bruttoeinkommen seit dem Wiedereinstieg maßgeblich. Eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie errechnet sich nach dem Erhöhungsbeitrag, nach dem Alter der versicherten Person zum Erhöhungstermin, der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, wobei der ursprüngliche Tarif herangezogen wird. Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, werden ihre garantierten Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht; hierbei verwenden wir ebenfalls immer den ursprünglichen Tarif.

Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügungen, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung nach den Absätzen 2 und 3 setzt die Höchstfristen für einen Rücktritt oder eine Anfechtung wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung (siehe § 6) nicht erneut in Lauf. Es besteht kein Recht auf eine isolierte oder darüber hinausgehende Erhöhung einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung.

Die Erhöhungsbeiträge aus der Nachversicherung unterliegen auch künftigen planmäßigen Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus, soweit die Regelungen der Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus dem nicht entgegenstehen.

Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung mit erneuter vollständiger Risikoprüfung

(6) Wünschen Sie unabhängig von den Absätzen 1 bis 4 eine Erhöhung des Versicherungsschutzes, haben Sie hierauf keinen Rechtsanspruch. Wir werden Ihre Anfrage aber gerne prüfen. Es wird dabei unter anderem eine erneute Risikoprüfung stattfinden, und möglicherweise können wir Ihrem Wunsch dann allenfalls dadurch entsprechen, dass wir Ihnen den Neuabschluss eines zusätzlichen Versicherungsvertrags nach einem dann verkaufsoffenen Tarif anbieten.



Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

§ 16 Welche anderen Möglichkeiten als eine Kündigung oder eine Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Entnahme der Beiträge aus etwaigem Überschussguthaben

(1) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie beantragen, dass die Beiträge für die Versicherung aus dem Überschussguthaben bzw. aus den Fondsanteilen entnommen und verrechnet werden, solange das Überschussguthaben bzw. der Wert der Fondsanteile hierfür ausreicht. Der Verrechnungswunsch muss mit uns vor Beginn in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) vereinbart werden und kommt im vorliegenden Tarif nur dann in Betracht, wenn als Überschussverwendung "verzinsliche Ansammlung" oder "Invest-Bonus" vereinbart war. Das Überschussguthaben bzw. die Anzahl der Fondsanteile wird entsprechend gemindert.

Befristete Umwandlung mit automatischer Wiederinkraftsetzung

(2) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie beantragen, für maximal 12 Monate die Beitragszahlung auszusetzen. Dies muss mit uns vor Beginn in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) vereinbart werden und hat zur Voraussetzung, dass die herabgesetzte prämienfreie Jahresrente den Mindestbetrag von 1,00 EUR nicht unterschreitet.

Ihr Vertrag wird für 12 Monate befristet im Sinne des § 18 umgewandelt. In dieser Zeit besteht nur reduzierter Versicherungsschutz in Höhe der prämienfreien Monatsrente nach Maßgabe des § 18. Nach 12 Monaten werden der volle Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und die Beitragspflicht automatisch wieder in Kraft gesetzt. Sie können zudem jederzeit binnen der 12 Monate in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragen, dass die Wiederinkraftsetzung bereits früher zum Beginn des nächsten Versicherungsmonats erfolgt. Die automatische Wiederinkraftsetzung erfordert eine Vertragsänderung. Nach der Wiederinkraftsetzung ist in der Regel ein höherer Beitrag erforderlich. Alternativ kann der Vertrag auch mit der ursprünglichen Beitragshöhe wieder in Kraft gesetzt werden, wodurch sich der Versicherungsschutz reduziert. Sie haben auch die Möglichkeit, den nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelten Fehlbetrag zum Wiederinkraftsetzungstermin nachzuzahlen, sodass der volle Versicherungsschutz und die ursprüngliche Beitragshöhe beibehalten werden können.

Beitragspause

(3) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie mit einer Frist von einem Monat zur nächsten Beitragsfälligkeit in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragen, dass die Beitragszahlung in Form einer Beitragspause ausgesetzt wird.

Voraussetzung für die Durchführung der Beitragspause ist, dass

- Sie uns einen Termin mitteilen, zu dem Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen wollen,
- dieser Termin höchstens ein Jahr nach Beginn der Beitragspause liegt (zur Ausnahme bei Elternzeit siehe unten) und einem regulären Beitragsfälligkeitstermin entspricht,
- zum Beginn der Beitragspause keine Beitragsrückstände bestehen,
- die verbleibende Monatsrente den Mindestbetrag von 50,00 EUR nicht unterschreitet,

- die Beitragspause spätestens ein Jahr vor Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer endet,
- eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen nicht während der Beitragspause ablaufen und
- das Deckungskapital dieser Versicherung und eventuell eingeschlossener Zusatzversicherungen zum Beginn und zum Ende der Beitragspause positiv ist (zur Ausnahme bei Elternzeit siehe unten).

Wir ermitteln die Höhe des Deckungskapitals gemäß der in § 18 Absatz 2 beschriebenen Berechnungsweise. Ob das Deckungskapital für die beabsichtigte Dauer der Beitragspause ausreicht, teilen wir Ihnen auf Nachfrage gerne mit.

Wenn sich die versicherte Person während des gesamten Zeitraums der Beitragspause in Elternzeit befindet, darf der Termin, zu dem Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen wollen, bis zu 36 Monate nach Beginn der Beitragspause liegen. Zudem entfällt bei Elternzeit die Voraussetzung, dass das Deckungskapital zum Beginn und zum Ende der Beitragspause positiv sein muss.

Durch die Gewährung der Beitragspause entsteht eine beitragsfreie Zeit.

Eine Beitragspause ist mehrmals und immer nur für den gesamten Vertrag möglich. Zwischen den einzelnen Beitragspausen muss mindestens ein Beitrag wieder gezahlt werden.

Mit Beginn der Beitragspause werden Ihre Versicherungsleistungen nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet. Diese Berechnung erfolgt unter Zugrundelegung der für die Dauer der Beitragspause ausgesetzten Beiträge und führt zu einer Reduzierung der Versicherungsleistungen. Die daraus resultierenden neuen Leistungen sind in der Regel höher als bei der in § 18 beschriebenen Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung, da wir davon ausgehen, dass Sie die Beitragszahlung nach Ablauf der Beitragspause wieder aufnehmen.

Die Überschussbeteiligung während der Beitragspause erfolgt wie bei einer beitragsfreien Versicherung, außer es handelt sich um einen Vertrag mit Überschussverwendung „Bonusrente“. Ist zu Beginn der Beitragspause die Überschussvariante "Abzug vom Beitrag" vereinbart, wird sie für die Dauer der Beitragspause auf "verzinsliche Ansammlung" umgestellt.

Nach dem Ende der Beitragspause wird der Vertrag mit der bisherigen Beitragshöhe fortgeführt und es gelten die oben beschriebenen reduzierten Leistungen.

Sind planmäßige Erhöhungen der Beiträge und Leistungen nach NÜRNBERGER Plus vereinbart, so entfallen diese Erhöhungen während einer Beitragspause. Endet die Beitragspause zum Ende eines Versicherungsjahres, entfällt auch diese Erhöhung. Die nächste Erhöhung findet zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres statt.

Außerplanmäßige Erhöhungen (siehe § 15 Absätze 2 bis 6) sind während einer Beitragspause nicht möglich.

Sonstige Möglichkeiten

(4) Darüber hinaus werden wir Sie bei bestehenden Zahlungsschwierigkeiten auf Wunsch über weitere Möglichkeiten zum Erhalt des Versicherungsschutzes schriftlich informieren.



§ 17 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistungen erbringen wir?

Kündigung

(1) Sie können Ihren Vertrag jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr) kündigen. Die Kündigung hat in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu erfolgen.

Sie können Ihren Vertrag auch teilweise kündigen, wenn der verbleibende Jahresbeitrag den Mindestbetrag von 120,00 EUR und die verbleibende beitragspflichtige Monatsrente den Mindestbetrag von 50,00 EUR nicht unterschreitet. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, hat das zur Folge, dass Ihre Teilkündigung unwirksam ist. Wenn Sie in diesem Fall Ihren Vertrag beenden wollen, müssen Sie ihn also ganz kündigen.

Vertragsbeendigung und Auszahlung der Überschussbeteiligung

Bei Kündigung endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr). Es erfolgt keine Zahlung eines Rückkaufwerts. Falls als Überschussverwendung "verzinsliche Ansammlung" oder "Invest-Bonus" vereinbart war, werden jedoch - wenn und soweit vorhanden - Leistungen aus den Überschüssen und Bewertungsreserven als einmalige Kapitalleistung ausbezahlt. Die Auszahlung ist durch den Versicherungsnehmer zu beantragen.

Keine Beitragsrückzahlung

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

§ 18 Wann können Sie Ihren Vertrag in eine prämienfreie Versicherung umwandeln und welche Auswirkungen hat dies?

Umwandlung

(1) Anstelle einer Kündigung können Sie bei einer beitragspflichtigen Versicherung verlangen, dass die Versicherung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr) in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt wird.

Dies ist in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu beantragen. Voraussetzung der Umwandlung ist, dass die herabgesetzte prämienfreie Jahresrente den Mindestbetrag von 1,00 EUR nicht unterschreitet.

Wird der Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr).

Bitte prüfen Sie vor der Beantragung, ob Ihrem tatsächlichen Interesse nicht durch eine der in § 16 genannten Möglichkeiten besser entsprochen werden kann. Die Umwandlung hat zwar unter anderem zur Folge, dass Sie für die Zukunft keine Beiträge mehr zahlen müssen. Gleichzeitig verringert sich aber der Versicherungsschutz.

Nach der Umwandlung haben Sie an sich keinen Anspruch auf Wiederinkraftsetzung der Versicherung. Wir können deshalb eine Wiederinkraftsetzung ablehnen oder an Bedingungen knüpfen, beispielsweise daran, dass sich Ihr Gesundheitszustand seit Vertragschluss nicht verschlechtert hat. Details zu Wiederinkraftsetzungen finden Sie in Absatz 5.

(2) Die prämienfreie Versicherungsleistung wird von uns nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den nach Absatz 1 maßgeblichen Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Deckungskapitals der Versicherung berechnet; Beitragsrückstände werden abgesetzt. Bei der Berechnung des Deckungskapitals wenden wir bis zur Höhe des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten das sogenannte Zillmerverfahren an. Mindestens legen wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Jahre der Versicherungsdauer ergibt. Trägt die vereinbarte Beitragszahlungsdauer weniger als 5 Jahre, werden diese Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die vereinbarte Beitragszahlungsdauer verteilt. Einen Stornoabzug nehmen wir nicht vor.

Beachten Sie bitte: Die Bildung eines Kapitals ist kein Vertragszweck Ihrer Versicherung. Das sogenannte Deckungskapital einer Berufsunfähigkeitsversicherung erreicht bei bestimmten Vertragsgestaltungen nie einen positiven Wert. Wenn ein positiver Wert entsteht, dann nur vorübergehend, und zwar nur aus den Beitragsteilen, die nicht sofort zur Bestreitung der Leistungsfälle sowie zur Abdeckung der Abschluss- und Verwaltungskosten benötigt werden und für die Finanzierung der noch ausstehenden Leistungen bestimmt sind. Das Deckungskapital dient nur dazu, die Höhe des Bruttobeitrags möglichst konstant zu halten. Die für die Bildung des Deckungskapitals zur Verfügung stehenden Beitragsteile sind gemessen an den gezahlten Beiträgen während der gesamten Vertragslaufzeit sehr gering. Mit Ablauf der Versicherung ist das Deckungskapital deswegen stets wieder völlig aufgebraucht.

(3) Bei einer Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung vermindern sich alle Leistungen in gleicher Weise wie die Monatsrente. Die Regelungen aus § 1 gelten nach einer Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung entsprechend vermindert. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung vereinbart haben, gilt für die garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn bei einer umgewandelten Versicherung ebenfalls der in den Allgemeinen Vertragsdaten genannte Prozentsatz.

Teilweise Umwandlung

(4) Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist nur möglich, wenn der verbleibende Jahresbeitrag den Mindestbetrag von 120,00 EUR und die verbleibende beitragspflichtige Monatsrente den Mindestbetrag von 50,00 EUR nicht unterschreitet. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, hat das zur Folge, dass Ihr Umwandlungsantrag unwirksam ist. In diesem Fall müssen Sie die vollständige Umwandlung beantragen.

Wiederinkraftsetzung

(5) Eine Wiederinkraftsetzung der prämienfreien Versicherung ist innerhalb von 3 Jahren nach erfolgter Umwandlung möglich und von einer erneuten Risikoprüfung abhängig.



Die Wiederinkraftsetzung erfordert eine Vertragsänderung und ist in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu beantragen. Dabei gelten diejenigen Rechnungsgrundlagen, die der Vertrag zum Zeitpunkt der Umwandlung hatte. Nach einer Wiederinkraftsetzung ist in der Regel ein höherer Beitrag erforderlich. Alternativ kann der Vertrag auch mit der ursprünglichen Beitragshöhe wieder in Kraft gesetzt werden, wodurch sich der Versicherungsschutz reduziert. Sie haben auch die Möglichkeit, den nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelten Fehlbetrag zum Wiederinkraftsetzungstermin nachzuzahlen, sodass der volle Versicherungsschutz und die ursprüngliche Beitragshöhe beibehalten werden können.

Garantiewerte

(6) Eine Übersicht über die prämienfreien Renten ist in den Garantiewerten abgedruckt.

Kosten

§ 19 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind von Ihnen zu tragen und in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie um übrige in den Beitrag einkalkulierte 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) Wir wenden das sogenannte Zillmerverfahren an, nach dem 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 die Leistungen im Versicherungsfall und für die Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung nach § 25 Absatz 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 Absatz 3 VVG bestimmt ist. Der nach dem Zillmerverfahren zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten erforderliche Betrag ist auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt, die übrigen Kosten teils über die gesamte Beitragszahlungsdauer, teils über die gesamte Vertragslaufzeit.

(3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung einer prämienfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind. Die Kostenverrechnung gemäß Absatz 2 findet im Falle einer Prämienfreistellung jedoch nur eingeschränkt Anwendung, weil wir dann Mindestbeträge nach einer abweichenden Kostenverteilungs-

methode berechnen und die prämienfreie Rente gegebenenfalls entsprechend aufstocken (siehe § 18). Nähere Informationen zur prämienfreien Berufsunfähigkeitsrente können Sie den Garantiewerten entnehmen.

§ 20 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

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

- Erstellung von Ersatzurkunden oder Abschriften des Versicherungsscheins oder eines Nachtrags;
- schriftliche Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen;
- Mahnung und/oder Kündigung wegen Verzugs mit Folgebeiträgen;
- Rückläufer im Lastschriftverfahren;
- Durchführung von Vertragsänderungen;
- Adress-Recherche aufgrund nicht angezeigter Anschriftenänderung.

(2) Wir haben uns bei der Bemessung der im Produktinformationsblatt ausgewiesenen Pauschalen an dem bei uns regelmäßig entstehenden jeweiligen Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass der bei uns regelmäßig entstehende jeweilige Aufwand der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, werden wir die Pauschale entsprechend herabsetzen.

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 21 Was gilt, wenn sich Ihre Postanschrift und/oder Ihr Name ändern?

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung (z. B. Setzen einer Zahlungsfrist) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung 3 Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

§ 22 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und/oder Meldung von Informationen und/oder 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 derzeit beispielsweise alle Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit und/oder Steuerpflicht,
- der steuerlichen Ansässigkeit und/oder Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und
- der steuerlichen Ansässigkeit und/oder Steuerpflicht des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen derzeit insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steuer-Identifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach der derzeitigen Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie der FATCA-USA-Umsetzungsverordnung oder dem Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz 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 nach den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 24 Streitschlichtungsstelle, Aufsichtsbehörde und Gerichtsstand

Versicherungsombudsmann

(1) Wenn Sie als Verbraucher mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
beschwerde@versicherungsombudsmann.de
www.versicherungsombudsmann.de
Telefon 0800 3696000*
Fax 0800 3699000*
** kostenfrei aus dem deutschen Telefonnetz*

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Verbraucher, die diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform

<https://ec.europa.eu/consumers/odr/>

wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet. Für Fragen können Sie sich auch per E-Mail (info@nuernberger.de) an uns wenden.

Versicherungsaufsicht

(2) 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.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
poststelle@bafin.de
Telefon 0228 4108-0
Fax 0228 4108-1550

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

Gerichtsstand

Außerdem haben Sie die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung gilt:

(3) Für Klagen 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.

(4) Klagen 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.

(5) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen 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.

Begriffsbestimmungen

Allgemeine Vertragsdaten: Die Allgemeinen Vertragsdaten finden Sie im Versicherungsschein und gegebenenfalls in den Ihnen übermittelten Nachträgen. Diese Information weist unter anderem die versicherungstechnischen Daten sowie die vertraglichen Leistungen der Haupt- und etwaiger Zusatzversicherung(en) aus.

AVB: Damit sind diese Allgemeinen Bedingungen gemeint.



Beitragsfreie Versicherung: Die beitragsfreie Versicherung ist ein Oberbegriff, der unter anderem den Unterfall der prämienfrei umgewandelten Versicherung umfasst. Unter einer beitragsfreien Versicherung im Sinne dieser Bedingungen verstehen wir eine Versicherung, die in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt worden ist (siehe hierzu auch unten unter dem Stichwort "Prämienfrei umgewandelte Versicherung").

Während einer Beitragspause wird die Beitragszahlung nur ausgesetzt. Daher wird die Versicherung nicht als eine beitragsfreie Versicherung bezeichnet und geführt, sondern als beitragspflichtige Versicherung. Ist unsere Leistungspflicht und die damit verbundene Pflicht zur Beitragsbefreiung anerkannt oder gerichtlich festgestellt, hat der Versicherungsnehmer zwar keine Beiträge zu bezahlen, jedoch wird die Versicherung nicht als eine beitragsfreie Versicherung bezeichnet und geführt, sondern als leistungspflichtige Versicherung.

BetrAVG: Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung. Gelten die Regelungen des BetrAVG nicht für die versicherte Person, beispielsweise, weil sie kein Arbeitnehmer im Sinne des § 17 Absatz 1 oder Absatz 2 BetrAVG ist, so sind Bezugnahmen auf das BetrAVG, analog zu verstehen, ohne dass es auf den persönlichen Anwendungsbereich des BetrAVG ankommt.

Chemotherapie: Krebsbehandlung mit chemischen oder biologischen Substanzen, die die Teilung und Ausbreitung von Tumorzellen und das Wachstum sich schnell teilender Zellen verhindert oder verzögert (Zytostatika).

Deckungskapital: Das Deckungskapital Ihres Vertrags zu einem bestimmten Zeitpunkt ist ein Wert, der nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus den Beiträgen und Leistungen Ihres Vertrags in Abhängigkeit von der bis zu dem Zeitpunkt zurückgelegten Laufzeit ermittelt wird. Beachten Sie bitte dabei, dass die Kosten für den Abschluss des Vertrags, für das Einziehen der Beiträge und die Verwaltung Ihres Vertrags aus den Beiträgen bestritten werden. Somit kann nur der verbleibende Teil des Beitrags zur Bildung des Deckungskapitals verwendet werden.

Garantierte Rentensteigerung: Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung vereinbart haben, erhöht sich unsere Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung nach Eintritt eines Versicherungsfalles bis zu dessen Ende garantiert jährlich um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz. Mit dem Ende des Versicherungsfalles wird die Erhöhung auf Null gesetzt, das heißt bei Eintritt eines weiteren Versicherungsfalles beginnt die Rentenzahlung wieder mit der nicht erhöhten Rente und steigert sich von da aus neu bis zum Ende des weiteren Versicherungsfalles um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz.

Haben Sie keine garantierte Rentensteigerung vereinbart, ist dies in den Allgemeinen Vertragsdaten vermerkt; in diesem Fall erfolgt nach Eintritt eines Versicherungsfalles keine garantierte Rentensteigerung.

Invest-Bonus: Überschussverwendungsform, bei der die Überschüsse in einem Investmentfonds bzw. Fondsdepot bzw. Managed Fund angelegt werden. Haben Sie Invest-Bonus vereinbart, finden Sie weitere Einzelheiten dazu in den beigefügten Besonderen Bedingungen für den Invest-Bonus.

Karenzzeit: Während einer vereinbarten Karenzzeit (nicht möglich bei Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung) besteht kein

Anspruch auf Versicherungsleistungen, selbst wenn die versicherte Person berufsunfähig ist. Eine Karenzzeit beginnt mit Eintritt des Versicherungsfalles; sie ist gegebenenfalls in den Allgemeinen Vertragsdaten angegeben.

Krebs: Bösartiger Tumor (Krebs, Blutkrebs) gekennzeichnet durch ein Eindringen in umliegendes Gewebe sowie einer Tendenz, Metastasen zu bilden; nicht unter diese Definition fallen Carcinoma in situ (cis).

Leistungsdauer: Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird

Mitwirkungspflichten: Bei den Mitwirkungspflichten nach § 7 Absätze 3 bis 7 und § 9 Absätze 2 und 3 handelt es sich um sogenannte Obliegenheiten. Obliegenheiten sind Pflichten minderen Grades, deren Erfüllung wir nicht einklagen können. Deren Nichterfüllung gefährdet jedoch Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise und kann zu einem Rechtsverlust führen (siehe § 7 Absatz 9 und § 10) bzw. dazu, dass Versicherungsleistungen nicht fällig werden (siehe § 7 Absatz 8). Bitte erfüllen Sie die Obliegenheiten deshalb in Ihrem eigenen Interesse. Eine schnelle Erfüllung beschleunigt unsere Erhebungen und führt zu einer früher möglichen Leistungsentscheidung.

Monatsrente: Bei allen versicherten Renten handelt es sich um Monatsrenten. Werden in Informationen Jahresrenten ausgewiesen, handelt es sich dabei um die Summe aus 12 Monatsrenten.

Nachversicherungsgarantie: Sie haben unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung oder mit vereinfachter Gesundheitsprüfung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf zum Zeitpunkt der Erhöhung gültigen Annahmerichtlinien zu erhöhen. Beachten Sie hierzu bitte § 15 Absätze 2 bis 5.

NÜRNBERGER Plus: Haben Sie mit uns planmäßige Erhöhungen der Beiträge und Leistungen vereinbart (NÜRNBERGER Plus), beachten Sie bitte § 15 Absatz 1 sowie die dann Ihren Versicherungsbedingungen beigefügten Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus.

Palliative Therapie: Therapeutische Behandlung, die nicht auf die Heilung der Tumorerkrankung abzielt, sondern auf die Linderung der durch die Erkrankung ausgelösten Symptome.

Prämie: Ein anderes Wort für Versicherungsbeitrag

Prämienfrei umgewandelte Versicherung: Hierunter versteht man eine Versicherung, die ursprünglich gegen laufende Beitragszahlung abgeschlossen wurde und sodann umgewandelt worden ist. Der Versicherungsvertrag bleibt durch die Umwandlung als solcher bestehen, wird jedoch dahingehend umgestaltet, dass die Pflicht zur Beitragszahlung entfällt und sich unsere Leistungspflicht auf die prämienfreie Versicherungsleistung reduziert. Bitte prüfen Sie vor der Beantragung der Prämienfreistellung, ob Ihrem Interesse nicht durch eine der in § 16 genannten Möglichkeiten besser entsprochen werden kann.

Rehabilitationshilfe: Wir helfen Ihnen bei einem beruflichen Neustart und leisten eine einmalige Rehabilitationshilfe in Höhe von maximal 1.000,00 EUR (Details siehe § 1 Absatz 9 sowie § 7 Absatz 4 Buchstabe d).



Spezielle Beeinträchtigungen (ständiger Rollstuhlbedarf, hochgradige Schwerhörigkeit, hochgradige Sehbehinderung): Sollte eine solche Beeinträchtigung ausnahmsweise nicht bereits zu Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit führen, dann erbringen wir zumindest einmalig auf 24 Monate begrenzte Leistungen (Details siehe § 1 Absatz 5 sowie § 2 Absatz 10).

Strahlentherapie: Krebsbehandlung durch ionisierende Strahlung oder Teilchenstrahlung (Radiotherapie)

Umorganisationshilfe: Wir helfen Selbstständigen und Gesellschaftern bei einer beruflichen Umorganisation und leisten eine Umorganisationshilfe in Höhe von 6 monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten als einmalige Kapitalleistung, maximal 15.000,00 EUR (Details siehe § 2 Absatz 2).

Versicherte Person: Das ist die Person, auf deren Berufsunfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist. Sind Sie versicherte Person, aber nicht Versicherungsnehmer (z. B. weil Ihr Arbeitgeber die Versicherung abgeschlossen hat), dann sprechen wir Sie in den Bedingungen und anhängenden Textteilen nicht unmittelbar an. Die dort festgelegten Rechte und Pflichten betreffen nämlich vorrangig nur den Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner.

Versicherungsdauer: Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht

Versicherungsjahr: Damit ist der Zeitraum eines Jahres umfasst, beginnend jeweils an dem Monatsersten eines jeden Jahres, mittags 12 Uhr, der dem Datum des in den Allgemeinen Vertragsdaten dokumentierten "Ablaufs der Versicherung" entspricht.

Versicherungsmonat: Dieser dauert jeweils von einem Monatsersten, mittags 12 Uhr, bis zum nächsten Monatsersten, mittags 12 Uhr.

Versicherungsnehmer: Das ist die natürliche oder juristische Person bzw. rechtsfähige Personengesellschaft, die die Versicherung beantragt hat und unser Vertragspartner wird. Er wird als solcher in den Allgemeinen Vertragsdaten genannt.

Versicherungsperiode: Diese entspricht bei laufender Beitragszahlung dem Zeitraum zwischen zwei Beitragsfälligkeiten, beginnend und endend jeweils mittags 12 Uhr. Die Versicherungsperiode kann je nach vertraglich vereinbarter Beitragszahlweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr betragen. Die vereinbarte Beitragszahlweise ist in den Allgemeinen Vertragsdaten abgedruckt. Bei einer prämienfreien Versicherung und während einer Beitragspause entspricht eine Versicherungsperiode einem Versicherungsmonat.

Verzinsliche Ansammlung: Überschussverwendungsform, bei der die Überschüsse konventionell angelegt und einmal jährlich verzinst werden.

VVG: Versicherungsvertragsgesetz

Wiedereingliederungshilfe: Wir helfen bei einer beruflichen Wiedereingliederung und leisten eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten als einmalige Kapitalleistung, maximal 15.000,00 EUR (Details siehe § 1 Satz 6 sowie § 1 Absatz 10).

Zusatzversicherungen: Sofern Sie in Ihren Vertrag Zusatzversicherungen eingeschlossen haben, finden Sie dazu Regelungen in den entsprechenden Bedingungen zu den einzelnen Zusatzversicherungen, welche die AVB ergänzen und insoweit modifizieren.