

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer GarantieRente (CR22-13)

Inhaltsverzeichnis

Umfang und Leistung der Versicherung	1
§ 1 Garantien.....	1
§ 2 Unsere Leistungen im Überblick.....	2
§ 3 Unsere Leistungen im Einzelnen.....	2
§ 4 Leistungsausschlüsse - Leistungsbeschränkungen.....	15
§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes.....	16
Beiträge	17
§ 6 Beitragszahlung.....	17
Änderungen der Leistungen und Beiträge	17
§ 7 Ergänzungszahlung.....	17
§ 8 Zahlungsunterbrechung - Beitragsreduktion - Beitragsfreistellung.....	18
§ 9 Dynamische Erhöhungen Ihres Vertrages - Beitragserhöhungen ohne Risikoprüfung.....	20
§ 10 Außerplanmäßige Beitragserhöhungen.....	21
Überschussbeteiligung	24
§ 11 Überschussbeteiligung.....	24
Kosten und Gebühren	28
§ 12 Abschluss- und Vertriebskosten.....	28
§ 13 Gebühren.....	29
Kündigung und Teilauszahlung	30
§ 14 Rückkaufwert - Kündigung.....	30
§ 15 Teilauszahlung.....	31
§ 16 Policendarlehen.....	31
Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten, Mitwirkungspflichten	32
§ 17 Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages.....	32
§ 18 Nachweise im Leistungsfall.....	33
§ 19 Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Namensänderung, Umzug, Steuerpflicht im Ausland).....	37
Sonstige Regelungen	37
§ 20 Leistungsempfänger.....	37
§ 21 Bezugsberechtigung.....	37
§ 22 Abtretung - Verpfändung.....	38
§ 23 Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung.....	38
§ 24 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?.....	38
Anhang I: Definition der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit im Sinne einer Berufsunfähigkeit	40
Anhang II: Definition der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeoption	45
Anhang III: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)	48

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer GarantieRente (CR22-13)

Die Gothaer GarantieRente ist eine Rentenversicherung mit garantierten Leistungen und Schutz im Todesfall. Sie können auch einen Schutz bei Berufsunfähigkeit in Ihren Vertrag einschließen. Die Beitragsteile für den versicherten Schutz im Todesfall und bei Berufsunfähigkeit sowie Teile der »Kosten« entnehmen wir dem Vertragsguthaben. Alle wichtigen Informationen zu Ihrer Versicherung finden Sie auf den nächsten Seiten.

Beachten Sie bitte auch: In diesen Versicherungsbedingungen beschreiben wir Ihnen unsere Leistungen und wie diese geregelt sind. Ihr Vertrag muss nicht alle Leistungen umfassen. Welche Leistungen Sie mit uns vereinbart haben, finden Sie in Ihrer »Police«.

In diesen Bedingungen geht es auch um Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Krebs und Krankschreibung. Dabei sind diese Begriffe immer so zu verstehen, wie wir sie in diesen Bedingungen definieren. Mehr dazu finden Sie in Anhang I sowie in § 3 Abschnitte VII und VIII.

Einige wichtige Fachbegriffe haben wir »kursiv« hervorgehoben. Weil diese nicht immer leicht zu verstehen sind, finden Sie in Anhang III eine "Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)".

Noch ein Hinweis für Sie: Wir unterscheiden die **versicherte Person** und den **Versicherungsnehmer** voneinander: Sie sind Versicherungsnehmer, wenn Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch die versicherte Person. Sie können auch eine andere Person versichert haben. Dann sind Sie Versicherungsnehmer und die Person, für die Sie diesen Vertrag abgeschlossen haben, ist die versicherte Person.

Umfang und Leistung der Versicherung

§ 1 Garantien

- (1) Ihre Versicherung bietet Ihnen folgende »Garantieleistungen« zu Rentenbeginn:
 - ein garantiertes Vertragsguthaben (siehe Absatz 3) und
 - eine garantierte Mindestrente (siehe § 3 Abschnitt I.).
- (2) Vor Rentenbeginn besteht Ihr Vertragsguthaben aus dem garantierten Deckungskapital und dem Ertragskonto. Das garantierte Deckungskapital bilden wir aus Ihren »Sparbeiträgen«. Wir verzinsen es mit einem garantierten Zins. Die Höhe der »Sparbeiträge« und des garantierten Zinses kennen wir bereits bei Abschluss des Vertrags, so dass wir diesen Teil des Vertragsguthabens garantieren können. Das Ertragskonto ergibt sich aus »Überschüssen« (siehe § 11) und nicht verbrauchten Beitragsteilen für den Schutz im Todesfall. Die Höhe dieser Beitragsteile und der »Überschüsse« ist nicht vorhersehbar. Daher ist die Höhe des Ertragskontos nicht garantiert.
- (3) Wir garantieren Ihnen, dass zur Berechnung Ihrer Rente zum planmäßigen Rentenbeginn ein Kapital zur Verfügung steht, das mindestens so hoch ist wie die »beitragsbezogene Garantie«:

Die »beitragsbezogene Garantie« bestimmen wir zu Beginn des Vertrags so:

- Wir berechnen die Summe der für Ihren Vertrag vereinbarten Beiträge.
- Bei Abschluss des Vertrags vereinbaren wir mit Ihnen einen Anteil an den eingezahlten Beiträgen, der als »beitragsbezogene Garantie« bei Rentenbeginn garantiert ist. Diesen Prozentsatz multiplizieren wir mit der berechneten Summe der Beiträge.
- Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, ziehen wir von diesem Wert die Summe aller Beitragsteile für den Schutz bei Berufsunfähigkeit ab.

Wenn Sie den Vertrag später ändern, kann die »beitragsbezogene Garantie« auch von dem vereinbarten Prozentsatz der eingezahlten Beiträge abweichen. Wir werden Ihnen den neuen Wert dann mitteilen.

Zum Rentenbeginn bestimmen wir außerdem das vorhandene Vertragsguthaben. Wie wir das vorhandene Vertragsguthaben berechnen, beschreiben wir in § 3 Abschnitt I. Absatz 2.

Falls das so berechnete Vertragsguthaben kleiner ist als die »beitragsbezogene Garantie«, stocken wir das Vertragsguthaben auf den Betrag der »beitragsbezogenen Garantie« auf. Die Leistung ergibt sich dann aus dem so erhöhten Vertragsguthaben.

Bitte beachten Sie: Vor Rentenbeginn kann das Vertragsguthaben geringer sein als der gewählte Prozentsatz der eingezahlten Beiträge.
Den planmäßigen Rentenbeginn, den vereinbarten Prozentsatz und die »beitragsbezogene Garantie« finden Sie in Ihrer »Police«.

§ 2 Unsere Leistungen im Überblick

Unsere Leistung hängt davon ab, welchen Schutz Sie bei Abschluss des Vertrags mit uns vereinbart haben. Bitte sehen Sie in Ihrer »Police« nach, welche Leistungen genau versichert sind.

Diese Leistungen können versichert sein:

- Rente
- Kapital statt Rente
- Teilrente
- Leistung im Todesfall
- Kapitaloption während der »Rentengarantiezeit«
- Schutz bei Berufsunfähigkeit
- Leistungen bei Krankschreibung
- Leistungen bei Krebserkrankungen
- Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit
- Option auf Abschluss einer selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung

§ 3 Unsere Leistungen im Einzelnen

I. Rente

- (1) Ab dem Rentenbeginn zahlen wir Ihnen eine lebenslange Rente in Euro bis zum Tod der versicherten Person. Die Rente zahlen wir monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich, je nachdem welche Zahlungsweise Sie bei Beginn der Versicherung vereinbart haben.

Die Höhe der Rente bestimmen wir aus dem Vergleich der folgenden drei Werte:

- der Rente, die sich aus dem zu Rentenbeginn vorhandenen Vertragsguthaben und den zu Rentenbeginn aktuellen »Rechnungsgrundlagen« ergibt (siehe Absatz 2),
- der Rente, die sich aus dem zu Rentenbeginn vorhandenen Vertragsguthaben und dem »Mindestrentenfaktor« ergibt (siehe Absatz 3) und
- der garantierten Mindestrente (siehe Absatz 4).

Wir zahlen Ihnen den höchsten dieser drei Beträge als Rente.

- (2) Die Rente, die sich aus dem zu Rentenbeginn vorhandenen Vertragsguthaben und den zu Rentenbeginn aktuellen »Rechnungsgrundlagen« ergibt, bestimmen wir so:

Zum Rentenbeginn rechnen wir Ihr Vertragsguthaben in eine Rente um. Das Vertragsguthaben besteht dann aus

- dem garantierten Deckungskapital des Vertrags
- dem Ertragskonto,
- dem Schlussüberschussanteil (siehe § 11 Abschnitt III.) und
- der Beteiligung an den »Bewertungsreserven« (siehe § 11 Abschnitt V.).

Sollte das Vertragsguthaben zum Rentenbeginn kleiner sein als die »beitragsbezogene Garantie« (siehe § 1 Absatz 3), berechnen wir die Rente aus der »beitragsbezogenen Garantie«.

Bei der Berechnung der Rente verwenden wir die zu Rentenbeginn aktuellen

»Rechnungsgrundlagen«. Dabei berücksichtigen wir:

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

Die prozentuale Höhe der »Kosten« im Rentenbezug steht bereits zu Beginn des Vertrags fest. Sie finden den entsprechenden Prozentsatz in den weiteren Informationen in Ihren Angebotsunterlagen.

- (3) Ihrer »Police« können Sie einen »Mindestrentenfaktor« je 10.000 EUR Vertragsguthaben entnehmen, den wir Ihnen zum planmäßigen Rentenbeginn garantieren. Damit berechnen wir die Rente, die sich aus dem zu Rentenbeginn vorhandenen Vertragsguthaben und dem »Mindestrentenfaktor« er-

gibt. Das Vertragsguthaben bestimmen wir dabei so, wie in Absatz 2 beschrieben.
Für die Ermittlung des »*Mindestrentenfaktors*« je 10.000 EUR Vertragsguthaben verwenden wir folgende »*Rechnungsgrundlagen*«:

- einen Rechnungszins von 0 % und
- 85 % der Sterblichkeiten einer Sterbetafel für Rentenversicherungen, die auf der von der Deutschen Aktuarvereinigung e.V. veröffentlichten Sterbetafel DAV 2004R basiert.

Auch bei der Bestimmung des »*Mindestrentenfaktors*« rechnen wir »*Kosten*« ein. Der Prozentsatz dieser »*Kosten*« entspricht dem Prozentsatz der »*Kosten*« nach Absatz 2.

(4) Für die Ermittlung der garantierten Mindestrente verwenden wir als »*Rechnungsgrundlagen*«

- einen Rechnungszins von 0,25 % und
- eine Sterbetafel für Rentenversicherungen, die auf der von der Deutschen Aktuarvereinigung e.V. veröffentlichten Sterbetafel DAV 2004R basiert.

Auch bei der Bestimmung der garantierten Mindestrente rechnen wir »*Kosten*« ein. Der Prozentsatz dieser »*Kosten*« entspricht dem Prozentsatz der »*Kosten*« nach Absatz 2.
Die Höhe der garantierten Mindestrente finden Sie in Ihrer »*Police*«.

(5) Wenn die Rente nach Absatz 1 nicht mindestens 300 EUR jährlich beträgt, zahlen wir Ihnen das Vertragsguthaben aus und der Vertrag endet.

Rentenbeginn

(6) Mit der Zahlung der Rente beginnen wir am planmäßigen Rentenbeginn. Diesen Termin finden Sie in Ihrer »*Police*«. Auf Ihren Wunsch beginnen wir mit der Zahlung der Rente auch zu einem Monatsersten bis zu fünf Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn. Bitte informieren Sie uns spätestens zwei Wochen vor dem gewünschten Termin in »*Textform*«.

(7) Sie können den Beginn der Rentenzahlung flexibel auf einen Termin nach dem planmäßigen Rentenbeginn hinausschieben (Verlängerungsphase). Die Verlängerungsphase beginnt am planmäßigen Rentenbeginn. Für die Dauer der Verlängerungsphase gilt:

- Sie dürfen den Rentenbeginn um höchstens 15 Jahre hinausschieben.
- Die versicherte Person darf zum hinausgeschobenen Rentenbeginn höchstens 80 Jahre alt sein.

Während der Verlängerungsphase können Sie weiter Beiträge zahlen oder die Beitragszahlungen einstellen. Bitte informieren Sie uns spätestens eine Woche vor dem Beginn der Verlängerungsphase in »*Textform*«, wenn Sie den Rentenbeginn hinausschieben möchten.

Innerhalb der Verlängerungsphase kann die Rente zu jedem Monatsersten beginnen. Bitte informieren Sie uns spätestens zwei Wochen vor dem gewünschten Termin.

(8) Wenn Sie den Rentenbeginn vorverlegen (siehe Absatz 6) oder hinausschieben (siehe Absatz 7), berechnen wir die garantierte Mindestrente und den »*Mindestrentenfaktor*« neu. Dabei verwenden wir die in den Absätzen 3 und 4 genannten »*Rechnungsgrundlagen*«. Die Rente nach Absatz 1 zum neuen Rentenbeginn bestimmen wir dann mit den neuen Werten. Bitte beachten Sie: Die »*beitragsbezogene Garantie*« (siehe § 1 Absatz 3) erhöht sich in der Verlängerungsphase um die eingezahlten »*Sparbeiträge*«. Außerdem ändert sich die Todesfallleistung vor Rentenbeginn in der Verlängerungsphase (siehe Abschnitt IV, Absatz 1).

(9) Auch wenn Sie Ihren Rentenbeginn vorverlegen oder hinausschieben, können Sie anstelle der Rente die Auszahlung des Kapitals wählen. In diesem Fall gelten die Regelungen, die in Abschnitt II, beschrieben sind.

II. Kapital statt Rente

(1) Zum Rentenbeginn können Sie anstelle der Rente auch das Vertragsguthaben (siehe Abschnitt I, Absatz 2) ausgezahlt bekommen, wenn das Kapitalwahlrecht vereinbart ist. Auch in diesem Fall zahlen wir mindestens die »*beitragsbezogene Garantie*«. Ob das Kapitalwahlrecht vereinbart ist, können Sie Ihrer »*Police*« entnehmen. Sie können die Auszahlung eines Teils des Vertragsguthabens auch mit einer Rente kombinieren. Über die Einzelheiten informieren wir Sie gerne. Ihr Antrag auf Auszahlung des Kapitals muss uns mindestens sechs Wochen vor Rentenbeginn in »*Textform*« zugegangen sein.

- (2) Wenn Sie den Rentenbeginn vorverlegen (siehe Abschnitt I. Absatz 6), muss die Zeit zwischen dem Beginn des Vertrags und dem vorverlegten Rentenbeginn mindestens fünf Jahre betragen. Sonst ist weder die Auszahlung des gesamten Vertragsguthabens noch eine Kombination von Auszahlung und Rente möglich. Ihr Antrag muss uns in diesem Fall mindestens drei Monate vor Rentenbeginn zugegangen sein.
- (3) Wenn Sie Ihr Vertragsguthaben vollständig auszahlen lassen, endet Ihr Vertrag.

III. Teilrente

- (1) Auch vor dem planmäßigen Rentenbeginn können Sie aus Ihrem Vertragsguthaben Teilrenten erhalten. Dabei rechnen wir für jede Teilrente einen Teil Ihres Vertragsguthabens in eine Rente um. Die erste Teilrente kann frühestens fünf Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn beginnen. Weitere Teilrenten können nach Beginn der ersten Teilrente höchstens einmal pro Jahr beginnen.

Für die Einrichtung einer Teilrente zahlen Sie eine »Gebühr (siehe § 13).

Bitte beachten Sie: Die Summe aller Teilrenten entspricht voraussichtlich nicht der Höhe einer einmalig berechneten Rente zum planmäßigen Rentenbeginn.

- (2) Folgende weitere Bedingungen gelten für eine Teilrente:
 - Sie können die Teilrente frühestens nach Ablauf von fünf Vertragsjahren beantragen.
 - Wenn Sie eine Teilrente wünschen, müssen Sie uns dies mindestens zwei Wochen vor dem Monatsersten mitteilen, an dem die Teilrente beginnen soll.
 - Das verbleibende Vertragsguthaben muss mindestens so hoch sein wie ein Jahresbeitrag und mindestens 3.000 EUR betragen.
 - Die Höhe der Teilrente muss mindestens 300 EUR jährlich betragen.
 - Der späteste Teilrentenbeginn ist der planmäßige Rentenbeginn.
- (3) Wenn die erste Teilrente beginnt, stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei. Das bedeutet, Sie können für den restlichen Teil des Vertrags ebenfalls keine Beiträge mehr zahlen.
- (4) Die vereinbarte »Rentenzahlweise gilt auch für die Teilrente. Auch für die Teilrente kann eine »Rentengarantiezeit vereinbart werden.
- (5) Die garantierte Leistung im Todesfall verringert sich um den Betrag, aus dem die Teilrente gebildet wurde.
- (6) Wenn Sie eine Teilrente erhalten, reduzieren wir für den verbleibenden Teil des Vertrags die Mindestrente und die »beitragsbezogene Garantie zum planmäßigen Rentenbeginn. Wir informieren Sie über die reduzierten Werte.

IV. Leistung im Todesfall

vor Rentenbeginn

- (1) Wenn die versicherte Person vor Beginn der Rente verstirbt, zahlen wir vor dem planmäßigen Rentenbeginn den höheren der beiden folgenden Beträge:
 - das vorhandene Vertragsguthaben nach § 1 Absatz 2,
 - die bereits eingezahlten Beiträge. Wenn Sie eine oder mehrere Teilauszahlungen in Anspruch genommen haben, ziehen wir von diesem Betrag die Summe der ausgezahlten Beträge ab. Näheres zu Teilauszahlungen finden Sie in § 15.

Zusätzlich zahlen wir eine Beteiligung an den »Bewertungsreserven nach den gesetzlichen Bestimmungen (siehe § 11 Abschnitt V.).

Den Termin des vereinbarten planmäßigen Rentenbeginns finden Sie in Ihrer »Police.

In der Verlängerungsphase, das heißt nach dem planmäßigen Rentenbeginn (siehe Abschnitt I. Absatz 7), zahlen wir hingegen folgenden Betrag:

- das vorhandene Vertragsguthaben zuzüglich einer Beteiligung an den »Bewertungsreserven nach den gesetzlichen Bestimmungen (siehe § 11 Abschnitt V.).
- (2) Solange die versicherte Person jünger als sieben Jahre ist, zahlen wir im Todesfall höchstens die bei

Fälligkeit der Todesfallleistung gewöhnlichen Kosten für eine Beerdigung. Beachten Sie dazu § 150 Absatz 4 Versicherungsvertragsgesetz (»VVG). Die Höhe der gewöhnlichen Kosten für eine Beerdigung liegt aktuell (Stand 2021) bei 8.000 EUR.

nach Rentenbeginn

- (3) Wenn die versicherte Person innerhalb der vereinbarten »*Rentengarantiezeit*« verstirbt, zahlen wir die Renten, die bis zum Ende der »*Rentengarantiezeit*« fällig geworden wären, in einem Betrag (Abfindung). Ihr Vertrag endet dann mit der Auszahlung der Abfindung. Die Dauer der »*Rentengarantiezeit*« finden Sie in Ihrer »*Police*«.
- (4) Wenn die versicherte Person nach Ablauf der vereinbarten »*Rentengarantiezeit*« verstirbt, endet die Zahlung der Rente und der Vertrag.
- (5) Bis ein Jahr vor dem planmäßigen Rentenbeginn können Sie die zu Vertragsbeginn vereinbarte »*Rentengarantiezeit*« ändern. Wenn Sie den Rentenbeginn vorverlegen (siehe Abschnitt I. Absatz 6), können Sie die vereinbarte »*Rentengarantiezeit*« nur bis ein Jahr vor dem vorverlegten Rentenbeginn ändern. Bitte teilen Sie uns Ihren Änderungswunsch bis dahin in »*Textform*« mit. Wir berechnen dann die Höhe der versicherten Altersrente neu. Dabei berücksichtigen wir die geänderte »*Rentengarantiezeit*« und die Regelungen in Abschnitt I.
Wenn Sie Ihre »*Rentengarantiezeit*« verlängern, erhöht sich dadurch die Todesfallleistung ab Beginn der Rentenzahlung. Gleichzeitig verringert sich die garantierte Altersrente. Es gibt eine maximale Dauer der »*Rentengarantiezeit*«. Diese hängt vom Alter der versicherten Person zum Rentenbeginn ab.
Wenn Sie Ihre »*Rentengarantiezeit*« verkürzen, verringert sich dadurch die Todesfallleistung ab Beginn der Rentenzahlung. Gleichzeitig erhöht sich die garantierte Altersrente.

V. Kapitaloption während der Rentengarantiezeit

- (1) Unter bestimmten Bedingungen können Sie sich auch während der »*Rentengarantiezeit*« Teile Ihres Vertragsguthabens auszahlen lassen (Kapitaloption). Diese Bedingungen sind:
 - Sie haben bei Rentenbeginn die Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit (siehe Abschnitt IX.) nicht ausgeübt und
 - Sie haben als Leistung im Todesfall nach Rentenbeginn die »*Rentengarantiezeit*« mit Abfindung gewählt (siehe Abschnitt IV. Absatz 4).
- (2) Sie können die Kapitaloption frühestens zwei Jahre nach Rentenbeginn ausüben. Die Auszahlung erfolgt zu einem Zahlungszeitpunkt der Rente.
- (3) Sie können die Option mehrmals ausüben. Jedes Mal, wenn Sie die Option ausüben, ist ein Entgelt in Höhe von 4,5 % der Auszahlungssumme zuzüglich 50 EUR zu zahlen. Diesen Betrag entnehmen wir neben dem auszuzahlenden Betrag zusätzlich dem Deckungskapital des Vertrags.
- (4) Jede Auszahlung muss mindestens 1.000 EUR betragen.
- (5) Die Auszahlungssumme zuzüglich des in Absatz 3 genannten Betrags darf nicht höher sein, als jeder der beiden folgenden Beträge:
 - die Summe aller garantierten Renten, die während der restlichen Dauer der »*Rentengarantiezeit*« noch zu zahlen gewesen wären. In den garantierten Renten sind dabei auch Renten aus »*Überschüssen*« enthalten, die zum Zeitpunkt der Berechnung bereits garantiert sind.
 - das Deckungskapital des Vertrags.
- (6) Nach jeder Auszahlung berechnen wir die Rente neu. Dabei wenden wir die anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik an. Im Todesfall zahlen wir jedoch höchstens
 - die Todesfallleistung, die wir ausgezahlt hätten, wenn der Todesfall zum Zeitpunkt der Ausübung der Option eingetreten wäre,
 - abzüglich der Auszahlungssumme und des in Absatz 3 beschriebenen Betrags.
- (7) Wenn die neu berechnete garantierte Rente geringer ist als die Mindestrente von 300 EUR jährlich, so gilt:
 - wir zahlen auch das verbleibende Deckungskapital aus und
 - der Vertrag endet.

- (8) Sie müssen uns spätestens drei Monate vor dem gewünschten Auszahlungstermin in »*Textform* über Ihren Auszahlungswunsch informieren.

VI. Schutz bei Berufsunfähigkeit

- (1) Als Schutz bei Berufsunfähigkeit können Sie bei Vertragsabschluss vereinbaren:

- die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit und
- eine Berufsunfähigkeitsrente.

Welchen Schutz Sie mit uns vereinbart haben, finden Sie in Ihrer »*Police*.

Die Leistungen erhalten Sie bei

- Berufsunfähigkeit und
- Pflegebedürftigkeit im Sinne von Anhang I

der versicherten Person. Wie wir Berufsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen definieren, finden Sie in Anhang I.

Die Beitragsteile für den Schutz bei Berufsunfähigkeit entnehmen wir zu Beginn jedes Monats Ihrem Vertragsguthaben.

- (2) Die Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit erhalten Sie, wenn

- Sie den entsprechenden Schutz mit uns vereinbart haben und
- die versicherte Person innerhalb der für den jeweiligen Schutz vereinbarten »*Versicherungsdauer* zu mindestens 50 % berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen wird.

Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bedeutet, dass Sie keine Beiträge mehr zahlen müssen. Die Beitragsbefreiung gilt ab dem nächsten Fälligkeitstermin für eine Beitragszahlung nach dem Zeitpunkt, ab dem die versicherte Person berufsunfähig geworden ist. Ab dann zahlen wir die Beiträge für Ihre Altersrente. Das heißt: Ihre Altersrentenversicherung wird unverändert fortgeführt, als wäre die versicherte Person nicht berufsunfähig geworden. Hierfür müssen Sie jedoch keinen Beitrag mehr an uns zahlen. Außerdem wird eine eventuell vereinbarte Leistungsdynamik berücksichtigt (siehe Absatz 6).

Wenn Sie die Beiträge nicht monatlich zahlen, kann es sein, dass der Anspruch auf die Leistung (siehe Absatz 4) bereits vor dem nächsten Fälligkeitstermin entsteht. In diesem Fall erstatten wir Ihnen zu viel gezahlte Beitragsteile zurück.

Haben Sie eine Berufsunfähigkeitsrente versichert, so zahlen wir Ihnen die vereinbarte monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Rente. Die Zahlweise der Rente finden Sie in Ihrer »*Police*. Die Rente zahlen wir immer zu Beginn einer »*Rentenzahlungsperiode*. Eine »*Rentenzahlungsperiode* ist bei jährlicher »*Rentenzahlweise* der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden »*Stammtagen*. Bei halbjährlicher, vierteljährlicher oder monatlicher Zahlweise unterteilen wir diesen Zeitraum in halbe oder Vierteljahre oder in Monate. Beginnt die Zahlung der Rente an einem Termin, der nicht Beginn einer »*Rentenzahlungsperiode* ist, so zahlen wir die erste Rente anteilig für den Rest dieser »*Rentenzahlungsperiode*.

Ist der Grad der Berufsunfähigkeit geringer als 50 %, so erhalten Sie keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ausnahme: Sie erhalten unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit Leistungen, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von Anhang I ist (siehe Absatz 3).

Bitte beachten Sie: Die Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit erhalten Sie maximal während der verbleibenden »*Leistungsdauer*. Die »*Versicherungs-* und »*Leistungsdauer* finden Sie in der »*Police*. Für die Beitragsbefreiung und die Berufsunfähigkeitsrente können unterschiedliche »*Versicherungs-* und »*Leistungsdauern* gelten. Die Begriffe sind auch in der "Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)" erklärt. Bitte lesen Sie diese Informationen, sie sind sehr wichtig. Näheres dazu, wie lange wir die Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit zahlen, finden Sie in Absatz 7.

Falls

- Sie die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit, aber keine Berufsunfähigkeitsrente versichert und
- wir bei Abschluss des Vertrags auf eine »*Gesundheitsprüfung* verzichtet haben,

gibt es eine Wartezeit. Die Wartezeit beginnt mit dem Vertragsbeginn. Die Dauer der Wartezeit finden Sie in Ihrer »*Police*. Wird die versicherte Person innerhalb der Wartezeit berufsunfähig, so erhalten Sie keine Leistung aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit. In diesem Fall endet der Schutz bei

Berufsunfähigkeit. Den Teil des Beitrags, den Sie bisher für die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit gezahlt haben, verwenden wir ab diesem Zeitpunkt für die Altersrente. Diese Einschränkung der Leistung gilt nicht, wenn die Berufsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde. Ein Unfall ist ein plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkendes Ereignis, durch das die versicherte Person unfreiwillig in ihrer Gesundheit geschädigt wird. Der Unfall muss sich während der »*Versicherungsdauer* ereignet haben.

- (3) Wir leisten auch wie in Absatz 2 beschrieben, wenn die versicherte Person pflegebedürftig wird. Wie die Pflegebedürftigkeit in diesem Zusammenhang definiert ist, finden Sie in Anhang I Absatz 10 bis 13. Die Pflegebedürftigkeit gilt dann als Berufsunfähigkeit und wir zahlen die Leistungen unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit. Voraussetzung ist auch hier, dass

- Sie den jeweiligen Schutz bei Berufsunfähigkeit mit uns vereinbart haben und
- die Pflegebedürftigkeit in der »*Versicherungsdauer* eintritt, die wir für den Schutz bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben.

Auch die in Absatz 2 beschriebene Wartezeitregelung gilt entsprechend, wenn wir eine Wartezeit vereinbart haben.

- (4) Ab diesem Zeitpunkt haben Sie Anspruch auf die Leistungen:

- Der Monat, nachdem die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Sinne von Anhang I eingetreten ist.
- Frühestens zum Beginn des Schutzes bei Berufsunfähigkeit.

Wenn die versicherte Person berufsunfähig ist, leisten wir auch rückwirkend. Wir zahlen die Leistungen für die Zeit, für die Sie die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Sinne von Anhang I nachweisen. Voraussetzung ist, dass Sie uns die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit in »*Textform* melden. Wenn Sie für einen Zeitraum bereits Leistungen wegen Krankschreibung nach Abschnitt VII. erhalten haben, bekommen Sie für diesen Zeitraum keine rückwirkenden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Dasselbe gilt, wenn Sie bereits Leistungen wegen Krebs nach Abschnitt VIII. erhalten haben.

Wenn wir eine Wartezeit vereinbart haben (siehe Absatz 2) gilt: Wir leisten nicht, wenn der Beginn der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit in die Wartezeit fällt. Dies gilt auch dann, wenn Sie uns die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit erst später melden.

- (5) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente mit einer Karenzzeit vereinbart haben gilt:

- Wir zahlen die Berufsunfähigkeitsrente erst nach Ablauf der Karenzzeit.
- Die Karenzzeit beginnt mit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Sinne von Anhang I. Ihre Dauer in Monaten finden Sie in Ihrer »*Police*.
- Die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit (siehe Absatz 2 und 3) muss während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden haben und bei Ablauf der Karenzzeit noch andauern.

Wenn Sie bereits eine Karenzzeit für die Berufsunfähigkeitsrente wegen Krankschreibung (siehe Abschnitt VII. Absatz 5) zurückgelegt haben, rechnen wir diese für die Leistung wegen Berufsunfähigkeit an. Dies gilt allerdings nur, wenn die Berufsunfähigkeit die gleiche Ursache hat wie die Krankschreibung. Außerdem muss die Berufsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren, nachdem wir die Leistung wegen Krankschreibung eingestellt haben, eingetreten sein. Diese Regelung gilt sinngemäß auch für die Leistungen wegen Krebs (siehe Abschnitt VIII).

- (6) Bei Vertragsabschluss können Sie eine Leistungsdynamik vereinbaren. Das bedeutet: Wenn Sie eine Leistungsdynamik für die Beitragsbefreiung vereinbart haben und Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erhalten, gilt:

- Wir erhöhen jährlich die Beiträge, von deren Zahlung Sie befreit sind.
- Die Erhöhungen finden zu jedem »*Stammtag* statt, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt.
- Wir erhöhen die Beiträge um den vereinbarten Prozentsatz. Diesen finden Sie in Ihrer »*Police*. Dabei erhöhen wir jeweils den bisherigen, vor dem jeweiligen »*Stammtag* bestehenden Beitrag.
- Die Erhöhung der Beiträge führt dazu, dass sich die garantierte Mindestrente und die »*beitragsbezogene Garantie* erhöhen. Die neue versicherte Altersrente berechnen wir nach den versicherungsmathematischen Grundsätzen der Tarifkalkulation.
- Im Gegenzug entnehmen wir vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit einen höheren Beitragsteil aus dem Vertragsguthaben für den Schutz bei Berufsunfähigkeit als ohne Leistungsdynamik.
- Wenn die Berufsunfähigkeit wegfällt, müssen Sie wieder selber Beiträge zahlen. Die Höhe der

Beiträge fällt dann auf den Betrag, der vor Beginn der Beitragsbefreiung fällig war. Dadurch reduzieren sich auch die garantierte Mindestrente und die »beitragsbezogene Garantie«. Wenn Sie es wünschen, kann der Beitrag für die Altersrente aber auch auf dem erhöhten Stand bleiben. Hierfür verlangen wir keine neue »Risikoprüfung«. Die Beitragsteile für die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit erhöhen sich dann entsprechend.

Wenn Sie eine Leistungsdynamik für die Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben und Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erhalten, gilt:

- Wir erhöhen jährlich Ihre Berufsunfähigkeitsrente.
- Die Erhöhungen finden zu jedem »Stammtag« statt, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt. Wenn Sie eine Karenzzeit vereinbart haben, erfolgt die erste Erhöhung zum »Stammtag« nach Ablauf der Karenzzeit.
- Wir erhöhen die Berufsunfähigkeitsrenten um den vereinbarten Prozentsatz. Diesen finden Sie in Ihrer »Police«. Dabei erhöhen wir jeweils die bisherige, vor dem jeweiligen »Stammtag« gezahlte Berufsunfähigkeitsrente.
- Vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit entnehmen wir einen höheren Betrag aus dem Vertragsguthaben für den Schutz bei Berufsunfähigkeit als ohne Leistungsdynamik.
- Wenn die Berufsunfähigkeit wegfällt, endet die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente. Wenn die versicherte Person später erneut berufsunfähig wird, zahlen wir wieder die Berufsunfähigkeitsrente in der ursprünglich vereinbarten Höhe. Diese steigt dann in den folgenden Jahren wieder durch die Leistungsdynamik.

Wir werden Sie informieren, wenn die Leistungsdynamik beginnt und wenn wir die jährlichen Erhöhungen durchführen. Sie können den dynamischen Erhöhungen der Beitragsbefreiung oder der Rente nicht widersprechen.

(7) In folgenden Fällen beenden wir die Beitragsbefreiung und die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente:

- Die »Leistungsdauer« ist abgelaufen.
- Die versicherte Person ist verstorben.

Außerdem beenden wir unsere Leistungen, wenn die versicherte Person die Voraussetzungen aus den Absätzen 2 oder 3 nicht mehr erfüllt. Das bedeutet:

- die versicherte Person war berufsunfähig und der Grad der Berufsunfähigkeit sinkt unter 50 % oder
- die versicherte Person war pflegebedürftig im Sinne von Anhang I und es besteht nun keine Pflegebedürftigkeit mehr.

In beiden Fällen müssen Sie dann wieder Beiträge zahlen.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie den planmäßigen Rentenbeginn hinausschieben (siehe Abschnitt I.), verändern sich die »Versicherungs-« und »Leistungsdauer« des Schutzes bei Berufsunfähigkeit nicht. Wenn Sie den Rentenbeginn vorverlegen, endet Ihr Schutz bei Berufsunfähigkeit spätestens dann, wenn wir die erste Rente oder das Kapital (siehe Abschnitt II.) auszahlen. Dabei gilt folgende Ausnahme: Wenn Sie zum vorverlegten Rentenbeginn eine Rente wegen Berufsunfähigkeit erhalten, zahlen wir diese Rente neben der Altersrente weiter. Die Rente wegen Berufsunfähigkeit endet dann, wenn einer der oben genannten Fälle eintritt.

(8) Bis wir über die Anerkennung Ihres Antrags auf Leistung entschieden haben, stunden wir Ihre Beiträge zinslos. Das bedeutet, Sie müssen zunächst keine Beiträge zahlen. Wenn wir die Berufsunfähigkeit nicht anerkennen, müssen Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen. Falls Sie den Betrag nicht auf einmal bezahlen möchten, können wir auch vereinbaren, dass Sie ihn in Raten über maximal 24 Monate bezahlen. Sie können die Raten monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich zahlen. Wenn auch dies für Sie schwierig ist, sprechen Sie uns bitte an. Unter Umständen gibt es weitere Möglichkeiten, Ihnen die Nachzahlung der gestundeten Beiträge zu erleichtern. Dies kann beispielsweise die Herabsetzung der versicherten Leistung sein.

(9) Wenn wir die Leistung aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit beenden, informieren wir Sie in »Textform«. Das gilt, wenn keine Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % oder Pflegebedürftigkeit im Sinne von Anhang I mehr vorliegt. Ab diesem Zeitpunkt zahlen wir keine Rente mehr und Sie müssen wieder Beiträge zahlen. Wenn wir den Wegfall der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer Nachprüfung (siehe § 18 Abschnitt III. Absatz 9) festgestellt haben, gilt abweichend: Unsere Leistungen enden drei Monate, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben. Wenn es noch weitere Personen gibt, die Ansprüche auf Leistungen haben, informieren wir diese ebenfalls in »Textform«.

Wenn die versicherte Person wegen der ursprünglichen Ursache erneut berufsunfähig wird, leisten wir wieder bis zum Ende der »*Leistungsdauer*«. Dies gilt selbst dann, wenn die »*Versicherungsdauer*« bereits abgelaufen ist.

Nach Einstellung unserer Leistungen wegen Berufsunfähigkeit rechnen wir bereits zurückgelegte Karenzzeiten an, wenn

- die Berufsunfähigkeit wegen der ursprünglichen Ursache wieder eintritt und
- die vereinbarte »*Leistungsdauer*« für den Schutz bei Berufsunfähigkeit noch nicht beendet ist.

Wurden bereits Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund der ursprünglichen Ursache gewährt, so entsteht keine neue Karenzzeit.

- (10) Der Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit besteht weltweit.
- (11) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben, können Sie diesen Schutz auch nachträglich aus dem Vertrag ausschließen. Dies ist allerdings nur bis fünf Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn möglich. Bitte beachten Sie, dass wir in diesem Fall einen Abzug nach § 14 Absatz 5 vornehmen. Die Höhe des Abzugs finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen, beispielsweise in Ihrer »*Police*«. Wenn Sie die Berufsunfähigkeitsrente aus Ihrem Vertrag ausschließen, zahlen wir hierfür keinen »*Rückkaufswert*«. Im Gegensatz zur Berufsunfähigkeitsrente können Sie die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit nicht nachträglich aus dem Vertrag ausschließen.
- (12) Wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach Beginn des Vertrags ändert, müssen Sie uns das nicht mitteilen. Sie können in diesem Fall aber prüfen lassen, ob wir den neuen Beruf günstiger einstufen.

Für die Umstufung der beruflichen Tätigkeit gelten diese Voraussetzungen:

- Sie teilen uns den neuen Beruf der versicherten Person in »*Textform*« mit,
- die versicherte Person übt den Beruf seit mindestens einem Jahr aus, und
- die versicherte Person hat das 51. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Wir prüfen dann die Gesundheit und Sonderrisiken der versicherten Person. Davon hängt es ab, ob und mit welchen möglicherweise weiteren Anpassungen wir die Beitragsteile für den Schutz bei Berufsunfähigkeit künftig senken können. Wenn wir den neuen Beruf günstiger einstufen, berechnen wir die Beitragsteile für den Schutz bei Berufsunfähigkeit mit den bisherigen »*Rechnungsgrundlagen*«. Dabei berücksichtigen wir auch die neue »*Risikoprüfung*«. Wenn wir die neue berufliche Tätigkeit nicht günstiger einstufen, bleibt Ihr Vertrag unverändert. Wir können die versicherte Person nicht ungünstiger einstufen.

Bereits vereinbarte Leistungsausschlüsse und Zuschläge sowie die Höhe einer versicherten Berufsunfähigkeitsrente bleiben bei der Umstufung unverändert bestehen. Ebenso bleiben die »*Versicherungsdauer*« und die »*Leistungsdauer*« für den Schutz bei Berufsunfähigkeit unverändert.

Sofern wir die Tätigkeit der versicherten Person bei Vertragsbeginn im Rahmen eines Kollektivvertrags in eine kollektive Berufsgruppe eingestuft haben, gilt: Eine neue Einstufung der beruflichen Tätigkeit ist nur innerhalb der kollektiven Berufsgruppen nach den Regelungen des Kollektivvertrags möglich.

Bitte beachten Sie: Für Schüler, Bundesfreiwilligendienstleistende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und Helfer im freiwilligen ökologischen Jahr gibt es erweiterte Möglichkeiten zum Umstufen der beruflichen Tätigkeit. Näheres dazu finden Sie in Anhang I Absatz 5.

VII. Leistungen bei Krankschreibung

- (1) Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, können Sie auch Leistungen bei Krankschreibung der versicherten Person erhalten. Dies gilt nicht, wenn Sie den Vertrag mit vereinfachten Zugangsvoraussetzungen abgeschlossen haben. Vereinfachte Zugangsvoraussetzungen sind beispielsweise
- eine verkürzte »*Gesundheitsprüfung*«,
 - eine Gesundheitserklärung,
 - eine Dienstobliegenheitserklärung oder
 - eine erweiterte Dienstobliegenheitserklärung.

Wenn die versicherte Person für mindestens sechs Monate ununterbrochen krankgeschrieben war, erhalten Sie je nach vereinbartem Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit

- eine Beitragsbefreiung und
- eine Rente.

Näheres zu diesen Leistungen finden Sie in Abschnitt VI. Absatz 2 und in Ihrer »Police«. Die Höhen der Leistungen wegen Krankschreibung und derjenigen wegen Berufsunfähigkeit sind gleich. Bitte beachten Sie Absatz 4 zur maximalen Dauer der Leistungen wegen Krankschreibung. Wie wir die Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen definieren, finden Sie in Absatz 2. Voraussetzung für eine Leistung bei Krankschreibung ist außerdem, dass

- die Krankschreibung in der »Versicherungsdauer« eintritt, die wir für den Schutz bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben und
- die »Leistungsdauer« für den Schutz bei Berufsunfähigkeit noch nicht abgelaufen ist.

Sie können Leistungen wegen Krankschreibung nur dann verlangen, wenn Sie gleichzeitig Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragen. Sie können jedoch nicht für den gleichen Zeitraum sowohl Leistungen wegen Berufsunfähigkeit als auch Leistungen wegen Krankschreibung erhalten. Das bedeutet: Solange Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bekommen, können Sie keine Leistungen wegen Krankschreibung erhalten. Dasselbe gilt, wenn Sie Leistungen wegen Krebs erhalten (siehe Abschnitt VIII).

Auch die in Abschnitt VI. Absatz 2 beschriebene Wartezeitregelung gilt entsprechend, wenn wir eine Wartezeit vereinbart haben. In diesem Fall gilt: Wir leisten nicht, wenn der Beginn der ersten Krankschreibung in die Wartezeit fällt. Dies gilt auch dann, wenn Sie uns die Krankschreibung erst später melden.

- (2) Die versicherte Person gilt als krankgeschrieben im Sinne dieser Bedingungen, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:
- Sie schicken uns ärztliche Bescheinigungen, wie sie nach den Regelungen in § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) vorgesehen sind.
 - Diese Bescheinigungen müssen auf die versicherte Person ausgestellt sein.
 - Mindestens eine dieser Bescheinigungen muss ein Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt haben.
 - Sie müssen uns Bescheinigungen für den gesamten Zeitraum vorlegen, für den Sie Leistungen beanspruchen.

Diese Regelungen gelten sinngemäß für den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit bei Selbstständigen, mitarbeitenden Betriebsinhabern und Beamten.

Für Selbstständige und mitarbeitende Betriebsinhaber gilt außerdem: Wenn die versicherte Person trotz Krankschreibung weiter beruflich tätig ist, so dass die bisherige Lebensstellung bestehen bleibt, zahlen wir keine Leistung wegen Krankschreibung. Wie wir die Lebensstellung bewerten, beschreiben wir in Anhang I. Absatz 1. Dies gilt ebenso für Gesellschafter-Geschäftsführer.

- (3) Ab diesem Zeitpunkt haben Sie Anspruch auf die Leistungen:
- Der Monat, in den der Beginn der ersten Krankschreibung fiel.
 - Frühestens zum Beginn des Schutzes bei Berufsunfähigkeit.

Leistungen wegen Krankschreibung zahlen wir jedoch maximal bis zu sechs Monate rückwirkend. Dieser Zeitraum gilt ab dem Zeitpunkt der Meldung und nur wenn die versicherte Person ununterbrochen krankgeschrieben war.

- (4) Die Leistungen wegen Krankschreibung nach Absatz 1 zahlen wir höchstens für einen Zeitraum von 18 Monaten. Außerdem zahlen wir sie nur, solange die versicherte Person ununterbrochen krankgeschrieben ist.
- Sie können auch mehrfach Leistungen wegen Krankschreibung erhalten, wenn Sie mit zeitlichen Unterbrechungen mehrfach mindestens sechs Monate ununterbrochen krankgeschrieben waren. In diesem Fall zahlen wir die Leistungen für alle eintretenden Krankschreibungen zusammen höchstens 18 Monate lang. Wenn wir die Berufsunfähigkeit der versicherten Person anerkannt oder festgestellt haben, zahlen wir ab dem nächsten Monatsersten danach Leistungen wegen Berufsunfähigkeit (siehe Abschnitt VI. Absatz 2). Die Leistungen wegen Krankschreibung zahlen wir dann nicht mehr.

- (5) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente mit einer Karenzzeit vereinbart haben, gilt die Karenzzeit auch für Leistungen wegen Krankschreibung. Wenn Sie Leistungen wegen Krankschreibung erhalten und eine Karenzzeit vereinbart haben, gilt:

- Wir zahlen die Berufsunfähigkeitsrente erst nach Ablauf der Karenzzeit.
- Die Karenzzeit läuft ab dem Beginn der Krankschreibung. Ihre Dauer in Monaten finden Sie in Ihrer »Police«.
- Die Krankschreibung muss während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden haben und bei Ablauf der Karenzzeit noch andauern.
- Wenn Sie bereits eine Karenzzeit für die Berufsunfähigkeitsrente wegen Berufsunfähigkeit zurückgelegt haben, rechnen wir diese für die Leistung wegen Krankschreibung an. Dies gilt allerdings nur, wenn die Krankschreibung die gleiche Ursache hat wie die Berufsunfähigkeit. Außerdem muss die Krankschreibung innerhalb von 3 Jahren, nachdem wir die Leistung wegen Berufsunfähigkeit eingestellt haben, eingetreten sein.

Beachten Sie bitte: Die Karenzzeit bedeutet auch, dass sich der maximale Zeitraum für die Leistung von 18 Monaten (siehe Absatz 4) um die Dauer der Karenzzeit verkürzt.

- (6) Wenn Sie eine Leistungsdynamik für die Beitragsbefreiung vereinbart haben und Sie Leistungen wegen Krankschreibung erhalten, gelten die gleichen Regelungen wie in Abschnitt VI. Absatz 6 beschrieben.

- (7) In folgenden Fällen beenden wir unsere Leistungen wegen Krankschreibung:

- Die versicherte Person ist nicht mehr krankgeschrieben.
- Wir haben bereits für 18 Monate Leistungen wegen Krankschreibung erbracht.
- Sie erhalten Leistungen wegen Berufsunfähigkeit der versicherte Person.
- Sie erhalten Leistungen wegen Krebs (siehe Abschnitt VIII).
- Die »**Leistungsdauer**« des Schutzes bei Berufsunfähigkeit ist abgelaufen.
- Die versicherte Person ist verstorben.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie den planmäßigen Rentenbeginn hinausschieben (siehe Abschnitt I.), verändern sich die »**Versicherungs-**« und »**Leistungsdauer**« des Schutzes bei Berufsunfähigkeit nicht. Dies wirkt sich entsprechend auf die Leistung bei Krankschreibung aus. Wenn Sie den Rentenbeginn vorverlegen, endet Ihr Schutz bei Berufsunfähigkeit spätestens dann, wenn wir die erste Rente oder das Kapital (siehe Abschnitt II.) auszahlen. Dabei gilt folgende Ausnahme: Wenn Sie zum vorverlegten Rentenbeginn eine Rente wegen Krankschreibung erhalten, zahlen wir diese Rente neben der Altersrente weiter. Die Rente wegen Krankschreibung endet dann, wenn einer der oben genannten Fälle eintritt.

- (8) Wenn wir unsere Leistungen wegen Krankschreibung beenden, informieren wir Sie in »**Textform**«. Das gilt, wenn

- keine ununterbrochene Krankschreibung mehr vorliegt oder
- der maximale Zeitraum für die Leistung von 18 Monaten abgelaufen ist oder
- eine Anerkennung der Berufsunfähigkeit erfolgt.

Wenn es noch weitere Personen gibt, die Ansprüche auf Leistungen haben, informieren wir diese ebenfalls in »**Textform**«. Unsere Leistungen enden mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch auf Leistung weggefallen ist. Ab dann müssen Sie wieder die Beiträge zahlen. Ausnahme: Im Anschluss zahlen wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

VIII. Leistungen bei Krebserkrankungen

- (1) Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, können Sie mit vereinfachten Bedingungen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragen, wenn die versicherte Person an Krebs erkrankt. Wann eine Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, beschreiben wir in Absatz 2.

Wenn eine Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, genügt es, dass Sie einen vereinfachten Nachweis nach Absatz 7 erbringen. Wir leisten dann je nach vereinbartem Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit

- eine Beitragsbefreiung und
- eine Rente.

für einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten. Die Höhen der Leistungen wegen Krebs und derjenigen wegen Berufsunfähigkeit sind gleich. Näheres zu diesen Leistungen finden Sie in Abschnitt VI Absatz 2 und in Ihrer »Police«.

Die Leistungen wegen Krebs können Sie nur erhalten, wenn sämtliche dieser Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Schutz bei Berufsunfähigkeit aus diesem Vertrag besteht zum Zeitpunkt der ersten Diagnose oder der ersten Krebs Symptome seit mindestens sechs Monaten. Auch bei Auftreten von Tochtergeschwülsten (Metastasen), die auf eine Krebserkrankung zurückzuführen sind, besteht der Schutz bei Berufsunfähigkeit zu diesem Zeitpunkt seit mindestens sechs Monaten. Dies gilt ebenso für Erhöhungen mit Ausnahme von Erhöhungen aus einer Dynamik (siehe § 10). Wir leisten dann nur die versicherte Rente, wie sie vor der Erhöhung bestand. Bei Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Reduzierung des Beitrags (siehe § 8) gilt die beschriebene Wartezeitregelung von sechs Monaten erneut.
- Die »*Leistungsdauer*« für den Schutz bei Berufsunfähigkeit ist noch nicht abgelaufen ist
- Sie haben den Vertrag nicht mit vereinfachten Zugangsvoraussetzungen abgeschlossen. Vereinfachte Zugangsvoraussetzungen sind beispielsweise
 - eine verkürzte »*Gesundheitsprüfung*«,
 - eine Gesundheitserklärung,
 - eine Dienstobliegenheitserklärung oder
 - eine erweiterte Dienstobliegenheitserklärung.

Auch die in Abschnitt VI Absatz 2 beschriebene Wartezeitregelung gilt entsprechend, wenn wir eine Wartezeit vereinbart haben. In diesem Fall gilt: Wir leisten nicht, wenn der Zeitpunkt der ersten Diagnose, der ersten Krebs Symptome oder das Auftreten von Tochtergeschwülsten in die Wartezeit fällt. Dies gilt auch dann, wenn Sie uns die Krebserkrankung erst später melden.

Bitte beachten Sie:

- Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Leistungen wegen Krankschreibung nach Ablauf der 18 Monate müssen Sie zusätzlich beantragen (siehe Absatz 7). Dies können Sie gleichzeitig oder zu einem späteren Zeitpunkt tun. Wir prüfen dann nach Anhang I oder Abschnitt VII, ob Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Krankschreibung erhalten.
- Leistungen wegen Krebs können Sie nur einmalig mit einem vereinfachten Nachweis erhalten. Dies gilt nicht, wenn der Krebs als Rezidiv oder als Progress auftritt.
- Es ist nicht möglich, gleichzeitig Leistungen wegen Krebs und Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Krankschreibung zu erhalten. Bitte beachten Sie dazu auch Absatz 7.

- (2) Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist wie folgt definiert: Ein bösartiges Zellwachstum (zum Beispiel Tumor), das durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff "Krebs" fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Ebenso fallen Hirntumore unter den Begriff "Krebs". Hautkrebs ist jedoch abgesehen vom bösartigen (malignen) Melanom ausgeschlossen.

Wir leisten, wenn die versicherte Person unter einer dieser Erkrankungen leidet und ein Facharzt einen der folgenden Punkte bestätigt:

- Die versicherte Person hat eine Chemotherapie, eine Strahlentherapie oder eine tumorbedingte Immuntherapie begonnen oder sie steht unmittelbar bevor.
- Eine Operation von Krebs führt dazu, dass
 - die versicherte Person lebenslang Medikamente einnehmen muss oder
 - eine dauerhafte Einschränkung der Berufsunfähigkeit der versicherten Person vorliegt.
- Die versicherte Person befindet sich wegen der Schwere der Krebserkrankung in einer palliativen Therapie.

- (3) Unsere Leistungen wegen Krebs beginnen zum Anfang des Monats, nachdem die versicherte Person nach Absatz 2 an Krebs erkrankt ist.

- (4) In folgenden Fällen beenden wir unsere Leistungen wegen Krebs:

- Wir haben für 18 Monate Leistungen wegen Krebs erbracht.
- Die »*Leistungsdauer*« des Schutzes bei Berufsunfähigkeit ist abgelaufen.
- Die versicherte Person ist verstorben.

Unsere Leistungen wegen Krebs enden nicht, wenn sich die Gesundheit der versicherten Person vor Ablauf von 18 Monaten verbessern sollte.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie den planmäßigen Rentenbeginn hinausschieben (siehe Abschnitt I),

verändern sich die »Versicherungs- und »Leistungsdauer des Schutzes bei Berufsunfähigkeit nicht. Dies wirkt sich entsprechend auf die Leistung bei Krebs aus. Wenn Sie den Rentenbeginn vorverlegen, endet Ihr Schutz bei Berufsunfähigkeit spätestens dann, wenn wir die erste Rente oder das Kapital (siehe Abschnitt II) auszahlen. Dabei gilt folgende Ausnahme: Wenn Sie zum vorverlegten Rentenbeginn eine Rente wegen Krebs erhalten, zahlen wir diese Rente neben der Altersrente weiter. Die Rente wegen Krebs endet dann, wenn einer der oben genannten Fälle eintritt.

- (5) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente mit einer Karenzzeit vereinbart haben, gilt die Karenzzeit auch für Leistungen wegen Krebs. Wenn Sie Leistungen wegen Krebs erhalten und eine Karenzzeit vereinbart haben, gilt:

- Wir zahlen die versicherte Berufsunfähigkeitsrente erst nach Ablauf der Karenzzeit.
- Die Karenzzeit läuft ab dem Beginn der Krebserkrankung. Ihre Dauer in Monaten finden Sie in Ihrer »Police.

Beachten Sie bitte: Die Karenzzeit bedeutet auch, dass sich der maximale Zeitraum für die Leistungen von 18 Monaten (siehe Absatz 4) um die Dauer der Karenzzeit verkürzt.

- (6) Wenn Sie eine Leistungsdynamik für Ihren Schutz bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben und Sie Leistungen wegen Krebs erhalten, gelten die gleichen Regelungen wie in Abschnitt VI. Absatz 6 beschrieben. Dies gilt für eine Leistungsdynamik bei Beitragsbefreiung und für eine Leistungsdynamik der Berufsunfähigkeitsrente.

- (7) Sie können Leistungen wegen Krebs mit einem vereinfachten Nachweis innerhalb von sechs Monaten nach der ersten Diagnose beantragen. Ihrem Antrag müssen Sie nur einen onkologischen Bericht eines Facharztes oder einen Entlassungsbericht des Krankenhauses beifügen. Der Bericht muss Folgendes enthalten:

- den Zeitpunkt der ersten Diagnose,
- die Art und Ausbreitung der Krebserkrankung,
- den Behandlungsplan und
- den Umfang einer eventuell durchgeführten Operation.

Bitte beachten Sie:

- Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Krankschreibung erbringen wir nicht automatisch, wenn die Leistungen wegen Krebs enden. Sie können diese Leistungen gleichzeitig oder zu einem späteren Zeitpunkt beantragen.
- Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Krankschreibung erbringen wir erst nach dem 18-monatigen Zeitraum (siehe Absatz 4).

- (8) Soweit in den jeweiligen Ziffern nichts anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen für die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit sinngemäß auch für die Leistungen wegen Krebs. Wenn Sie bei Abschluss Ihres Schutzes bei Berufsunfähigkeit mit uns Ausschlüsse vereinbart haben, gelten diese auch für die Leistungen wegen Krebs. Dies gilt auch für besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes. Informationen hierzu können Sie Ihrer »Police entnehmen.

- (9) Bitte beachten Sie bei Leistungsfällen, die Sie innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre anzeigen: Wir dürfen neben der medizinischen Sachverhaltsprüfung vor Zahlung von Leistungen wegen Krebs die vorvertragliche Anzeigepflicht überprüfen. Näheres dazu finden Sie in § 20.

IX. Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit

- (1) Sie haben die Möglichkeit, zu Rentenbeginn eine Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit zu wählen. Wir können diese Option zu Beginn des Vertrags für Ihren Vertrag ausschließen. Dies gilt jedoch nur in den Fällen, in denen wir eine Erklärung der versicherten Person zu ihren Gesundheitsverhältnissen verlangen. Wenn die Option für Ihren Vertrag ausgeschlossen ist, finden Sie eine Information darüber in Ihrer »Police. Für diese Option zahlen Sie keinen Beitrag. Wenn Sie die Option ausgeübt haben, können Sie dies nicht mehr rückgängig machen. Wenn Sie die Option ausüben möchten, müssen Sie uns hierüber innerhalb des letzten Jahres vor dem Rentenbeginn, spätestens jedoch drei Monate vor Rentenbeginn informieren. Dies gilt auch, wenn Sie den Rentenbeginn vorverlegen (siehe Abschnitt I. Absatz 6).
- (2) Das Ausüben der Option bedeutet Folgendes:
Ab dem Rentenbeginn zahlen wir anstelle der vereinbarten Altersrente (siehe Abschnitt I.) eine reduzierte Altersrente. Die reduzierte Rente erhöht sich um einen bestimmten Prozentsatz, wenn die versicherte Person

- zu Rentenbeginn bereits pflegebedürftig ist oder
- nach Rentenbeginn pflegebedürftig wird.

Den Prozentsatz legen Sie fest, wenn Sie die Option ausüben. Er beträgt höchstens 100 %. Wir garantieren Ihnen, dass die erhöhte Rente höher ist als die ursprüngliche Rente nach Abschnitt I. Dies gilt unabhängig von dem gewählten Prozentsatz. Über die Höhe der Rente informieren wir Sie, wenn Sie die Option ausüben. Wir zahlen die erhöhte Altersrente erstmals nach Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person eingetreten ist. Frühestens zahlen wir sie jedoch, wenn Sie uns die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person mitgeteilt haben.

Die erhöhte Altersrente endet mit dem Tod der versicherten Person. Wenn Sie eine »*Rentengarantiezeit*« vereinbart haben, gilt diese nicht für den Teil der Rente, den wir wegen der Pflegebedürftigkeit mehr zahlen.

Wir berechnen die Höhe der reduzierten Altersrente mit zu Rentenbeginn aktuellen »*Rechnungsgrundlagen*«. Dabei berücksichtigen wir auch Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Wir garantieren Ihnen aber auch nach Ausübung der Option eine Mindestrente.

- (3) Wie wir die Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeoption definieren, finden Sie in Anhang II.
- (4) Die Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit können Sie nicht ausüben, wenn Sie zum Rentenbeginn die Kapitalauszahlung anstelle der Rente wählen.
- (5) Auch wenn Sie eine Kombination aus Kapitalauszahlung und Rente wählen, können Sie die Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit ausüben. In diesem Fall berechnen wir zunächst eine reduzierte Rente, bei der sowohl die Teilkapitalzahlung als auch die Pflegeoption berücksichtigt ist. Wenn die versicherte Person pflegebedürftig wird, erhöhen wir diese reduzierte Rente um den von Ihnen gewählten Prozentsatz. Alle anderen Regelungen zur reduzierten Altersrente gelten für die reduzierte Rente nach Teilkapitalauszahlung entsprechend.
- (6) Wenn Sie die Option auf erhöhte Altersrente bei Pflegebedürftigkeit ausüben, können Sie während der »*Rentengarantiezeit*« keine Kapitalauszahlungen mehr erhalten. Näheres zu den Kapitalauszahlungen in der »*Rentengarantiezeit*« finden Sie in Abschnitt V.

X. Option auf Abschluss einer selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung

- (1) Wenn die versicherte Person bei Abschluss des Vertrags minderjährig war, bieten wir Ihnen folgende Option: Solange die versicherte Person jünger als 27 Jahre ist, kann sie einen Antrag auf Abschluss einer selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung stellen. Wir verzichten für diesen Abschluss auf eine volle »*Risikoprüfung*«. Stattdessen stellen wir im Antrag die Fragen wie in unserem zum Zeitpunkt der Ausübung der Option aktuellen Kurzantrag. Dieser unterscheidet sich im Vergleich zum sonst erforderlichen Antrag durch den Umfang der benötigten Gesundheitsfragen. Bitte beachten Sie: Auch bei einem Antrag mit verkürzter »*Gesundheitsprüfung*« sind wir berechtigt den Antrag abzulehnen, wenn wir Kenntnis von erkennbaren erschwerten Risiken haben. Zudem haben wir das Recht, weitere Rückfragen zu stellen und Unterlagen anzufordern, wenn die Beantwortung der verkürzten Gesundheitsfragen Anlass dazu gibt. Bitte beachten Sie auch, dass es aufgrund des dann ausgeübten Berufs zu Einschränkungen oder einer Ablehnung kommen kann. Die Entscheidung hierzu beruht auf unseren dann gültigen Annahmerichtlinien.
- (2) Außerdem dürfen Sie diese Option nur dann ausüben, wenn zu diesem Zeitpunkt jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:
 - Wir bieten eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung an.
 - Die versicherte Person ist nicht berufsunfähig im Sinne der Versicherungsbedingungen für die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung.

Darüber hinaus müssen zu diesem Zeitpunkt alle folgenden Bedingungen für Ihre Rentenversicherung erfüllt sein:

 - Sie haben in Ihrem Vertrag keinen Schutz bei Berufsunfähigkeit mit uns vereinbart.
 - Ihr Vertrag besteht seit mindestens 10 Jahren und weist keinen Beitragsrückstand auf.
 - In Ihrem Vertrag wurde bisher keine Beitragsreduktion, Beitragsfreistellung, Teilauszahlung oder Zahlungsunterbrechung vorgenommen.
- (3) Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente der neuen Versicherung darf höchstens so groß sein wie der kleinere der beiden folgenden Werte:

- Das 20-fache der zum Zeitpunkt der Ausübung der Option aktuellen garantierten jährlichen Mindestrente Ihrer Rentenversicherung,
- 12.000 Euro.

(4) Sofern die Versicherungsbedingungen der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung eine anlassunabhängige Nachversicherungsoption vorsehen, wird diese in dem neuen Vertrag ausgeschlossen.

§ 4 Leistungsausschlüsse - Leistungsbeschränkungen

Wir leisten in der Regel unabhängig davon, wie es zum »*Leistungsfall*« gekommen ist. Im Folgenden finden Sie Ausnahmen davon. Im Einzelfall können wir mit Ihnen auch darüber hinaus noch weitere Leistungsausschlüsse vereinbaren. Diese finden Sie in Ihren individuellen Vertragsunterlagen.

I. Berufsunfähigkeit

Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Krankschreibung oder Krebserkrankungen können verschiedene Ursachen haben. Haben Sie die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit oder die Berufsunfähigkeitsrente vereinbart, leisten wir bei diesen Ursachen nicht:

- Bei inneren Unruhen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Innere Unruhen sind beispielsweise gewalttätige Demonstrationen oder bürgerkriegsähnliche Auseinandersetzungen.

- Bei kriegerischen Ereignissen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

- Bei inneren Unruhen oder bewaffneten Auseinandersetzungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, denen sich die versicherte Person bewusst aussetzt oder an denen sie sich aktiv beteiligt.

Wir leisten jedoch bei dieser Ausnahme: Der Versicherungsfall tritt während rein humanitärer Hilfeleistungen oder friedenssichernder oder friedenserhaltender Maßnahmen außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten ein. Dies gilt nur, wenn die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei, Bundespolizei oder anderer staatlich beauftragter Organisationen daran teilnimmt. Der Einsatz muss mit Mandat der NATO, UN oder OSZE oder einer humanitären Hilfsorganisation erfolgt sein.

- Bei dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen. Außerdem bei dem vorsätzlichen Einsatz oder dem vorsätzlichen Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen. Diese beiden Ausnahmen gelten nur in diesem Fall: Der Einsatz oder das Freisetzen sind darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Außerdem muss der Einsatz oder das Freisetzen dazu führen, dass insgesamt ein unvorhersehbar hoher Bedarf an Versicherungsleistungen entsteht. Diese nicht vorhersehbare Veränderung zu den »*Rechnungsgrundlagen*« führt dazu, dass wir voraussichtlich nicht mehr alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger Treuhänder muss bestätigen, dass ein solcher Fall vorliegt.

Bei dieser Ursache erhalten Sie auch keine Leistungen wegen Krebs.

- Bei absichtlich herbeigeführter Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall oder Krankschreibung, absichtlicher Selbstverletzung, versuchter Selbsttötung oder vorsätzlicher Herbeiführung der Pflegebedürftigkeit im Sinne von Anhang I. Wir leisten aber, wenn die versicherte Person die Tat in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Ein Beispiel: Die versicherte Person konnte bei der Tat ihre Handlungen nicht mehr bewusst steuern, etwa durch eine schwere Geisteskrankheit. Diese schwere Geisteskrankheit muss durch ärztliche Befunde nachgewiesen werden.

- Bei der vorsätzlichen Ausführung oder dem strafbaren Versuch eines »*Verbrechens*« oder »*Vergehens*« durch die versicherte Person. Fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße sind davon nicht betroffen. Dies gilt beispielsweise für fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße im Straßenverkehr.

- Wenn Sie vorsätzlich die Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Krankschreibung der versicherten Person herbeigeführt haben.

- Bei Strahlung, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen gefährdet oder schädigt. Die Gefährdung durch die Strahlung muss sehr hoch sein: Um diese abzuwehren und zu bekämpfen muss eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig geworden sein. Bei dieser Ursache erhalten Sie auch keine Leistungen wegen Krebs.

II. Erhöhte Altersrente bei Pflegebedürftigkeit

Auch Pflegebedürftigkeit kann verschiedene Ursachen haben. Wir zahlen die erhöhte Altersrente (siehe § 3 Abschnitt IX.) nicht, wenn diese Ursachen unmittelbar oder mittelbar für die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person verantwortlich sind:

- Innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Innere Unruhen sind beispielsweise gewalttätige Demonstrationen oder bürgerkriegsähnliche Auseinandersetzungen.
- Kriegerische Ereignisse. Wir leisten aber bei dieser Ausnahme: Die versicherte Person wird in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen pflegebedürftig, an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Diese Ausnahme gilt aber nur bei kriegerischen Ereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- Der vorsätzliche Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen. Außerdem der vorsätzliche Einsatz oder das vorsätzliche Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen. Diese beiden Ausnahmen gelten nur in diesem Fall: Der Einsatz oder das Freisetzen sind darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Außerdem muss der Einsatz oder das Freisetzen dazu führen, dass insgesamt ein unvorhersehbar hoher Bedarf an Versicherungsleistungen entsteht. Diese nicht vorhersehbare Veränderung zu den »Rechnungsgrundlagen« führt dazu, dass wir voraussichtlich nicht mehr alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger Treuhänder muss bestätigen, dass ein solcher Fall vorliegt.
- Missbrauch von Alkohol, Drogen oder Medikamenten oder die Einnahme von Gift.
- Selbstverstümmelungen, selbst herbeigeführte Krankheit, versuchte Selbsttötung oder vorsätzliche Herbeiführung der Pflegebedürftigkeit. Wir leisten aber, wenn die versicherte Person die Tat in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Ein Beispiel: Die versicherte Person konnte bei der Tat ihre Handlungen nicht mehr bewusst steuern, etwa durch eine schwere Geisteskrankheit. Diese schwere Geisteskrankheit muss durch ärztliche Befunde nachgewiesen werden.
- Die vorsätzliche Ausführung oder der strafbare Versuch eines »Verbrechens« oder »Vergehens« durch die versicherte Person.
- Wenn Sie vorsätzlich die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen herbeigeführt haben.
- Strahlung, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen gefährdet oder schädigt. Die Gefährdung durch die Strahlung muss sehr hoch sein. Um diese abzuwehren oder zu bekämpfen muss eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig geworden sein.

Ist die versicherte Person Angehöriger der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Einsatzkräfte (beispielsweise der Polizei) gilt außerdem: Wir leisten nicht, wenn die Pflegebedürftigkeit verursacht wurde durch die Teilnahme

- an Missionen mit einem Mandat der Vereinten Nationen,
- an Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen,
- an Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen (beispielsweise der UNO) oder
- an Auslandseinsätzen unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Risiko.

Wir leisten aber, wenn der Versicherungsfall während humanitärer Hilfsdienste und Hilfeleistungen im Ausland eintritt. Voraussetzung dafür ist, dass die versicherte Person nicht an bewaffneten Unternehmungen beteiligt ist.

§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss Ihres Vertrages. Das ist in der Regel der Fall, wenn Sie die »Police« erhalten haben. Er beginnt aber nicht vor zwölf Uhr am Mittag des Tages, der in der »Police« als Beginn der Versicherung angegeben ist. Das gleiche gilt für den Schutz bei Berufsunfähigkeit, falls Sie diesen mit uns vereinbart haben. Jedoch besteht kein Versicherungsschutz, wenn Sie Ihren ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig gezahlt und die Nichtzahlung zu vertreten haben (siehe § 6).

Beiträge

§ 6 Beitragszahlung

I. Erster Beitrag

- (1) Wenn Sie die »Police erhalten haben, zahlen Sie bitte Ihren ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag innerhalb von zwei Wochen. Haben wir in der »Police einen späteren Termin für die erste Zahlung vereinbart? Dann zahlen Sie bitte den ersten Beitrag innerhalb von zwei Wochen nach diesem Termin. Ein wichtiger Hinweis: Sie haben von Anfang an keinen Versicherungsschutz, wenn Sie diese Fristen aus eigener Schuld versäumen.
- (2) Außerdem dürfen wir in diesem Fall vom Vertrag zurücktreten, wenn Sie die Zahlung noch nicht veranlasst haben. Ausnahme: Sie weisen uns nach, dass Sie die unpünktliche Zahlung oder Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- (3) Wir empfehlen Ihnen: Nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Die Teilnahme am Lastschriftverfahren ist für Sie kostenlos.

II. Folgebeiträge

Damit Sie weiter in vollem Umfang versichert sind, zahlen Sie bitte die folgenden Beiträge ebenfalls bis zu ihren Fälligkeitsterminen. Wenn Sie die Zahlung zum Tag der Fälligkeit vergessen haben, werden wir Ihnen eine Mahnung schicken. Wir setzen Ihnen in der Mahnung eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Wir können die Mahnung mit einer Kündigung verbinden. Bezahlen Sie die offenen Beiträge nicht innerhalb der Frist und haben Sie das zu vertreten, sind Sie nur noch eingeschränkt oder gar nicht versichert. Auf die rechtlichen Folgen werden wir Sie in der Mahnung hinweisen.

Änderungen der Leistungen und Beiträge

§ 7 Ergänzungszahlung

- (1) Sie können Ergänzungszahlungen ohne erneute »Risikoprüfung vornehmen. Hierfür gelten die folgenden Bedingungen:

- Es sind bis zu zwölf Ergänzungszahlungen pro Kalenderjahr möglich.
- Die Ergänzungszahlungen sind bis fünf Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn möglich.

Voraussetzung ist, dass Sie zum Zeitpunkt der Ergänzungszahlung keine Leistung aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit erhalten.

Wenn die Option auf erhöhte Altersrente bei Pflegebedürftigkeit nicht ausgeschlossen und die versicherte Person zum Zeitpunkt der Ergänzungszahlung älter als 50 Jahre ist gilt:

- wir dürfen vor der Ergänzungszahlung eine Erklärung der versicherten Person zu ihren Gesundheitsverhältnissen verlangen und
- wir dürfen Ergänzungszahlungen ablehnen.

Eine Ergänzungszahlung können Sie nur zu einem Fälligkeitstermin einer Beitragszahlung vornehmen. Wenn Sie keine Beiträge mehr zahlen, können Sie zu jedem Monatsersten eine Ergänzungszahlung leisten.

- (2) Die Ergänzungszahlung erhöht die garantierte Mindestrente und die »beitragsbezogene Garantie. Die Höhe Ihrer Beiträge ändert sich durch die Ergänzungszahlung nicht. Bei der Berechnung der Höhe der zusätzlichen garantierten Mindestrente verwenden wir jeweils zum Zeitpunkt der Zahlung aktuelle »Rechnungsgrundlagen. Dabei berücksichtigen wir:
 - die Entwicklung der Lebenserwartung,
 - die Rendite der Kapitalanlagen und
 - die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (»VAG).
- (3) Die Auszahlung unserer garantierten Leistung im Todesfall vor Rentenbeginn erhöht sich um den Betrag der Ergänzungszahlung.
- (4) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben, erhöht sich diese durch die Ergänzungszahlung nicht.

- (5) Für die Ergänzungszahlung gelten folgende Grenzen:
- Die Ergänzungszahlung muss mindestens 100 EUR betragen.
 - Eine einzelne Ergänzungszahlung darf maximal 50.000 EUR betragen. Die Summe aller Ergänzungszahlungen darf nicht größer sein als die Summe aller Beiträge. Wenn sich der Beitrag im Laufe des Vertrags durch dynamische oder außerplanmäßige Erhöhungen verändert hat gilt außerdem: Sie darf nicht größer sein als das Doppelte der Summe der zu Beginn des Vertrags vereinbarten Beiträge.
- (6) Näheres zu den »Kosten, die mit einer Ergänzungszahlung verbunden sind, finden Sie in § 12. Über weitere Einzelheiten informieren wir Sie gerne.
- (7) Informieren Sie uns bitte in »Textform, wenn Sie eine Ergänzungszahlung vornehmen möchten.

§ 8 Zahlungsunterbrechung - Beitragsreduktion - Beitragsfreistellung

- (1) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie in »Textform beantragen, die Zahlung von Folgebeiträgen für die Dauer von drei bis 36 Monaten zu unterbrechen. Dies gilt jeweils zum nächsten Fälligkeitstermin. Dafür zahlen Sie eine »Gebühr. Die Unterbrechung der Zahlung ist nur möglich, wenn das Vertragsguthaben mindestens so groß ist wie die Summe der durch die Unterbrechung entfallenden Beiträge. Durch die Zahlungsunterbrechung sinkt die garantierte Mindestrente.

Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, bleibt dieser bei einer Zahlungsunterbrechung bestehen. Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben, sinkt diese im gleichen Verhältnis wie die garantierte Mindestrente. Wir werden die durch eine Zahlungsunterbrechung entfallenden Beiträge nicht nachträglich von Ihnen einfordern. Wenn Sie nach der Zahlungsunterbrechung die Zahlungen wieder aufnehmen, können Sie aber Ihre Beitragssumme vor der Zahlungsunterbrechung wiederherstellen. Dazu haben Sie folgende Möglichkeiten:

- eine oder mehrere Ergänzungszahlungen (siehe § 7) oder
- eine Erhöhung der zukünftig zu zahlenden Beiträge.

Hierdurch erhöhen sich die garantierte Mindestrente und die Berufsunfähigkeitsrente wieder auf den Stand vor der Zahlungsunterbrechung. Über weitere Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

- (2) Ihren Beitrag können Sie immer zum nächsten Fälligkeitstermin reduzieren. Dafür zahlen Sie eine »Gebühr. Der Beitrag darf aber nicht unter 30 EUR monatlich liegen. Die Summe aller Beiträge muss mindestens 3.600 EUR betragen.
- (3) Die Zahlung Ihrer Beiträge können Sie auch immer zum nächsten Fälligkeitstermin ganz beenden. Bei einer solchen Beitragsfreistellung vermindern wir das Vertragsguthaben um einen Abzug. Die Erhebung dieses Abzugs vereinbaren wir auf der Grundlage dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit allen unseren Versicherungsnehmern. Den Abzug vereinbaren wir aus folgenden Gründen: Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, verändern sich Risiko und Ertrag im Bestand der restlichen Versicherten. Dies gleichen wir durch den Abzug aus. Außerdem nehmen wir damit einen Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vor. Die Höhe des Abzuges haben wir auf der Basis von pauschalen Annahmen bestimmt. Sie hängt auch davon ab, in welchem Vertragsjahr die Beitragsfreistellung erfolgt. Um den Abzug festzulegen, nehmen wir Folgendes an:
- a. Bei einer Beitragsfreistellung entsteht ein höherer Aufwand für die Bearbeitung. Damit entstehen auch höhere Kosten als bei einem regulären Verlauf des Vertrags.
 - b. Wenn wir Versicherungsprodukte kalkulieren, gehen wir von diesen Annahmen aus: Die Risikogemeinschaft setzt sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammen. Die Erfahrungen zeigen, dass Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko. Der Abzug gleicht dies aus, damit der Versicherungsgemeinschaft kein Nachteil entsteht.
 - c. Mit dem vereinbarten Versicherungsschutz erhalten Sie von uns Garantien und Optionen. Dafür stellt der Bestand aller Versicherten einen Teil des erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) zur Verfügung. Auf diese Weise partizipiert Ihr Vertrag nach seinem Beginn an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Im Gegenzug muss Ihr Vertrag während der weiteren Laufzeit seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Wenn Sie den Vertrag beitragsfrei stellen, gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand teilweise verloren. Der Abzug ist daher auch hierfür ein Ausgleich. Wenn wir die Optionen und Garantien über externes Kapital finanzieren würden, wäre dies wesentlich teurer.

Die Beweislast für die Angemessenheit des so bestimmten Abzugs tragen wir. Haben wir diesen Nachweis erbracht, können Sie uns nachweisen, dass die oben beschriebenen Annahmen aus-

nahmsweise nicht oder nur teilweise zutreffen. Ist dies bezogen auf Ihren Vertrag der Fall, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Abzug.

Über die Höhe des Abzugs informieren wir Sie mit der Garantiewerttabelle. Sie finden diese Tabelle in Ihren Vertragsunterlagen, beispielsweise in Ihrer »Police«.

Eine Beitragsfreistellung ist nur möglich, wenn das Vertragsguthaben mindestens 3.000 EUR beträgt. Liegt das Vertragsguthaben unter 3.000 EUR, zahlen wir Ihnen den Auszahlungsbetrag nach § 14 Absatz 2 und Ihr Vertrag endet.

- (4) Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, gilt:
- Wenn Sie Ihren Beitrag reduzieren, gilt die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit für den reduzierten Beitrag. Wenn Sie auch eine Berufsunfähigkeitsrente versichert haben, reduzieren wir diese Rente. Das Verhältnis zwischen Mindestrente und Berufsunfähigkeitsrente bleibt bestehen.
 - Wenn Sie den Vertrag beitragsfrei stellen, entfällt der Schutz der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit. Wenn Sie auch eine Berufsunfähigkeitsrente versichert haben, reduzieren wir diese Rente. Das Verhältnis zwischen Mindestrente und Berufsunfähigkeitsrente bleibt bestehen.
- (5) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, können Sie finanzielle Nachteile haben. Die garantierten Leistungen verringern sich. Das Vertragsguthaben zu Rentenbeginn ist geringer als ohne Beitragsfreistellung oder Beitragsreduktion. Daher sind auch die daraus berechneten Renten geringer. Insbesondere ist das garantierte Vertragsguthaben nach der Beitragsfreistellung geringer als der gewählte Prozentsatz der eingezahlten Beiträge. Den neuen Wert Ihrer »beitragsbezogenen Garantie« teilen wir Ihnen mit. In der ersten Zeit des Vertrags verrechnen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten. Deshalb ist zuerst nur ein geringes Vertragsguthaben vorhanden. Das Vertragsguthaben erreicht möglicherweise noch nicht den Mindestwert für eine Beitragsfreistellung (siehe Absatz 3) oder Zahlungsunterbrechung (siehe Absatz 1). In diesem Fall zahlen wir Ihnen einen eventuell vorhandenen Auszahlungsbetrag nach § 14 Absatz 2 und Ihr Vertrag endet. Näheres zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 12 Absatz 2.
- (6) Nach einer Beitragsfreistellung oder einer Beitragsreduktion haben Sie diese Möglichkeiten, die Beitragszahlung wieder aufzunehmen oder den Beitrag wieder zu erhöhen:
- Nach einer Beitragsreduktion können Sie bis zur Vollendung Ihres 50. Lebensjahres jederzeit den Beitrag wieder erhöhen bzw.
 - nach Vollendung Ihres 50. Lebensjahres können Sie den Beitrag nur dann wieder erhöhen, wenn seit der Beitragsreduktion nicht mehr als 36 Monate vergangen sind.
 - Innerhalb von 36 Monaten nach einer Beitragsfreistellung können Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen.

Die neue Beitragssumme darf aber nicht höher sein als die Beitragssumme vor Beginn der Beitragsfreistellung oder der Beitragsreduktion. Wenn Sie während einer Beitragsfreistellung eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung nach Absatz 7 abgeschlossen haben, darf die Summe der Berufsunfähigkeitsrente der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung und derjenigen nach Wiederaufnahme der Beitragszahlung nicht höher sein als die Berufsunfähigkeitsrente vor der Beitragsfreistellung.

Bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung dürfen wir die Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit ausschließen.

Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, gilt darüber hinaus:

- Auch bei einer Beitragsreduktion ist die Erhöhung des Beitrags nur innerhalb von 36 Monaten nach Beginn der Beitragsreduktion möglich.
- Nehmen Sie die Beitragszahlung innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung wieder auf, benötigen wir keine neue »Risikoprüfung«. Die versicherte Person darf zu diesem Zeitpunkt aber nicht berufsunfähig, pflegebedürftig im Sinne von Anhang I oder krankgeschrieben im Sinne von § 3 Abschnitt VII sein. Außerdem darf keine Krebserkrankung im Sinne von § 3 Abschnitt VIII vorliegen. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Wartezeitregelungen für Leistungen wegen Krebs (siehe § 3 Abschnitt VIII Absatz 1).
- Auch wenn Sie innerhalb von sechs Monaten nach Beginn einer Beitragsreduktion den Beitrag wieder erhöhen, benötigen wir keine neue »Risikoprüfung«. Die versicherte Person darf zu diesem Zeitpunkt aber nicht berufsunfähig, pflegebedürftig im Sinne von Anhang I oder krankgeschrieben im Sinne von § 3 Abschnitt VII sein. Außerdem darf keine Krebserkrankung im Sinne von § 3 Abschnitt VIII vorliegen. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die

- Wartezeitregelungen für Leistungen wegen Krebs (siehe § 3 Abschnitt VIII Absatz 1).
- Nach Ablauf dieser Frist muss die versicherte Person eine neue »*Gesundheitsprüfung*« ablegen, wenn Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen oder den Beitrag erhöhen möchten.

Darüber wie sich die Wiederaufnahme der Beitragszahlung oder die Beitragserhöhung auf Ihren Vertrag auswirken, werden wir Sie im Einzelfall informieren.

Wenn Sie nach einer beitragsfreien Zeit die Zahlungen wieder aufnehmen oder nach einer Beitragsreduktion Ihren Beitrag wieder erhöhen, gilt: Sie können Ihre Beitragssumme vor Beitragsfreistellung oder Beitragsreduktion durch eine Ergänzungszahlung (siehe § 7) oder durch eine Erhöhung der zukünftig zu zahlenden Beiträge wiederherstellen.

- (7) Unter bestimmten Bedingungen können Sie innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung eine private selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne »*Risikoprüfung*« beantragen. Diese Bedingungen sind:

- Sie haben die Beitragsfreistellung während einer Arbeitslosigkeit, Elternzeit gemäß § 15 ff Gesetz zum Elterngeld und zur Elternzeit (BEEG) oder Pflegezeit gemäß § 3 Gesetz über die Pflegezeit (PflegeZG) vorgenommen. Dies müssen Sie nachweisen.
- Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente hat sich wegen einer Beitragsfreistellung (siehe Absatz 3) reduziert.
- Zum Zeitpunkt Ihres Antrags sind für die versicherte Person keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit anerkannt oder festgestellt. Außerdem ist die versicherte Person nicht krankgeschrieben im Sinne von § 3 Abschnitt VII. Zudem liegt keine Krebserkrankung im Sinne von § 3 Abschnitt VIII vor.
- Der beitragsfreie Vertrag besteht seit mindestens fünf Jahren.

Die versicherte Person der Berufsunfähigkeitsversicherung ist dieselbe wie bei der beitragsfreien Versicherung.

Die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung dient dazu, Ihren ursprünglich vereinbarten Schutz bei Berufsunfähigkeit während der Beitragsfreistellung aufrechtzuerhalten. Daher können Sie die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute »*Risikoprüfung*« nur bei Beitragsfreistellung für die ursprünglich vereinbarte »*Versicherungsdauer*« beantragen. Außerdem darf die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung inklusive der voraussichtlichen »*Überschussbeteiligung*« im »*Leistungsfall*« maximal so hoch sein wie

- die vor Beitragsfreistellung erreichte Berufsunfähigkeitsrente
- abzüglich der reduzierten Berufsunfähigkeitsrente aus dem beitragsfreien Vertrag.

Wir werden Ihren Antrag annehmen, wenn diese beiden Bedingungen erfüllt sind:

- Wir bieten zu diesem Zeitpunkt einen Tarif für eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung an. Der Leistungsumfang dieses Tarifs darf denjenigen des bisherigen Vertrags nicht übersteigen.
- Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente der neuen Versicherung liegt innerhalb der dann gültigen tariflichen Grenzen.

Wenn wir im ursprünglichen Vertrag Leistungseinschränkungen oder Risikozuschläge vereinbart haben, gelten diese auch für den neuen Vertrag.

§ 9 Dynamische Erhöhungen Ihres Vertrages - Beitragserhöhungen ohne Risikoprüfung

- (1) Wenn Sie eine dynamische Erhöhung Ihres Vertrags vereinbart haben, erhöhen sich Ihre Beiträge und Leistungen ohne erneute »*Risikoprüfung*«. Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit gemäß Absatz 7 dürfen wir prüfen.
- (2) Die Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen führen wir jeweils zum »*Stamntag*« durch. Die erste Erhöhung nach dem Beginn der Versicherung erfolgt dabei frühestens, nachdem ein volles Jahr vergangen ist.
- (3) Die dynamischen Erhöhungen erhöhen die garantierte Mindestrente (siehe § 3) und die »*beitragsbezogene Garantie*« (siehe § 1). Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente versichert haben, erhöhen wir auch diese Rente. Das Verhältnis zwischen Mindestrente und Berufsunfähigkeitsrente bleibt bestehen. Sie können bei Abschluss des Vertrags aber auch vereinbaren, dass eine eingeschlossene Berufsunfähigkeitsrente nicht dynamisch erhöht wird. Dann bleibt die Berufsunfähigkeitsrente bei dynamischen Erhöhungen Ihres Vertrags gleich.
Für die Berechnung der Höhe der zusätzlichen garantierten Mindestrente verwenden wir die zum

Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen »Rechnungsgrundlagen. Diese »Rechnungsgrundlagen legen wir jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung fest. Dabei berücksichtigen wir:

- die Entwicklung der Lebenserwartung,
 - die Rendite der Kapitalanlagen und
 - die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (»VAG).
- (4) Sie können innerhalb von zwei Monaten nach dem Termin der Erhöhung auf die Beitragserhöhung verzichten.
- (5) Sie können die dynamischen Erhöhungen bei Abschluss des Vertrags zeitlich befristen. Falls Sie keine Befristung der Dynamik vereinbart haben, führen wir die letzte Erhöhung spätestens fünf Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn durch. Wenn die versicherte Person älter ist als 66 Jahre, erfolgt jedoch keine weitere Erhöhung mehr. Auch in der Verlängerungsphase erhöhen wir die Beiträge und Leistungen nicht mehr.

Wenn Sie

- eine Berufsunfähigkeitsrente versichert haben und
- die »Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsrente vor dem planmäßigen Rentenbeginn endet,

führen wir die letzte Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente außerdem spätestens ein Jahr vor Ablauf der »Versicherungsdauer durch. Falls Sie zusätzlich noch eine Karenzzeit vereinbart haben, führen wir die letzte Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente spätestens drei Jahre vor Ablauf der »Versicherungsdauer durch.

- (6) Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben und Leistungen hieraus erhalten, erfolgen keine weiteren Erhöhungen mehr. Wenn die versicherte Person wieder berufsfähig ist, können Sie erneut einen Antrag auf dynamische Erhöhungen Ihres Vertrags stellen. Das gleiche gilt sinngemäß, wenn Sie Leistungen wegen Krankschreibung oder Krebs erhalten.
- (7) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente versichert haben gilt: Wir dürfen prüfen, ob die gesamten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Sie dürfen einen bestimmten Prozentsatz des jährlichen Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Dieser Prozentsatz beträgt bei jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten
- bis 24.000 EUR 70 % des jährlichen Bruttoeinkommens
 - bis 30.000 EUR 65 % des jährlichen Bruttoeinkommens
 - ab 30.001 EUR 55 % des jährlichen Bruttoeinkommens

Wenn die Berufsunfähigkeitsrente einen dieser Grenzwerte durch eine dynamische Erhöhung überschreitet, setzen wir die dynamische Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente aus.

- (8) Die Vereinbarungen zur dynamischen Erhöhung Ihres Vertrags finden Sie in Ihrer »Police. Über weitere Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

§ 10 Außerplanmäßige Beitragserhöhungen

I. Anlassunabhängige Beitragserhöhung

- (1) Unter diesen Voraussetzungen können Sie bis zu zwölfmal pro Kalenderjahr Ihren Beitrag ohne erneute »Risikoprüfung erhöhen:
- Sie haben keine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit vereinbart oder
 - Sie haben eine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit aber keine Wartezeit (siehe § 4 Abschnitt VI. Absatz 2) vereinbart oder
 - Sie haben eine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit mit Wartezeit (siehe § 4 Abschnitt VI. Absatz 2) vereinbart und der Jahresbeitrag für Ihren Vertrag beträgt einschließlich der Erhöhung höchstens 4 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen Rentenversicherung.

Auch wenn Sie

- eine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit mit Wartezeit nach § 4 Abschnitt VI. Absatz 2 vereinbart haben und

- der Jahresbeitrag für Ihren Vertrag einschließlich der Erhöhung mehr als 4 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen Rentenversicherung betragen soll,

können Sie bis zu zwölfmal pro Kalenderjahr die Erhöhung Ihres Beitrags beantragen. In diesem Fall gilt:

- wir können eine »*Gesundheitsprüfung*« verlangen und
- wir können die Erhöhung des Beitrags auch ablehnen.

Die Erhöhungen sind bis fünf Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn möglich. Sie können eine Erhöhung immer zum nächsten Termin vornehmen, an dem eine Beitragszahlung fällig wird.

- (2) Die anlassunabhängigen Beitragserhöhungen erhöhen die garantierte Mindestrente (siehe § 3) und die »*beitragsbezogene Garantie*« (siehe § 1). Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente versichert haben, bleibt diese gleich.

Für die Berechnung der Höhe der zusätzlichen garantierten Mindestrente verwenden wir die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen »*Rechnungsgrundlagen*«. Diese »*Rechnungsgrundlagen*« legen wir dann jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung fest. Dabei berücksichtigen wir:

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

- (3) Bei jeder anlassunabhängigen Beitragserhöhung muss sich der Beitrag um mindestens 60 EUR pro Jahr erhöhen.

Bis zur Vollendung Ihres 50. Lebensjahres gelten für die anlassunabhängige Beitragserhöhung diese Grenzen:

- Der neue Gesamtbeitrag darf das Sechsfache des Beitrags bei Versicherungsbeginn nicht übersteigen, falls dieser weniger als 1.200 EUR pro Jahr (100 EUR pro Monat) beträgt.
- Der neue Gesamtbeitrag darf das Vierfache des Beitrags bei Versicherungsbeginn nicht übersteigen, falls dieser mindestens 1.200 EUR pro Jahr (100 EUR pro Monat) beträgt.
- Insgesamt darf die Summe aller Beitragszahlungen und aller Ergänzungszahlungen (siehe § 7) während der Vertragslaufzeit nicht größer sein als 300.000 EUR.

Nach der Vollendung Ihres 50. Lebensjahres gilt für die anlassunabhängige Beitragserhöhung diese Grenze:

- Der neue Gesamtbeitrag darf den Gesamtbeitrag ein Jahr vor der Erhöhung um nicht mehr als 20 % übersteigen. Ist seit Versicherungsbeginn weniger als ein Jahr vergangen, so darf der neue Gesamtbeitrag den Beitrag zu Vertragsbeginn um nicht mehr als 20 % übersteigen.

Bei der Berechnung der Summe aller Beitragszahlungen und des Gesamtbeitrags berücksichtigen wir auch alle dynamischen Erhöhungen (siehe § 9) sowie alle anlassunabhängigen Erhöhungen (siehe Abschnitt II).

- (4) Falls Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, gilt: Wenn die versicherte Person berufsunfähig oder pflegebedürftig im Sinne von Anhang I wird, können Sie keine anlassunabhängigen Erhöhungen mehr vornehmen. Wenn die versicherte Person wieder berufsfähig ist, können Sie erneut einen Antrag auf anlassunabhängige Beitragserhöhungen stellen. Dasselbe gilt bei Wegfall der Pflegebedürftigkeit.

Falls Sie eine anlassunabhängige Erhöhung vorgenommen haben und anschließend Leistungen wegen Berufsunfähigkeit für einen Zeitraum vor der anlassunabhängigen Erhöhung erhalten, gilt: Die anlassunabhängige Erhöhung wird zurückgenommen und wir zahlen Ihnen den auf die anlassunabhängige Erhöhung entfallenden Teil der Prämien zurück.

Die gleichen Regelungen gelten sinngemäß, wenn Sie Leistungen wegen Krankenschreibung oder wegen Krebs erhalten. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Wartezeitregelungen für Leistungen wegen Krebs (siehe § 3 Abschnitt VIII Absatz 1).

- (5) Wenn Sie eine anlassunabhängige Beitragserhöhung vorgenommen haben, ist der so erhöhte Beitrag Grundlage für weitere dynamische Erhöhungen (siehe § 9). Dies gilt nur dann, wenn Sie die dynamische Erhöhung des Vertrags vereinbart haben.
- (6) Wenn Sie eine anlassunabhängige Beitragserhöhung vornehmen möchten, informieren Sie uns bitte in »*Textform*«.

II. Anlassabhängige Beitragserhöhung bei Einschluss einer Berufsunfähigkeitsrente

- (1) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente versichert haben, können Sie bei folgenden nach Versicherungsbeginn eingetretenen Anlässen Ihren Beitrag ohne erneute »*Risikoprüfung*« erhöhen. Die finanzielle Angemessenheit gemäß Absatz 5 dürfen wir allerdings prüfen.
- a. Die versicherte Person heiratet oder begründet eine Eingetragene Lebenspartnerschaft nach LPartG.
 - b. Die Ehe oder Eingetragene Lebenspartnerschaft der versicherten Person wird geschieden oder aufgelöst.
 - c. Ein Kind der versicherten Person wird geboren oder die versicherte Person adoptiert ein unterhaltsberechtigtes Kind.
 - d. Die versicherte Person erreicht die Volljährigkeit.
 - e. Die versicherte Person nimmt eine selbstständige berufliche Tätigkeit zum Haupterwerb auf. Eine Erhöhung aus diesem Anlass ist nur einmalig während der Vertragslaufzeit möglich.
 - f. Die versicherte Person erreicht einen akademischen Abschluss. Eine Erhöhung aus diesem Anlass ist nur einmalig während der Vertragslaufzeit möglich.
 - g. Die versicherte Person legt die Meisterprüfung ab oder schließt eine berufliche Qualifikation ab, die mit einer Gehaltserhöhung verbunden ist.
 - h. Die versicherte Person nimmt ein Darlehen zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie im Wert von mindestens 50.000 EUR auf.
 - i. Das regelmäßige jährliche Bruttoeinkommen der versicherten Person erhöht sich um mindestens 10 % innerhalb eines Jahres.
 - j. Die versicherte Person ist selbstständig und ihr durchschnittlicher Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre steigt um mindestens 30 % im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der drei davor liegenden Jahre.
 - k. Die versicherte Person nimmt ein Darlehen im gewerblichen Bereich in Höhe von mindestens 50.000 Euro auf.

Ihr Recht auf anlassabhängige Beitragserhöhung können Sie nur unter der folgenden Bedingung ausüben: Sie müssen uns Ihren Wunsch auf anlassabhängige Beitragserhöhung innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt eines der genannten Anlässe anzeigen und entsprechende Nachweise vorlegen.

Die erste Erhöhung können Sie frühestens fünf Jahre nach Vertragsbeginn vornehmen. Die Erhöhungen sind bis fünfzehn Jahre vor dem planmäßigen Rentenbeginn möglich. Sie können eine Erhöhung immer zum nächsten Termin vornehmen, an dem eine Beitragszahlung fällig wird.

- (2) Die anlassabhängigen Beitragserhöhungen erhöhen die garantierte Mindestrente (siehe § 3), die »*beitragsbezogene Garantie*« (siehe § 1) und die versicherte Berufsunfähigkeitsrente. Dabei bleibt das Verhältnis zwischen Mindestrente und Berufsunfähigkeitsrente bestehen.

Für die Berechnung der Höhe der zusätzlichen garantierten Mindestrente verwenden wir die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen »*Rechnungsgrundlagen*«. Diese »*Rechnungsgrundlagen*« legen wir dann jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung fest. Dabei berücksichtigen wir:

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

- (3) Für die anlassabhängige Beitragserhöhung gelten die folgenden Voraussetzungen:

- a. Die versicherte Person ist nicht berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen.
- b. Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig im Sinne vom Anhang I.
- c. Die versicherte Person ist nicht krankgeschrieben im Sinne dieser Bedingungen.
- d. Bei der versicherten Person liegt kein Krebs im Sinne von § 3 Abschnitt VIII Absatz 2 vor.
- e. Sie haben noch keine Versicherungsleistungen wegen Berufsunfähigkeit, Krankschreibung oder Krebs aus diesem Vertrag erhalten oder beantragt.

- (4) Für die anlassabhängige Beitragserhöhung gelten folgende Grenzen:

- Bei jeder anlassabhängigen Beitragserhöhung muss sich der Beitrag um mindestens 60 EUR pro Jahr erhöhen.
- Bei jeder anlassabhängigen Beitragserhöhung erhöht sich die versicherte jährliche Berufsunfähigkeit

- higeitsrente um maximal 6.000 EUR.
 - Die gesamten bei uns versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten betragen nach der anlassabhängigen Beitragserhöhung nicht mehr als 36.000 EUR.
 - Die Summe aller außerplanmäßigen Beitragserhöhungen darf nicht höher sein als die Hälfte des zu Vertragsbeginn vereinbarten Beitrags. Zur Summe aller außerplanmäßigen Beitragserhöhungen zählen hierbei sowohl die anlassabhängigen Beitragserhöhungen als auch die anlassunabhängigen Beitragserhöhungen nach Abschnitt I.
- (5) Wir dürfen prüfen, ob die gesamten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Sie dürfen einen bestimmten Prozentsatz des jährlichen Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Dieser Prozentsatz beträgt bei jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten
- bis 24.000 EUR 70 % des jährlichen Bruttoeinkommens
 - bis 30.000 EUR 65 % des jährlichen Bruttoeinkommens
 - ab 30.001 EUR 55 % des jährlichen Bruttoeinkommens.

Wenn die Berufsunfähigkeitsrente einen dieser Grenzwerte überschreitet, erhalten Sie ein verändertes Angebot, bei dem obige Grenzen beachtet werden.

- (6) Wenn die versicherte Person berufsunfähig oder pflegebedürftig im Sinne von Anhang I wird, können Sie keine anlassabhängigen Erhöhungen mehr vornehmen. Falls Sie eine anlassabhängige Erhöhung vorgenommen haben und anschließend Leistungen wegen Berufsunfähigkeit für einen Zeitraum vor der anlassabhängigen Erhöhung erhalten, gilt: Die anlassabhängige Erhöhung wird zurückgenommen und wir zahlen Ihnen den auf die anlassabhängige Erhöhung entfallenden Teil der Prämien zurück. Die gleichen Regelungen gelten sinngemäß, wenn Sie Leistungen wegen Krankschreibung oder wegen Krebs erhalten. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Wartezeitregelungen für Leistungen wegen Krebs (siehe § 3 Abschnitt VIII Absatz 1).
- (7) Wenn Sie eine anlassabhängige Beitragserhöhung vorgenommen haben, ist der so erhöhte Beitrag Grundlage für weitere dynamische Erhöhungen (siehe § 9). Dies gilt nur dann, wenn Sie die dynamische Erhöhung des Vertrags vereinbart haben.
- (8) Wenn Sie eine anlassabhängige Beitragserhöhung vornehmen möchten, informieren Sie uns bitte in »*Textform*«.

Überschussbeteiligung

§ 11 Überschussbeteiligung

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer nach § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (»VVG«) an den »*Überschüssen*« und »*Bewertungsreserven*« (»*Überschussbeteiligung*«).

I. Überschussermittlung

- (1) Die »*Überschüsse*« stellen wir jährlich bei unserem Jahresabschluss fest. Wir berücksichtigen bei der Ermittlung die Vorschriften des Handelsgesetzbuches (»*HGB*«) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (»*VAG*«) sowie die dazu erlassenen Rechtsverordnungen. Ein unabhängiger Wirtschaftsprüfer prüft den Jahresabschluss.
- (2) Ein Teil des ermittelten »*Überschusses*« wird den Verträgen direkt gutgeschrieben. Ein weiterer Teil wird der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zugeführt. Diese Rückstellung dient dazu, Schwankungen der »*Überschüsse*« im Zeitablauf auszugleichen. Diejenigen Beträge, die wir der RfB zugeführt haben, dürfen wir grundsätzlich nur für die »*Überschussbeteiligung*« der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in Ausnahmefällen dürfen wir hiervon abweichen. Diese Ausnahmen sind nach § 140 VAG:
- die Abwendung eines drohenden Notstandes,
 - der Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind und
 - die Erhöhung der »*Deckungsrückstellung*«, wenn die »*Rechnungsgrundlagen*« angepasst werden müssen. Die »*Rechnungsgrundlagen*« dürfen wir nur dann anpassen, wenn die Änderung der Verhältnisse unvorhersehbar und nicht nur vorübergehend ist.

Wir dürfen die Ausnahmeregelung nur dann anwenden, wenn die Aufsichtsbehörde dem zugestimmt hat.

(3) Die Höhe der künftigen »*Überschussbeteiligung*« hängt davon ab

- wie sich unsere Kapitalerträge entwickeln,
- wie oft und in welcher Höhe wir Leistungen erbringen und
- wie sich die »*Kosten*« entwickeln.

Wir können nicht voraussehen, wie sich die »*Überschussbeteiligung*« entwickelt. Wir können daher auch nicht sagen, wie hoch die »*Überschüsse*« künftig sein werden. Das bedeutet: Wir können die Höhe der »*Überschüsse*« nicht garantieren.

(4) Verschiedene Arten von Versicherungen tragen unterschiedlich zum »*Überschuss*« bei. Deshalb haben wir ähnliche Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst. Wir verteilen die »*Überschüsse*« auf die einzelnen Bestandsgruppen nach dem Umfang, in dem sie zur Entstehung des »*Überschusses*« beigetragen haben.

(5) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe der Rentenversicherungen.

II. Zuteilung von Überschüssen

(1) Unser Vorstand legt auf Vorschlag des »*Verantwortlichen Aktuars*« die »*Überschüsse*« für die einzelnen Verträge für jedes Kalenderjahr fest. Wir veröffentlichen die Höhe der »*Überschüsse im Geschäftsbericht*« (»*Überschussdeklaration*«). Bitte beachten Sie: »*Überschüsse*« können in einzelnen Jahren auch ganz entfallen.

(2) Wir entnehmen die Mittel, die jährlich ausgeschüttet werden, den »*Überschüssen*« des Geschäftsjahres oder der RfB.

III. Zuteilung von Überschüssen vor Rentenbeginn

(1) Vor Beginn der Rente teilen wir Ihrem Vertrag zu Beginn eines jeden Monats »*Überschüsse*« zu. Es gibt diese Arten von »*Überschüssen*«:

- Kostenanteile in Prozent der entnommenen »*Kosten*«, ab dem ersten Monat der Vertragslaufzeit,
- Risikoanteile in Prozent der Risikobeiträge für die Leistung im Todesfall ab dem ersten Monat der Vertragslaufzeit und
- Ertragsanteile in Prozent des garantierten Deckungskapitals am Ende des Vormonats ab dem zweiten Monat der Vertragslaufzeit.
- Ertragsanteile in Prozent des Guthabens des Ertragskontos am Ende des Vormonats ab dem zweiten Monat der Vertragslaufzeit.

Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, erhalten Sie außerdem

- Risikoanteile in Prozent der Risikobeiträge für die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit ab dem ersten Monat der Vertragslaufzeit und
- Risikoanteile in Prozent der Risikobeiträge für die Berufsunfähigkeitsrente ab dem ersten Monat der Vertragslaufzeit. Diese Risikoanteile erhalten Sie nur, wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente versichert haben.

Die zugewiesenen »*Überschüsse*« schreiben wir Ihrem Ertragskonto gut.

Die Höhe der Überschussätze finden Sie in unserer »*Überschussdeklaration*«.

(2) Wenn Sie eine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben, erhalten Sie bei Berufsunfähigkeit, Krankschreibung oder Krebs »*Überschüsse*«. Die »*Überschüsse*« erhalten Sie immer am »*Stammtag*« Ihrer Versicherung. Wir zahlen sie erstmals an dem »*Stammtag*«, an dem die Berufsunfähigkeit, Krankschreibung oder Krebserkrankung mindestens ein volles Jahr bestanden hat. Diese »*Überschüsse*« schreiben wir Ihrem Ertragskonto gut. Die Höhe entnehmen Sie bitte der »*Jährlichen Mitteilung*«.

(3) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente versichert haben, zahlen wir bei Berufsunfähigkeit, Krankschreibung oder Krebs eine jährlich steigende oder gleichbleibende »*Gewinnrente*«. Wir berechnen den Zuwachs als Prozentsatz der Berufsunfähigkeitsrente im vorigen Jahr (inklusive »*Gewinnrente*«). Wie hoch dieser Prozentsatz ist, erfahren Sie in der »*Überschussdeklaration*«. Während Sie Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit erhalten, beteiligen wir Sie auch an

den »Bewertungsreserven (siehe Abschnitt V.). Die Beteiligung an den »Bewertungsreserven ist dann in der »Gewinnrente enthalten. Die »Gewinnrente zahlen wir erstmals an dem »Stammtag, an dem die Berufsunfähigkeit, Krankschreibung oder Krebserkrankung mindestens ein volles Jahr bestanden hat. Falls Sie eine Karenzzeit (siehe § 3 Abschnitt VI. Absatz 5) vereinbart haben, gilt außerdem:

- Bereits an »Stammtagen innerhalb der Karenzzeit erhöht sich Ihr Anspruch auf die »Gewinnrente. Erstmals berechnen wir die »Gewinnrente an dem »Stammtag innerhalb der Karenzzeit, an dem die Berufsunfähigkeit, Krankschreibung oder Krebserkrankung mindestens ein volles Jahr bestanden hat.
- Erst wenn die Karenzzeit abgelaufen ist, zahlen wir die »Gewinnrente aus.

Wir zahlen die »Gewinnrente zusammen mit der Berufsunfähigkeitsrente aus.

- (4) Zusätzlich zu den monatlichen »Überschüssen kann Ihr Vertrag zum Rentenbeginn einen Schlussüberschussanteil erhalten. Der Anspruch auf den Schlussüberschussanteil entsteht erst zu Rentenbeginn. Das bedeutet, dass es keinen Schlussüberschussanteil gibt, wenn die Versicherung vor dem Rentenbeginn durch Tod oder Kündigung endet. Wenn sich die »Überschüsse ungünstig entwickeln, kann das dazu führen, dass auch zu Rentenbeginn kein Schlussüberschussanteil zugeteilt wird.

Der Schlussüberschussanteil hängt von Ihrem garantiertem Deckungskapital und dem Ertragskonto und der Höhe der deklarierten Überschussätze ab. Er ist Teil des Vertragsguthabens zu Rentenbeginn (siehe § 3 Abschnitt I. Absatz 2). Das bedeutet, wir

- berücksichtigen ihn bei der Umrechnung des Vertragsguthabens in eine Rente (siehe § 3 Abschnitt I. Absatz 1) oder
- zahlen ihn auf Ihren Wunsch zusammen mit dem restlichen Vertragsguthaben als Kapitalabfindung aus (siehe § 3 Abschnitt II.).

IV. Zuteilung von Überschüssen nach Rentenbeginn

- (1) Für die Verwendung der »Überschüsse nach Beginn der Rentenzahlung gibt es zwei Möglichkeiten:

- »Bonusrente oder
- »Gewinnrente.

Für welche Überschussverwendung Sie sich bei Vertragsabschluss entschieden haben, finden Sie in Ihrer »Police. Bevor die Zahlung der Rente beginnt, können Sie die Überschussverwendung aber noch ändern. Wenn Sie dies wünschen, teilen Sie uns dies bitte bis spätestens sechs Wochen vor Beginn der Rente in »Textform mit.

- (2) Wenn Sie sich für die »Bonusrente entschieden haben, weisen wir die »Überschüsse Ihrem Vertrag jährlich zu. Die erste Zuteilung erfolgt bei Rentenbeginn. Danach werden die »Überschüsse immer zum »Stammtag zugeteilt. Wenn der Rentenbeginn nicht auf einen »Stammtag fällt, erhalten Sie zum Rentenbeginn eine anteilige Zuteilung. Aus den »Überschüssen bilden wir jedes Jahr eine zusätzliche Rente (»Bonusrente). Dies führt dazu, dass die gesamte Rente gleich bleibt oder steigt.

Bei der Berechnung der Höhe der »Bonusrente verwenden wir die jeweils zum Zeitpunkt der Zuteilung aktuellen »Rechnungsgrundlagen. Dabei berücksichtigen wir:

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

Wenn eine »Bonusrente zugeteilt ist, ist sie ebenfalls garantiert. In den folgenden Jahren teilen wir »Überschüsse auch auf diese »Bonusrente zu.

- (3) Wenn Sie sich für die »Gewinnrente entschieden haben, erhalten Sie

- die zu Beginn der Altersrente garantierte Rente und
- eine zusätzliche Rente aus den »Überschüssen (»Gewinnrente).

Die »Gewinnrente berechnen wir bei Rentenbeginn. Ihre Höhe ändert sich so lange nicht, wie die

Höhe der »Überschüsse unverändert bleibt. Wenn sich die Höhe der »Überschüsse ändert, berechnen wir die »Gewinnrente zum nächsten »Stamntag neu. Die jeweilige »Gewinnrente ist daher nicht garantiert. Wenn sich die »Überschüsse günstig entwickeln, können Sie über die »Gewinnrente hinaus auch »Bonusrenten erhalten.

- (4) Über die »Bonus- oder »Gewinnrente hinaus erhalten Sie außerdem bei günstiger Entwicklung der »Überschüsse eine Zusatzrente. Diese bestimmen wir zu jedem »Stamntag neu. Dabei berücksichtigen wir die zu diesem »Stamntag festgelegten »Überschussätze. Die Zusatzrente kann sowohl gleich bleiben als auch steigen oder sinken. Sie kann auch ganz entfallen, wenn die »Überschussätze zum jeweiligen »Stamntag entsprechend festgelegt sind.
- (5) Diese Regelungen gelten auch für Teilrenten.
- (6) Die genaue Höhe der »Bonus- oder »Gewinnrente sowie der Zusatzrente finden Sie in der »Jährlichen Mitteilung.
- (7) Wenn Sie die Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit ausgeübt haben, so gilt außerdem:
Die Zuteilung von »Überschüssen auf die reduzierte Altersrente nehmen wir vor, wie in den Absätzen 1 bis 5 beschrieben.
Wenn die versicherte Person zu Rentenbeginn bereits pflegebedürftig ist, erhalten Sie auch »Überschüsse auf den Teil der Altersrente, den Sie wegen der Pflegebedürftigkeit zusätzlich gezahlt bekommen. Die erste Zuteilung erfolgt bei Rentenbeginn. Danach teilen wir die »Überschüsse immer zu Beginn eines jeden Rentenbezugsjahres zu. Diese »Überschüsse verwenden wir immer für eine »Bonusrente, also zur Erhöhung der laufenden Rente. Dies geschieht unabhängig davon, für welche Überschussverwendung der reduzierten Altersrente Sie sich entschieden haben.

Wenn die versicherte Person zu Rentenbeginn noch nicht pflegebedürftig ist, bauen wir einen Schlussbonus auf. Solange die versicherte Person noch nicht pflegebedürftig ist, können wir den Schlussbonus auch widerrufen. Wenn die versicherte Person pflegebedürftig wird, bilden wir aus dem Schlussbonus eine zusätzliche Rente. Diese Rente ist dann garantiert. Die Höhe der Rente berechnen wir mit zum Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit aktuellen »Rechnungsgrundlagen. Dabei berücksichtigen wir:

- die Entwicklung der Lebenserwartung
- die Rendite der Kapitalanlagen.

Neben den »Überschüssen auf die reduzierte Altersrente erhalten Sie »Überschüsse auf beide Renten:

- die Altersrente, die wir wegen der Pflegebedürftigkeit zusätzlich zahlen und
- die Rente aus dem Schlussbonus.

Die »Überschüsse teilen wir zu Beginn eines jeden Rentenbezugsjahres zu. Wir verwenden sie immer für eine »Bonusrente, also zur Erhöhung der laufenden Rente.

Wenn wir die Altersrenten aus den zuteilten »Überschüssen berechnen, verwenden wir dafür die »Rechnungsgrundlagen, die zum Zeitpunkt der Zuteilung aktuell sind. Dabei berücksichtigen wir

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

Die Rente aus »Überschüssen auf die erhöhte Altersrente ist garantiert, sobald wir Sie Ihnen zuteilt haben. Auch diese Rente wird danach für die Zuteilung von »Überschüssen berücksichtigt.

Sie wählen bei Rentenbeginn den Prozentsatz, um den sich die reduzierte Altersrente bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit erhöht. Wegen des hier beschriebenen Verfahrens kann es dazu kommen, dass das Verhältnis der Renten unter Berücksichtigung der »Überschussbeteiligung davon abweicht. Dies kann beispielsweise die Folge unterschiedlicher Überschussentwicklungen sein. Über den aktuellen Stand informieren wir Sie in der »Jährlichen Mitteilung.

V. Beteiligung an Bewertungsreserven

Grundlegendes zur Beteiligung an den »Bewertungsreserven

- (1) Nach § 153 VVG beteiligen wir Sie an den »*Bewertungsreserven*. Dabei berücksichtigen wir die jeweils aktuellen Gesetze und Verordnungen.
- (2) Teile der Kapitalanlage weisen wir in der Bilanz unseres Jahresabschlusses möglicherweise mit einem geringeren Wert als dem tatsächlichen Marktwert aus. Der Grund dafür sind gesetzliche Vorschriften. Die positive Differenz zwischen dem tatsächlichen Marktwert und dem Wert in der Bilanz bezeichnen wir als »*Bewertungsreserve*. »*Bewertungsreserven* verändern sich im Laufe der Zeit.
- (3) Versicherungsunternehmen müssen gesetzliche Regeln zur Ausstattung mit Kapital berücksichtigen. Bei der Beteiligung an den »*Bewertungsreserven* berücksichtigen wir diese Regeln.
- (4) Die Beteiligung erfolgt - wie in §153 VVG gefordert - nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Die Grundzüge dieses Verfahrens stellen wir im Rahmen der Erläuterungen zur jährlichen »*Überschussdeklaration* im Geschäftsbericht dar.

Wichtige Eckpunkte zur Beteiligung Ihres Vertrages an den »*Bewertungsreserven*

- (5) Während der Ansparphase, also vor Beginn der Rentenzahlung, beteiligen wir Sie an den »*Bewertungsreserven*. Die Beteiligung an den »*Bewertungsreserven* zahlen wir Ihnen aus, wenn
 - Sie den Vertrag kündigen,
 - die versicherte Person verstirbt oder
 - die versicherte Person bei Rentenbeginn lebt und Sie sich anstelle der Rente das Kapital auszahlen lassen.

Ansonsten berücksichtigen wir die Beteiligung an den »*Bewertungsreserven* bei der Umrechnung des Vertragsguthabens in eine Rente (siehe § 3 Abschnitt I. Absatz 1 und 2).
- (6) Wenn Sie die Altersrente beziehen, kann eine Beteiligung an den »*Bewertungsreserven* für Ihren Vertrag verursachungsorientiert sein. Ob dies der Fall ist, stellen wir jährlich im Rahmen der Festsetzung der »*Überschussbeteiligung* fest. In der »*Überschussdeklaration* im Geschäftsbericht beschreiben wir das Verfahren.
- (7) Wenn sie einen Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, kann auch für diese Absicherung eine Beteiligung an den »*Bewertungsreserven* verursachungsorientiert sein. Ob dies der Fall ist, stellen wir jährlich im Rahmen der Festsetzung der »*Überschussbeteiligung* fest. In der »*Überschussdeklaration* im Geschäftsbericht beschreiben wir das Verfahren.

VI. Mitteilung über den Stand des Ertragskontos

In unserer »*Jährlichen Mitteilung* werden wir Sie über den Stand des Ertragskontos Ihres Vertrags informieren.

Kosten und Gebühren

§ 12 Abschluss- und Vertriebskosten

- (1) Wenn Sie den Vertrag abschließen, wenn sich Ihre Beiträge während der Laufzeit erhöhen und bei Ergänzungszahlungen entstehen »*Kosten*. Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten haben wir bereits pauschal bei der Kalkulation des Tarifs berücksichtigt. Wir stellen sie Ihnen deshalb nicht separat in Rechnung. § 43 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) regelt, welche »*Kosten* dazu zählen. Dazu gehören beispielsweise
 - Provision für den Versicherungsvermittler,
 - Kosten für die Prüfung des Antrags,
 - Kosten für die Erstellung der Vertragsunterlagen,
 - Kosten für Werbung.

Die Abschlusskosten fallen einmalig zu Beginn des Vertrags an. Bei Erhöhungen der Beiträge oder Ergänzungszahlungen während der Vertragslaufzeit fallen die zusätzlichen Abschlusskosten zum Zeitpunkt der Erhöhung oder Ergänzungszahlung an. Die Höhe der Abschlusskosten zu Beginn des Vertrags können Sie den in den Angebotsunterlagen enthaltenen weiteren Informationen entnehmen.

(2) Wenn Sie laufende Beiträge zahlen, wenden wir das Zillmerverfahren an. Das ist ein Verfahren zur Verrechnung der einmalig anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung. Das Zillmerverfahren bedeutet, dass Sie mit Ihren ersten Beiträgen diese einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten zahlen. Außerdem verwenden wir Ihre Beiträge für:

- Leistungen im Versicherungsfall,
- laufende »Kosten für den Abschluss und die Verwaltung des Vertrags in der jeweiligen Versicherungsperiode und
- die Bildung einer »Deckungsrückstellung.

Der Betrag, den Sie für die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten mit Ihren ersten Beiträgen zahlen müssen, ist begrenzt: Nach der Deckungsrückstellungsverordnung zahlen Sie dafür maximal 2,5 % Ihrer gesamten Beiträge während der Laufzeit des Vertrags.

Wenn sich Ihr Beitrag während der Vertragslaufzeit erhöht, fallen zu diesem Zeitpunkt für den zusätzlichen Teil des Beitrags ebenfalls Abschlusskosten an. Dies ist zum Beispiel bei dynamischen Erhöhungen oder Nachversicherungen der Fall. Für die zusätzlichen Abschlusskosten gelten dieselben Regelungen wie oben zu den einmaligen Abschlusskosten zu Vertragsbeginn.

(3) Wenn Sie einen Einmalbeitrag zahlen oder eine Ergänzungszahlung leisten, entnehmen wir die Abschluss- und Vertriebskosten aus dem Einmalbeitrag bzw. der Ergänzungszahlung. Sie werden als Prozentsatz des Einmalbeitrags oder der Ergänzungszahlung berechnet.

(4) Das Zillmerverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der ersten Zeit Ihres Vertrags nur ein geringes Vertragsguthaben vorhanden ist. Damit ist auch der »Rückkaufswert« niedrig. Daher können Sie finanzielle Nachteile haben, wenn Sie den Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen. Mehr dazu finden Sie in § 14 und § 8.
Sprechen Sie vorher bitte mit uns.

§ 13 Gebühren

In bestimmten Fällen entsteht ein zusätzlicher Aufwand für die Verwaltung. Wenn Sie diesen Aufwand veranlasst haben, zahlen Sie eine pauschale »Gebühr«. Beispielsweise wenn

- wir Ihnen eine Ersatzurkunde für die »Police« ausstellen,
- Sie Beiträge nicht zahlen und wir Ihnen eine schriftliche Mahnung schicken,
- wir die Beiträge nicht von Ihrem Konto einziehen können, obwohl Sie am Lastschriftverfahren teilnehmen (Rückläufer im Lastschriftverfahren),
- Sie Änderungen am Vertrag vornehmen lassen, beispielsweise eine Zahlungsunterbrechung (siehe § 8 Absatz 1) oder eine Beitragsreduktion (siehe § 8 Absatz 2),
- Sie eine Teilrente (siehe § 3 Abschnitt III.), eine Teilauszahlung (siehe § 15) oder ein Policendarlehen (siehe § 16) in Anspruch nehmen,
- wir Abtretungen, Verpfändungen und Pfändungen bearbeiten.

Die Höhe der »Gebühr« entspricht dem Aufwand, der in solchen Fällen durchschnittlich entsteht. Bei der Berechnung der einzelnen »Gebühren« sind wir generell von den folgenden Annahmen ausgegangen: Zunächst haben wir den Kostensatz derjenigen Mitarbeiter zugrunde gelegt, die die jeweiligen Geschäftsvorfälle bearbeiten. Zudem hängt die Höhe der »Gebühr« von weiteren Sachkosten ab. Gemeint sind diejenigen Sachkosten, die bei der Bearbeitung der jeweiligen Geschäftsvorfälle üblicherweise bei uns anfallen. Wenn Sie die konkreten Annahmen für die Höhe einer »Gebühr«, die wir Ihnen in Rechnung gestellt haben, wissen möchten, informieren wir Sie auf Nachfrage darüber.

Wir entnehmen die »Gebühr« Ihrem Vertragsguthaben. Die Höhe der »Gebühr« finden Sie im Gebührenkatalog. Den zu Vertragsbeginn gültigen Gebührenkatalog erhalten Sie mit Ihren Angebotsunterlagen.

Wir sind berechtigt, die Höhe der »Gebühren« entsprechend anzupassen, wenn sich die durch den jeweiligen Geschäftsvorfall entstehenden durchschnittlichen Kosten um mindestens 10 % erhöhen. Vermindern sich die durchschnittlichen Kosten um mindestens 10 %, sind wir zu einer entsprechenden Absenkung der »Gebühren« verpflichtet. Den jeweils aktuellen Gebührenkatalog senden wir Ihnen auf Anfrage gerne zu.

Wenn Sie uns nachweisen, dass

- unsere pauschalen Annahmen, die wir Ihnen auf Nachfrage zur Verfügung stellen, in Ihrem Fall nicht zutreffen, oder
- die mit der »Gebühr« abgegoltenen Kosten geringer sind,

kann die »Gebühr« entsprechend entfallen oder sinken.

Kündigung und Teilauszahlung

§ 14 Rückkaufswert - Kündigung

- (1) Sie können den Vertrag vor Rentenbeginn jederzeit zum nächsten Monatsersten kündigen. Mit Wirksamwerden der Kündigung endet Ihr Vertrag.
- (2) Im Fall einer Kündigung zahlen wir
 - den »Rückkaufswert« (siehe Absatz 3)
 - zuzüglich des Ertragskontos (siehe Absatz 4)
 - vermindert um einen Abzug (siehe Absatz 5). Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Garantiewerttabelle in Ihren Vertragsunterlagen.
- (3) § 169 Versicherungsvertragsgesetz enthält Regelungen zum »Rückkaufswert«. Der »Rückkaufswert« ist danach das Deckungskapital der Versicherung. Für die Berechnung des Deckungskapitals müssen dabei die anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik und die »Rechnungsgrundlagen« der Prämienkalkulation verwendet werden. Wenn eine laufende Beitragszahlung vereinbart ist, müssen bei der Berechnung des Deckungskapitals nach § 169 VVG die Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre verteilt werden. Die Abschluss- und Vertriebskosten dürfen nicht höher sein als der Höchstzillmersatz (siehe § 12 Absatz 2). Für Ihren Vertrag entspricht der »Rückkaufswert« nach § 169 VVG dem garantierten Deckungskapital.
- (4) Bei Kündigung enthält das Guthaben des Ertragskontos Ihres Vertrages die bis zum letzten Monatsersten vor dem »Wirksamkeitstermin« der Kündigung zugeteilten »Überschüsse« (siehe § 11 Abschnitt III. Absatz 1). Außerdem beteiligen wir Sie an den vorhandenen »Bewertungsreserven« (siehe § 11 Abschnitt V.).
- (5) Von der Summe aus »Rückkaufswert« und Ertragskonto nehmen wir einen Abzug. Die Erhebung dieses Abzugs vereinbaren wir auf der Grundlage dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit allen unseren Versicherungsnehmern. Den Abzug vereinbaren wir aus folgenden Gründen:

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, verändern sich Risiko und Ertrag im Bestand der restlichen Versicherten. Dies gleichen wir durch den Abzug aus. Außerdem nehmen wir damit einen Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vor.

Die Höhe des Abzuges haben wir auf der Basis von pauschalen Annahmen bestimmt. Sie hängt auch davon ab, in welchem Vertragsjahr die Kündigung erfolgt. Um den Abzug festzulegen, berücksichtigen wir Folgendes:

 - a. Bei einer Kündigung entsteht ein höherer Aufwand für die Bearbeitung. Damit entstehen auch höhere Kosten als bei einem regulären Verlauf des Vertrags.
 - b. Wenn wir Versicherungsprodukte kalkulieren, gehen wir von diesen Annahmen aus: Die Risikogemeinschaft setzt sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammen. Die Erfahrungen zeigen, dass Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko. Der Abzug gleicht dies aus, damit der Versicherungsgemeinschaft kein Nachteil entsteht.
 - c. Mit dem vereinbarten Versicherungsschutz erhalten Sie von uns Garantien und Optionen. Dafür stellt der Bestand aller Versicherten einen Teil des erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) zur Verfügung. Auf diese Weise partizipiert Ihr Vertrag nach seinem Beginn an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Im Gegenzug muss Ihr Vertrag während der weiteren Laufzeit seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Wenn Sie den Vertrag kündigen, gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand teilweise verloren. Der Abzug ist daher auch hierfür ein Ausgleich. Wenn wir die Optionen und Garantien über externes Kapital finanzieren würden, wäre dies wesentlich teurer.

Die Beweislast für die Angemessenheit des so bestimmten Abzugs tragen wir. Haben wir diesen Nachweis erbracht, können Sie uns nachweisen, dass die oben beschriebenen Annahmen ausnahmsweise nicht oder nur teilweise zutreffen. Ist dies bezogen auf Ihren Vertrag der Fall, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Abzug.

Über die Höhe des Abzugs informieren wir Sie mit der Garantiewerttabelle. Sie finden diese Tabelle in Ihren Vertragsunterlagen, beispielsweise in Ihrer »Police«.
- (6) Wir dürfen den nach Absatz 3 berechneten Betrag angemessen herabsetzen. Dies gilt nur, wenn es erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer auszuschließen. Das ist beispielsweise der Fall, wenn die dauernde Erfüllbarkeit unserer Verpflichtungen, die sich aus den

Versicherungsverträgen ergeben, gefährdet ist. Die Herabsetzung ist nur jeweils für ein Jahr möglich. Dies ist in § 169 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz geregelt.

- (7) Bei einer Kündigung haben Sie keinen Anspruch darauf, dass wir Ihnen Ihre Beiträge vollständig zurückzahlen. Wir zahlen jedoch mindestens den garantierten *Auszahlungsbetrag*. Dessen Höhe finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen, beispielsweise in Ihrer »*Police*«.
- (8) Auch nach Beginn einer Teilrente können Sie den Teil des Vertrags kündigen, für den Sie noch keine Rente beziehen. Die beschriebenen Regelungen gelten dann für diesen Teil des Vertrags.
- (9) Wenn Sie kündigen, können Sie finanzielle Nachteile haben. Bei laufenden Beiträgen verrechnen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig über die ersten fünf Jahre nach Maßgabe des § 169 Absatz 3, 4 VVG. Wenn die Dauer bis zum planmäßigen Rentenbeginn kürzer ist als fünf Jahre, verteilen wir die einmaligen Abschlusskosten über diesen kürzeren Zeitraum. Bei Einmalbeiträgen entnehmen wir die Abschlusskosten zu Vertragsbeginn. Deshalb ist zuerst nur ein geringes Vertragsguthaben und nur ein geringer »*Rückkaufswert*« vorhanden. Mehr dazu finden Sie in § 12 Absatz 2. Auch in den folgenden Jahren erreicht der »*Rückkaufswert*« nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge oder das garantierte Vertragsguthaben zum planmäßigen Rentenbeginn.
- (10) Sie möchten Ihre Versicherung nur teilweise kündigen? Nutzen Sie bitte die Möglichkeit der Teilzahlung (siehe § 15). Diese können Sie mit einer gleichzeitigen Beitragsreduktion (siehe § 8 Absatz 2) kombinieren.

§ 15 Teilauszahlung

- (1) Vor dem Beginn der Rente können Sie eine Teilzahlung aus dem Vertragsguthaben erhalten. Eine Teilzahlung ist nur zu einem Fälligkeitstermin eines Beitrags möglich. Wenn Sie keine Beiträge mehr zahlen, kann eine Teilzahlung zu jedem Monatsersten erfolgen. Für die Teilzahlung entnehmen wir Ihrem Vertragsguthaben eine »*Gebühr*«. Die Teilzahlung muss mindestens 1.000 EUR betragen. Bitte beantragen Sie die Teilzahlung mindestens zwei Wochen im Voraus in »*Textform*«.
- (2) Eine Teilzahlung ist nur dann möglich, wenn das im Vertrag verbleibende Guthaben mindestens eine bestimmte Höhe hat. Diese beträgt:
 - die Höhe eines Jahresbeitrages, mindestens aber 1.000 EUR, wenn Sie für Ihren Vertrag noch Beiträge zahlen, und
 - 3.000 EUR, wenn Ihr Vertrag beitragsfrei ist.

Zudem ist eine Teilzahlung auf den Auszahlungsbetrag bei Kündigung (siehe § 14 Absatz 2) begrenzt.

- (3) Nach einer Teilzahlung zahlen wir bei Tod das vorhandene Vertragsguthaben, mindestens aber die Summe der eingezahlten Beiträge abzüglich der Summe aller Teilzahlungen.
- (4) Durch eine Teilzahlung ändert sich die Höhe der zu zahlenden Beiträge nicht.
- (5) Durch eine Teilzahlung reduzieren sich Ihre garantierten Leistungen:
 - die »*beitragsbezogene Garantie*« und
 - die garantierte Mindestrente.

Bitte beachten Sie: Die »*beitragsbezogene Garantie*« kann um mehr als die Höhe der Teilzahlung sinken. Außerdem sinkt auch die Berufsunfähigkeitsrente, falls Sie eine solche vereinbart haben. Die neuen garantierten Leistungen finden Sie in Ihrem Nachtrag zur »*Police*«, den Sie nach der Teilzahlung von uns erhalten.

- (6) Über Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

§ 16 Policendarlehen

- (1) Vor Rentenbeginn können Sie ein Policendarlehen beantragen. Sie haben allerdings keinen Rechtsanspruch darauf, dass wir das Policendarlehen gewähren. Wenn wir Ihnen ein Policendarlehen gewähren, wird hierfür eine »*Gebühr*« fällig.
- (2) Weitere Regelungen ergeben sich aus dem Policendarlehensvertrag, den wir in diesem Fall mit Ihnen schließen. Über Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten, Mitwirkungspflichten

§ 17 Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages

I. Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Wir sind auf die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen angewiesen. Sie müssen daher die vorvertragliche Anzeigepflicht erfüllen. Dies bedeutet, dass Sie alle unsere in »*Textform*« gestellten Fragen vor Abschluss oder Änderung des Vertrags richtig und vollständig beantworten. Dies gilt auch, wenn unser Vermittler Ihnen die Fragen stellt.

Besonders wichtig ist das bei Fragen zu

- Erkrankungen,
- gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden.

Wir beschreiben Ihnen im Folgenden die möglichen Konsequenzen, wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen. Die gesetzlichen Regeln zur Anzeigepflicht finden Sie in § 19 Versicherungsvertragsgesetz (»VVG«).

- (2) Wenn wir das Leben einer anderen Person versichern, beziehen sich unsere Fragen auch auf diese Person. Auch dann sind Sie für die richtige und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Die Antworten der versicherten Person werden Ihnen in diesem Fall zugerechnet.

II. Rücktritt

- (1) Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben, ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen. Wir können den Vertrag dann aber eventuell kündigen (siehe Abschnitt III).

Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzen, gilt: Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir diesen auch bei Kenntnis der nicht oder falsch angezeigten Umstände abgeschlossen hätten. In diesem Fall können wir den Vertrag aber anpassen (siehe Abschnitt IV).

- (2) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wir müssen aber ausnahmsweise doch leisten, wenn wir erst nach dem Eintritt eines »*Leistungsfalls*« vom Vertrag zurückgetreten sind. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie nachweisen, dass

- die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände nicht die Ursache für den Eintritt oder die Feststellung des »*Leistungsfalls*« waren oder
- die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände nicht die Ursache für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht waren.

Wenn Sie oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht arglistig verletzt haben, müssen wir nicht leisten.

- (3) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, zahlen wir den bei einer Kündigung auszahlenden Betrag. Mehr dazu finden Sie in § 14. Sie haben keinen Anspruch darauf, dass wir Ihnen Ihre Beiträge zurückzahlen.

III. Kündigung

- (1) Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, dabei aber nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig handeln, können wir den Vertrag kündigen. Dabei müssen wir eine Kündigungsfrist von einem Monat einhalten.

Wir können den Vertrag nicht kündigen, wenn wir diesen auch bei Kenntnis der nicht oder falsch angezeigten Umstände abgeschlossen hätten. In diesem Fall können wir den Vertrag aber anpassen (siehe Abschnitt IV.).

- (2) Bei einer Kündigung stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei.

- (3) Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben, aber dies nicht zu vertreten haben, verzichten wir auf unser Recht zur Kündigung.

IV. Vertragsanpassung

- (1) Wenn

- Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig verletzt haben und
- wir bei Kenntnis der nicht oder falsch angezeigten Umstände den Vertrag zu anderen Bedingungen abgeschlossen hätten,

gilt: Diese anderen Bedingungen werden auf unseren Wunsch rückwirkend Bestandteil des Vertrags.

Wenn Sie die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht zu vertreten haben, verzichten wir auf unser Recht zur Anpassung des Vertrags.

- (2) In folgenden Fällen können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats fristlos kündigen, nachdem Sie eine Mitteilung von uns erhalten haben:

- Der Beitrag erhöht sich durch die Anpassung des Vertrags um mehr als 10 % oder
- wir versichern den nicht oder falsch angezeigten Umstand nicht.

Mehr zum Thema Kündigung finden Sie in § 14.

V. Ausübung unserer Rechte

- (1) Unsere vorgenannten Rechte können wir nur in den ersten fünf Jahren seit Abschluss des Vertrags ausüben. Wenn vor Ablauf der ersten fünf Jahre ein »*Leistungsfall*« eintritt, gilt: Wir können die Rechte noch nach Ablauf dieser Frist geltend machen. Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzen, beträgt die Frist zehn Jahre.
- (2) Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich ausüben. Die Frist beginnt, wenn wir erfahren haben, dass Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben.
- (3) Die Fristen gelten erneut, wenn Sie nach einer Beitragsfreistellung die Versicherung wiederherstellen. Das gilt auch für jede Änderung, die unsere Leistung erweitert, wenn wir dafür eine erneute »*Gesundheitsprüfung*« verlangen.

VI. Anfechtung

Unabhängig von unseren vorgenannten Rechten haben wir das Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten.

VII. Erklärungsempfänger

Wir üben unsere Rechte durch eine schriftliche Erklärung Ihnen gegenüber aus. Wenn Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten genannt haben, gilt: Im Falle Ihres Todes können wir die Erklärung einem Bezugsberechtigten gegenüber abgeben. Wenn kein Bezugsberechtigter vorhanden ist, können wir die Erklärung dem Inhaber der »*Police*« gegenüber abgeben. Dies gilt auch, wenn wir den Aufenthalt des Bezugsberechtigten nicht feststellen können.

§ 18 Nachweise im Leistungsfall

I. Im Rentenfall

- (1) Bei Rentenbeginn schicken Sie uns bitte Ihre »*Police*«.
- (2) Wir können vor jeder Rentenzahlung ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Die Kosten dafür zahlen wir.
- (3) Wenn Sie Rentenzahlungen zu Unrecht erhalten haben, müssen Sie diese an uns zurückzahlen.
- (4) Diese Regelungen gelten auch für jede Teilrente.

II. Im Todesfall

- (1) Bitte teilen Sie uns den Tod der versicherten Person so schnell wie möglich mit.

(2) Außerdem müssen Sie uns folgende Unterlagen schicken:

- die »Police und
- eine amtliche Sterbeurkunde mit Angaben zu Alter und Geburtsort.

(3) Um unsere Leistungspflicht zu klären, können wir weitere notwendige Nachweise verlangen oder erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Die Kosten für die Nachweise zahlt derjenige, der die Leistung beansprucht. Wir zahlen die Kosten, wenn die Nachweise dazu dienen, eine Einschränkung unserer Leistung zu prüfen.

III. Bei Berufsunfähigkeit, Krankschreibung oder Krebs

(1) Wenn Sie den Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, müssen Sie uns den Eintritt der Berufsunfähigkeit in »Textform melden. Ebenso müssen Sie uns den Eintritt der Pflegebedürftigkeit in »Textform melden, wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit verlangen. Bitte schicken Sie uns darüber hinaus folgende Unterlagen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person momentan behandeln oder behandelt oder untersucht haben. In diesen Berichten müssen Ursache, Beginn, Art, Verlauf und die voraussichtliche Dauer des Leidens beschrieben sein. Diese Berichte müssen auch den Grad der Berufsunfähigkeit oder Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit umfassen,
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person und ihre Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Die Unterlagen müssen auch die eingetretenen Veränderungen umfassen,
- bei Pflegebedürftigkeit im Sinne von Anhang I schicken Sie uns zusätzlich eine Bescheinigung einer Pflegefachkraft über Art und Umfang der Pflege.

(2) Die Kosten für die einzureichenden Unterlagen zahlt derjenige, der die Leistung beansprucht.

(3) Wenn Sie Leistungen wegen Krankschreibung beanspruchen, müssen Sie uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) die in § 3 Abschnitt VII. Absatz 2 beschriebenen Bescheinigungen einreichen. Davon muss mindestens eine Bescheinigung von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein. Die Kosten für die einzureichenden Unterlagen zahlt derjenige, der die Leistung beansprucht.

Wie in § 3 Abschnitt VII. Absatz 1 beschrieben, müssen zeitgleich Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden. Daher müssen Sie außerdem gleichzeitig die in Absatz 1 genannten Unterlagen einreichen. Wir müssen Leistungen wegen Krankschreibung erst dann auszahlen, wenn uns diese Unterlagen vorliegen.

Wenn Sie Leistungen wegen Krebs beanspruchen, müssen Sie uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Verzögern) die in § 3 Abschnitt VIII Absatz 7 beschriebenen Nachweise einreichen.

(4) Die ärztlichen Nachweise und Bescheinigungen muss ein in der EU niedergelassener Arzt erstellen. Dies gilt für die Nachweise und Bescheinigungen

- zum Eintritt oder zum Fortbestehen der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit (siehe Absatz 1),
- zu Leistungen wegen Krankschreibung (siehe Absatz 3) und
- zu Leistungen wegen Krebs. Die benötigten Nachweise für die Leistungen wegen Krebs beschreiben wir in § 3 Abschnitt VIII Absatz 7.

Die Nachweise müssen in deutscher Sprache geschrieben sein, oder Sie müssen den Nachweisen eine Übersetzung ins Deutsche beifügen. Diese Übersetzung muss ein vor Gericht zugelassener Übersetzer erstellt haben.

Wenn wir eine Anreise der versicherten Person aus dem Ausland für erforderlich halten, übernehmen wir die Anreise- und Aufenthaltskosten. Diese Kosten müssen mit uns abgestimmt sein. Wir werden im Einzelfall prüfen, ob wir von den genannten Anforderungen abweichen und beispielsweise auf eine Anreise verzichten können. Wir werden insbesondere auf die Anreise verzichten, wenn die versicherte Person nicht transportfähig ist.

(5) Bei der Prüfung eines Antrags auf Leistung benötigen wir regelmäßig Auskünfte anderer Personen oder Institutionen. Das können sein:

- Ärzte,
- Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten oder
- Alten- und Pflegeheime,

bei denen die versicherte Person in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird. Außerdem

- Pflegepersonen,
- andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen,
- Berufsgenossenschaften und
- Behörden.

Wir können verlangen, dass die versicherte Person diese Personen und Institutionen ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen.

Die versicherte Person kann diese Ermächtigung auch bei Vertragsabschluss erteilen. In diesem Fall werden wir sie informieren, bevor wir eine solche Auskunft einholen. Die versicherte Person kann der Einholung der Auskunft widersprechen. Außerdem kann die versicherte Person jederzeit verlangen, dass wir für jede einzelne Auskunft ihre Einwilligung einholen. Durch das Einholen der einzelnen Einwilligungen kann ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Antrags auf Leistung entstehen. In diesem Fall können wir von Ihnen verlangen, uns die damit verbundenen Kosten zu zahlen. Die versicherte Person kann uns die erforderlichen Informationen aber auch selbst beschaffen.

Wenn uns die versicherte Person

- die genannte Ermächtigung oder Einwilligung im Einzelfall nicht erteilt und
- die benötigten Auskünfte auch nicht selbst beschafft,

kann dies zu einer Verletzung der Mitwirkungspflichten bei der Bearbeitung des Antrags auf Leistung führen.

- (6) Grundsätzlich muss die versicherte Person ärztliche Anordnungen nicht befolgen, um Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung zu erhalten. Die versicherte Person ist jedoch verpflichtet, zur Verringerung des Schadens beizutragen. Dies bedeutet: Sie muss sich allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen unterziehen, die die Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit verbessern oder wiederherstellen. Dies gilt für Maßnahmen, die die Berufsunfähigkeit mindern oder die Krankschreibung wegfallen lassen. Zumutbar sind Untersuchungen und Behandlungen,
- bei denen ein Arzt einen Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließen kann,
 - mit denen keine besonderen Schmerzen verbunden sind und
 - die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten.

Immer zumutbar sind damit

- Maßnahmen der medizinischen Grundversorgung (zum Beispiel Blutkontrollen, Physiotherapie, Behandlung von Allergien) und
- die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (zum Beispiel Prothesen, Seh- oder Hörhilfen, Stützstrümpfe) sowie
- logopädische Maßnahmen.

Nicht unter diese Pflicht fallen Operationen. Ebenfalls nicht darunter fallen spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen mit regelmäßig unangemessen hohen Nebenwirkungen. Wenn die versicherte Person derartige Maßnahmen ablehnt, beeinflusst dies unsere Leistungspflicht nicht.

- (7) Wir sind nicht verpflichtet zu leisten, solange Sie, die versicherte Person oder derjenige, der die Leistung beansprucht eine Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht dürfen wir unsere Leistung kürzen. Die Kürzung muss in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Verschuldens stehen. Es ist möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht nicht beeinflusst. Dann stehen Ihnen weiter die Leistungen aus Ihrem Vertrag zu. Wird die Mitwirkungspflicht später erfüllt, leisten wir ab Beginn des dann laufenden Monats. Dies gilt, wenn sonst alle Voraussetzungen für die Leistung erfüllt sind. Wir dürfen nur dann vollständig oder teilweise nicht leisten, wenn wir Sie über die Konsequenzen informiert haben.
- (8) Wir verpflichten uns, innerhalb von drei Wochen nachdem wir die Unterlagen bekommen haben,
- Sie über unsere Entscheidung zu unserer Leistungspflicht zu informieren oder
 - weitere Unterlagen zum Prüfen von Ihnen anzufordern oder

- Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte einleiten werden (zum Beispiel, wenn wir ein neutrales Gutachten einholen).

Solange wir Sie nicht über unsere Leistungspflicht informiert haben, teilen wir Ihnen mindestens alle vier Wochen den aktuellen Stand mit.

Wir erkennen Leistungen zeitlich unbefristet an. Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit mit uns vereinbart haben, erkennen wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nur in begründeten Einzelfällen befristet an. Hierfür müssen einem endgültigen Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen. Dies ist dann nur einmalig für maximal zwölf Monate möglich. Wenn wir eine Leistung befristet anerkennen, zahlen wir sie für den anerkannten Zeitraum auf jeden Fall. Wir werden in diesem Zeitraum auch keine Nachprüfung durchführen. Wenn die Frist abgelaufen ist, werden wir über unsere Leistungspflicht neu entscheiden.

- (9) Auch nachdem wir unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt haben, gilt: Wir dürfen im weiteren Verlauf den Grad der Berufsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person erneut prüfen. Wir dürfen auch prüfen, ob die Krankschreibung weiter fortbesteht. Wenn die versicherte Person eine neue berufliche Tätigkeit ausübt, fällt die Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Krankschreibung weg. Dies gilt nur, wenn die neue berufliche Tätigkeit der Ausbildung, den Fähigkeiten und der früheren Lebensstellung der versicherten Person entspricht. Dabei berücksichtigen wir auch neu erworbene berufliche Fähigkeiten sowie neue Ausbildungen.

- (10) Um unsere Leistungspflicht zu prüfen können wir

- jederzeit sachdienliche Auskünfte und
- einmal jährlich ärztliche Untersuchungen der versicherten Person

verlangen. Die ärztlichen Untersuchungen werden durch Ärzte durchgeführt, die wir beauftragen. Die Kosten für die Auskünfte oder Untersuchungen zahlen wir. Beachten Sie bitte auch Abschnitt V.

- (11) Sie müssen uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen, wenn

- die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit wieder aufnimmt oder ändert,
- keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von Anhang I mehr vorliegt oder
- keine Krankschreibung mehr vorliegt.

IV. Bei Pflegebedürftigkeit

- (1) Wenn Sie die Option auf Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit eingeschlossen und ausgeübt haben, gilt: Sie müssen Sie uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) benachrichtigen, wenn die versicherte Person pflegebedürftig wird.

- (2) Bei Pflegebedürftigkeit schicken Sie uns bitte diese Unterlagen:

- eine Darstellung der Ursache der Pflegebedürftigkeit,
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln oder behandelt oder untersucht haben. In diesen Berichten müssen Ursache, Beginn, Art, Verlauf und die voraussichtliche Dauer des Leidens beschrieben sein,
- eine Erklärung, dass aus ärztlicher Sicht keine Hoffnung auf ein Ende der Pflegebedürftigkeit besteht,
- sofern vorhanden, eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist. Die Bescheinigung muss Art und Umfang der Pflege beinhalten.

- (3) Die Kosten für die einzureichenden Unterlagen zahlt derjenige, der die Leistung beansprucht.

V. Weitere Nachweise

Wir können außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch Ärzte verlangen, die wir beauftragen. Wir können auch notwendige Nachweise anfordern, etwa über die wirtschaftlichen Verhältnisse und wie diese sich verändert haben. Dazu gehören besonders auch zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die Kosten dafür zahlen wir. Wenn eine ärztliche Begutachtung der versicherten Person notwendig ist, gilt: Wir können verlangen, dass die erforderlichen Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt in einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Dies gilt besonders, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält. Die Kosten für die Untersuchung und die üblichen Kosten für Reise und Übernachtung zahlen wir.

**§ 19
Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Namensänderung, Umzug, Steuerpflicht im Ausland)**

- (1) Sie sind verpflichtet, uns alle Informationen, die wir für die ordnungsgemäße Vertragsdurchführung, insbesondere zur Erfüllung von gesetzlichen Identifizierungs-, Melde- und Abzugspflichten benötigen, sowie diesbezügliche Änderungen unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Bitte teilen Sie uns insbesondere Ihren Umzug oder eine Änderung Ihres Namens wenn möglich zwei Wochen vorher mit.
- (3) Falls Sie oder weitere Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag oder der Leistung aus Ihrem Vertrag haben, in einem anderen Staat oder mehreren anderen Staaten als der Bundesrepublik Deutschland steuerlich ansässig sind, müssen Sie uns dies bei Vertragsabschluss mitteilen. Auch wenn eine steuerliche Ansässigkeit im Ausland nach Vertragsabschluss entsteht oder wegfällt, müssen Sie uns unverzüglich darüber informieren. In diesem Zusammenhang sind auch Informationen über Steueridentifikationsnummer(n), Geburtsdatum und Geburtsort sowie Wohnsitz erforderlich. Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten oder Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, melden wir bei entsprechender gesetzlicher Verpflichtung Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.
- (4) Bitte senden Sie uns auch so früh wie möglich alle anderen Mitteilungen zu Ihrem Vertrag in »*Textform*«. Diese Mitteilungen können beispielsweise Anträge, Ihren Vertrag zu ändern oder Kündigungen sein.
- (5) Bitte beachten Sie in Ihrem Interesse: Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb Deutschlands aufhalten, nennen Sie uns bitte einen Zustellungsbevollmächtigten. Dies ist eine in Deutschland ansässige Person, die unsere Mitteilungen für Sie entgegennehmen darf.

Sonstige Regelungen

**§ 20
Leistungsempfänger**

- (1) Die Leistung erbringen wir an Sie als unseren Vertragspartner oder an Ihre Erben. Falls Sie eine andere Person als bezugsberechtigt bestimmt haben, leisten wir an diese Person.
- (2) Wir leisten gegen Vorlage der »*Police*«. Wir werden aber nicht an den Inhaber der »*Police*« leisten, wenn wir an seiner Berechtigung zweifeln.

**§ 21
Bezugsberechtigung**

- (1) Sie können eine Person oder Personengruppe als bezugsberechtigt benennen.
- (2) Bis der Versicherungsfall eintritt, können Sie das Bezugsrecht auch widerrufen oder andere Personen als bezugsberechtigt einsetzen.
- (3) Bezugsberechtigt für Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit kann nur die versicherte Person oder ein Angehöriger der versicherten Person gemäß § 15 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 der Abgabenordnung sein. Das sind
 - Ehegatten oder Lebenspartner,
 - Verwandte und Verschwägerter in gerader Linie,
 - Geschwister,
 - Kinder der Geschwister,
 - Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner,
 - Geschwister der Eltern.
- (4) Sie können auch bestimmen, dass ein von Ihnen benannter Bezugsberechtigter die Ansprüche aus dem Vertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. In diesem Fall werden wir Ihnen in »*Textform*« bestätigen, dass Sie das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen können. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, können Sie das Bezugsrecht nur noch ändern, wenn die von Ihnen begünstigte Person zustimmt.
- (5) Bitte informieren Sie uns in »*Textform*«, wenn Sie ein Bezugsrecht einräumen oder widerrufen. Nur dann sind Ihre Änderungen wirksam.

**§ 22
Abtretung - Verpfändung**

- (1) Sie können die Ansprüche aus dem Vertrag gegen eine »*Gebühr* abtreten oder verpfänden. Bitte informieren Sie uns in »*Textform* über Ihre Änderungen. Nur dann sind sie wirksam.
- (2) Ansprüche auf eine Berufsunfähigkeitsrente können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, so ist diese uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns der bisherige Berechtigte in Textform angezeigt hat. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

**§ 23
Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung**

- (1) Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.
- (2) Für Klagen gegen uns sind die Gerichte an unserem Geschäftssitz zuständig. Es können auch die Gerichte am Sitz der Niederlassung zuständig sein, die für den Vertrag verantwortlich ist. Eine »*natürliche Person* kann auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren Wohnsitz hat. Personen ohne festen Wohnsitz können auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Beides gilt für den Zeitpunkt, an dem die Klage erhoben wird.
- (3) Es ist möglich, dass wir Ansprüche aus dem Vertrag gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen. Dann ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz haben.
- (4) Wenn Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft verlegen, sind die Gerichte in Deutschland zuständig. Dies gilt auch für einen Umzug nach Island, Norwegen oder in die Schweiz.
- (5) Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag richten sich nach »VVG und Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB). Derzeit beträgt die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre.

**§ 24
An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?**

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

Versicherungsombudsmann

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

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

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

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

Versicherungsaufsicht

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

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

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

Rechtsweg

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

Unser Beschwerdemanagement

- (6) Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

lv_service@gothaer.de

Anhang I: Definition der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit im Sinne einer Berufsunfähigkeit

Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen

- (1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:
- Die versicherte Person ist voraussichtlich länger als sechs Monate ununterbrochen nicht in der Lage, in Ihrem Beruf tätig zu sein. Entscheidend ist der zuletzt ausgeübte Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.
 - Der Grund hierfür ist:
 - Krankheit,
 - Körperverletzung oder
 - mehr als altersentsprechender Kräfteverfall.Sie müssen den Grund für die vollständige Berufsunfähigkeit durch ärztliche Befunde belegen.
 - Die versicherte Person geht keiner anderen Tätigkeit nach, die ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entspricht und ihre bisherige Lebensstellung wahrt.

Wir verzichten auf die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung.

Um die Lebensstellung zu bewerten, betrachten wir das Einkommen und die soziale Wertschätzung des zuletzt ausgeübten Berufs. Wir beurteilen, ob eine Verringerung des Einkommens für die versicherte Person zumutbar ist. Dabei begrenzen wir die für die versicherte Person zumutbare Verringerung des Einkommens auf maximal 20 % des Bruttoeinkommens. Sollte der Bundesgerichtshof einen geringeren Prozentsatz als nicht zumutbare Verringerung des Einkommens festlegen, so ist dieser auch für uns entscheidend. Im begründeten Einzelfall kann aber auch eine bereits heute unter 20 % liegende Verringerung des Einkommens unzumutbar in diesem Sinn sein.

Für Studierende, die sich in der zweiten Hälfte der Regelstudienzeit befinden, gilt darüber hinaus: Übt die versicherte Person konkret eine andere Tätigkeit aus, berücksichtigen wir zugunsten des Studierenden Berufe, welche den erfolgreichen Abschluss dieses Studienganges zwingend erfordern. Zur Vergleichbarkeit der sozialen und finanziellen Lebensstellung stellen wird hierbei auf eine in Vollzeit ausgeübte Tätigkeit dieser Berufe ab.

- (2) Bei Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten sowie Studierenden der Medizin und Tiermedizin liegt eine vollständige Berufsunfähigkeit auch vor, wenn diese beiden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die versicherte Person darf wegen einer Infektionsgefahr keine Patienten behandeln (vollständiges Tätigkeitsverbot). Dafür muss eine Verfügung vorliegen, die auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruht.
 - Das vollständige Tätigkeitsverbot erstreckt sich auf mindestens sechs Monate.

Um ein vollständiges Tätigkeitsverbot nachzuweisen, müssen Sie uns das Original oder eine amtlich beglaubigte Kopie der Verfügung vorlegen. Die versicherte Person gilt nicht als berufsunfähig, wenn:

- sie eine Tätigkeit tatsächlich ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung entspricht, und
- diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Wenn wir Leistungen wegen des vollständigen Tätigkeitsverbotes erbringen, endet die Leistungsverpflichtung in folgenden Fällen:

- Das vollständige Tätigkeitsverbot wird aufgehoben.
- Die Gründe für das vollständige Tätigkeitsverbot sind weggefallen und die versicherte Person kann ihren Beruf oder eine andere Tätigkeit ausüben. Die versicherte Person muss die andere Tätigkeit dabei aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausüben können. Sie muss auch der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person im Sinne von Absatz 1 entsprechen.

Die Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes und der Wegfall der Gründe dafür müssen uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden. Hierbei gelten die Bestimmungen zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit. Mehr dazu finden Sie in § 18 Abschnitt III.

- (3) Für Selbstständige und mitarbeitende Betriebsinhaber gelten besondere Regeln. Für sie setzt das Vorliegen von Berufsunfähigkeit zusätzlich voraus, dass die versicherte Person auch durch wirtschaftlich zumutbare Umorganisation eine Berufsunfähigkeit nicht vermeiden kann. Das bedeutet,

dass die versicherte Person nach der Umorganisation nicht weiter so tätig sein könnte, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen vorliegt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich sinnvoll ist. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person müssen die Umorganisation auch durchführen können. Die bisherige Lebensstellung des Selbstständigen oder Betriebsinhabers muss dabei nach Absatz 1 bestehen bleiben. Dies gilt ebenso für Gesellschafter-Geschäftsführer.

Wir verzichten auf diese zusätzliche Voraussetzung, wenn

- a. die versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in ihrer täglichen Arbeitszeit mindestens 90 % kaufmännische, leitende, planerische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt, oder
 - b. der Betrieb weniger als 5 Mitarbeiter beschäftigt. Nicht zu den 5 Mitarbeitern zählen Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten.
- (4) Wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Prüfung der Berufsunfähigkeit als Hauptberuf studiert, gilt als Beruf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Studierende. Als Studium gilt ein Studium an einer Hochschule (Universität), Fachhochschule (FH) oder Dualen Hochschule (DH). Der angestrebte Studienabschluss muss in Deutschland staatlich anerkannt sein.
Um bei Auszubildenden eine Berufsunfähigkeit während der Ausbildung zu beurteilen, ziehen wir das der Ausbildung entsprechende Berufsbild als Beruf heran.
Die Berufsunfähigkeit eines Beamten beurteilt sich unabhängig von einer Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne allein nach Absatz 1.
Die Tätigkeiten von Schülern, Hausfrauen oder Hausmännern sehen wir als Beruf an. Nimmt die versicherte Person später eine Berufstätigkeit auf, ist nach Absatz 1 von diesem Zeitpunkt an der ausgeübte Beruf versichert.
- (5) Auch Personen, die zu Vertragsbeginn Schüler sind, können gegen Berufsunfähigkeit versichert werden. In diesem Fall können Sie die berufliche Tätigkeit einmalig umstufen lassen, wenn die versicherte Person erstmalig einen Beruf, eine Ausbildung oder ein Studium aufnimmt. Dies ist nur innerhalb der ersten fünf Jahre nach Beginn der Versicherung und innerhalb von sechs Monaten nach der Aufnahme des Berufs, der Ausbildung oder des Studiums möglich. Die berufliche Tätigkeit ist dann der Beruf oder der sich aus der Ausbildung oder dem Studium ergebende Beruf. Zeitgleich können Sie auch die »*Versicherungsdauer*« verlängern, sofern dies in der neuen beruflichen Tätigkeit zulässig gemäß unserer Annahmerichtlinien ist. Die »*Versicherungsdauer*« darf aber nicht über den planmäßigen Rentenbeginn hinausgehen. Sie müssen uns Ihren Wunsch auf Umstellung in »*Textform*« mitteilen.
Die Umstufung des Berufs hat eine Vertragsanpassung und Neuberechnung der benötigten Beitragsteile für den Schutz bei Berufsunfähigkeit zur Folge. Das Gleiche gilt für eine Verlängerung der »*Versicherungsdauer*«.
Wenn sich die »*Leistungsdauer*« bei der Umstufung nicht ändert, benötigen wir keine erneute »*Risikoprüfung*«. Verlängert sich die »*Leistungsdauer*«, so stufen wir den Beruf neu ein und verlangen eine erneute »*Gesundheitsprüfung*«.
In jedem Fall bleiben bereits vereinbarte Leistungsausschlüsse und Zuschläge sowie die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente bei der Umstufung unverändert bestehen.
Das Gleiche gilt, wenn die versicherte Person als Bundesfreiwilligendienstleistender, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr oder Helfer im freiwilligen ökologischen Jahr versichert wurde.
- (6) Es kann auch eine teilweise Berufsunfähigkeit vorliegen. Liegen die genannten Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad (zum Beispiel 50 %) vor, sprechen wir von einer teilweisen Berufsunfähigkeit.
- (7) Eine versicherte Person gilt auch als berufsunfähig, wenn
- sie sechs Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, beruflich tätig zu sein,
 - der Zustand weiterhin andauert,
 - die Berufsunfähigkeit durch Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall verursacht wurde und
 - Sie die Ursache durch ärztliche Befunde nachweisen.
- In diesem Fall gilt die versicherte Person ab Beginn dieses Zustandes als berufsunfähig. Die Berufsunfähigkeit kann vollständig oder teilweise vorliegen. Entscheidend ist der zuletzt ausgeübte Beruf der versicherten Person, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. In einem solchen Fall erbringen wir unsere Leistung rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der sechsmonatige Zeitraum begonnen hat. Bei verspäteter Meldung leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit. Dabei gelten alle oben aufgeführten Punkte zur vollständigen und teilweisen Berufsunfähigkeit.
- (8) Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine berufliche Tätigkeit aus, gelten be-

sondere Regeln. In diesen Fällen gilt als versichert:

- die zuletzt vor dem Ausscheiden aus dem Berufsleben konkret ausgeübte Tätigkeit und
 - die bei Ausscheiden erreichte Lebensstellung nach Absatz 1.
- (9) Innerhalb der Elternzeit ist die Tätigkeit versichert, die die versicherte Person vor Beginn der Elternzeit konkret ausgeübt hat. Dies gilt auch bei mehreren Elternzeiten hintereinander ohne Unterbrechung.
- (10) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im nachfolgend beschriebenen Sinne ist. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:
- Die versicherte Person benötigt für mindestens vier der in Absatz 11 beschriebenen neun Tätigkeiten die Hilfe einer anderen Person.
 - Die versicherte Person benötigt die Hilfe täglich und in erheblichem Umfang auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel. Der notwendige Hilfebedarf ist weiter unten in Einzelheiten beschrieben.
 - Die Hilfebedürftigkeit ist die Folge von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall.
 - Dieser Zustand wird voraussichtlich länger als sechs Monate andauern.

Sie müssen den Grund für die Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Befunde belegen.

(11) Bei den neun Tätigkeiten handelt es sich um:

- **Fortbewegen im Zimmer**
Hilfebedarf besteht, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich
 - an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort
 - auf ebener Oberfläche
 - von Zimmer zu Zimmerfortzubewegen.
Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen einer Gehhilfe, eines Rollstuhls oder anderer technischer Hilfsmittel das Fortbewegen ermöglicht.
- **Aufstehen und Positionswechsel**
Hilfebedarf besteht, wenn die versicherte Person Unterstützung einer anderen Person benötigt, um
 - von einer erhöhten Sitzfläche (wie Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette) aufzustehen und
 - sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel oder ähnliches umzusetzen und
 - sie sich nicht oder nur kurz selbständig in einer Sitzposition halten kann.
 - Zusätzlich kann die versicherte Person nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen eines Pflegebettes, einer Krücke, eines speziellen Griffes oder anderer technischer Hilfsmittel das Aufstehen und den Positionswechsel ermöglicht.
- **An- und Auskleiden**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- oder auskleiden kann.
Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen krankengerechter Kleidung, Schuhlöffel, Knöpfhilfe oder anderer Hilfsmittel das An- und Auskleiden ermöglicht.
Das Reichen der Kleidung und die Kontrolle des Sitzes der Kleidung gelten nicht als Hilfebedarf.
- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht ohne fremde Hilfe
 - bereits vorbereitete essfertige und mundgerecht zubereitete Nahrung essen und
 - bereitstehende Getränke aufnehmen kann.Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße oder anderer technischer Hilfsmittel das Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken ermöglicht.
- **Waschen**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht ausreichend alleine waschen kann. Sie muss sich so waschen können, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene ge-

wahrt bleibt.

Das bedeutet, dass die versicherte Person

- beim Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs und
- bei der Durchführung des Dusch- oder Wannensbades einschließlich des Waschens der Haare

nur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbständig durchführen kann.

Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen von Wannengriffen, einem Wannenslift oder anderer technischer Hilfsmittel das Waschen ermöglicht.

Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.

- **Verrichten der Notdurft**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Notdurft nicht alleine verrichten kann.

Mögliche Gründe sind:

- Sie ist nicht in der Lage, sich nach dem Stuhlgang alleine zu säubern.
- Sie kann ihre Notdurft nur in eine Bettschüssel verrichten.
- Sie kann ihren Darm und/oder ihre Blase nur mit fremder Hilfe entleeren.

Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen von speziellen Griffen, einer Toilette mit Duschfunktion oder anderer technischer Hilfsmittel das Verrichten der Notdurft ermöglicht.

Besteht eine Inkontinenz des Darms oder der Blase, so gilt zusätzlich: Es muss geprüft werden, ob die Inkontinenz des Darms und/oder der Blase durch die Verwendung von Hilfsmitteln ausgeglichen werden kann. Wenn Hilfsmittel verwendet werden können, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor. Diese Hilfsmittel können zum Beispiel sein:

- Windeln,
- spezielle Einlagen,
- Katheder oder
- Kolostomiebeutel.

Die Einschränkung gilt nur, wenn die versicherte Person die Hilfsmittel alleine anwenden kann. Benötigt sie dabei die Hilfe einer anderen Person, gilt diese Einschränkung nicht.

- **Kommunizieren**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit anderen Personen zu kommunizieren. Das bedeutet:

- Die versicherte Person kann elementare Bedürfnisse nur noch durch nonverbale Reaktionen (wie Mimik, Gestik, Lautäußerungen) mitteilen.

Hilfebedarf liegt auch vor, wenn sämtliche der folgenden Punkte zutreffen:

- Die versicherte Person äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse, und
- die versicherte Person antwortet auf Ansprache oder Fragen lediglich in wenigen Worten oder sie weicht im Gespräch in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab, und
- die versicherte Person zeigt keine Eigeninitiative zur Kontaktaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb des direkten Umfeldes, und
- die versicherte Person benötigt personelle Unterstützung während der Kontaktaufnahme, zum Beispiel bei der Nutzung von Kommunikationshilfen (wie Telefon bedienen und halten, Brief- oder Mailkontakt).

- **Denkvermögen**

Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person ihrer selbst und ihrer Umgebung nicht mehr bewusst ist.

Das heißt, die versicherte Person benötigt bei beiden der folgenden Tätigkeiten den ganzen Tag Hilfe in Form von Erinnern und/oder Auffordern:

- Beim Treffen geeigneter Entscheidungen zur eigenen Sicherheit und zum Wohlbefinden und beim Ausführen und Steuern von Alltagshandlungen. Die Hilfe wird benötigt, da die versicherte Person die Reihenfolge einzelner Handlungsschritte oder einzelne, notwendige Schritte regelmäßig vergisst.
- Beim Planen und Strukturieren des Tagesablaufs und über den Tag hinaus und bei der Auswahl der Durchführung von Freizeitaktivitäten.

Hilfebedarf liegt auch vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sämtliche der folgenden Tätigkeiten auszuführen:

- Personen aus dem näheren Umfeld (wie Familienangehörige) erkennen und sich an kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen erinnern.
- Sich in ihrer gewohnten häuslichen und außerhäuslichen Umgebung zurechtfinden und dortige Risiken und Gefahren erkennen.
- Sich auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zeitlich orientieren und Tageszeiten mit regelmäßigen Ereignissen (wie Mittagessen) erkennen.
- Einfache Sachverhalte, Informationen sowie Aufforderungen verstehen, wenn diese nicht wiederholt und erläutert werden.

- **Umgang mit Emotionen**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr alleine mit Emotionen, Wahrnehmungen, Gefühlen sowie Risiken und Gefahren umgehen kann.

Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person mindestens zweimal wöchentlich

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei der Bewältigung von motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (wie ständiges Aufstehen oder zielloses Umhergehen) benötigt oder
- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (wie bei der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme) ablehnt oder
- unter Angstattacken oder Wahnvorstellungen leidet, das heißt sie fühlt sich verfolgt/bedroht/bestohlen und hat starke Ängste oder
- antriebslos oder schwer depressiv ist, das heißt sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf und wirkt apathisch.

(12) Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person unter schweren Hirnleistungsstörungen (schwere Demenz) leidet, die diese Bedingungen erfüllen:

- Die Ursache für die schweren Hirnleistungsstörungen ist ein Unfall oder eine Erkrankung.
- Als Folge der Hirnleistungsstörungen benötigt die versicherte Person Unterstützung bei den oben genannten Tätigkeiten oder kontinuierliche Beaufsichtigung. Ohne Beaufsichtigung würde sie sich oder andere sonst erheblich gefährden.
- Die schwere Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken.

Ein Facharzt der Neurologie muss die Diagnose der schweren Demenz bestätigen. Hierzu ist eine ausführliche Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und die Verwendung psychometrischer Tests notwendig. Es muss mindestens ein Schweregrad 6 ("Schwere kognitive Leistungseinbußen"), ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 6) vorliegen. Es kann auch eine alternative, anerkannte Demenzbeurteilungsskala verwendet werden. Dann muss ein entsprechender Schweregrad festgestellt werden.

Wir können Wiederholungsuntersuchungen fordern, um die Diagnose zu bestätigen.

(13) Die versicherte Person gilt auch als pflegebedürftig, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person ist länger als sechs Monate so hilflos gewesen, dass sie für mindestens vier der in Absatz 11 genannten neun Verrichtungen die Hilfe einer anderen Person benötigte.
- Sie benötigte die Hilfe täglich und in erheblichem Umfang, auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel.
- Die Hilfebedürftigkeit ist die Folge von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall.
- Dieser Zustand dauert auch nach Ablauf des Zeitraums von sechs Monaten an.

Die versicherte Person gilt dann von Beginn der Pflegebedürftigkeit an als pflegebedürftig und berufsunfähig.

Anhang II: Definition der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeoption

Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeoption (1) Der Anspruch auf eine erhöhte Altersrente liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person benötigt für mindestens fünf der in Absatz 2 beschriebenen neun Tätigkeiten die Hilfe einer anderen Person.
- Die versicherte Person benötigt die Hilfe täglich und in erheblichem Umfang auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel. Der notwendige Hilfebedarf ist weiter unten in Einzelheiten beschrieben.
- Die Hilfebedürftigkeit ist die Folge von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall.
- Dieser Zustand wird voraussichtlich länger als sechs Monate andauern.

Sie müssen die Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Befunde belegen.

(2) Bei den neun Tätigkeiten handelt es sich um:

- **Fortbewegen im Zimmer**
Hilfebedarf besteht, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich
 - an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort
 - auf ebener Oberfläche
 - von Zimmer zu Zimmerfortzubewegen.
Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen einer Gehhilfe, eines Rollstuhls oder anderer technischer Hilfsmittel das Fortbewegen ermöglicht.
- **Aufstehen und Positionswechsel**
Hilfebedarf besteht, wenn die versicherte Person Unterstützung einer anderen Person benötigt, um
 - von einer erhöhten Sitzfläche (wie Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette) aufzustehen und
 - sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel oder ähnliches umzusetzen und
 - sie sich nicht oder nur kurz selbständig in einer Sitzposition halten kann.
 - Zusätzlich kann die versicherte Person nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen eines Pflegebettes, einer Krücke, eines speziellen Griffes oder anderer technischer Hilfsmittel das Aufstehen und den Positionswechsel ermöglicht.
- **An- und Auskleiden**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- oder auskleiden kann.
Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen krankengerechter Kleidung, Schuhlöffel, Knöpfhilfe oder anderer Hilfsmittel das An- und Auskleiden ermöglicht.
Das Reichen der Kleidung und die Kontrolle des Sitzes der Kleidung gelten nicht als Hilfebedarf.
- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht ohne fremde Hilfe
 - bereits vorbereitete essfertige und mundgerecht zubereitete Nahrung essen und
 - bereitstehende Getränke aufnehmen kann.Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße oder anderer technischer Hilfsmittel das Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken ermöglicht.
- **Waschen**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht ausreichend alleine waschen kann. Sie muss sich so waschen können, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.
Das bedeutet, dass die versicherte Person
 - beim Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs und
 - bei der Durchführung des Dusch- oder Wannensbades einschließlich des Waschens der Haarenur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbständig durchführen kann.

Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen von Wannengriffen, einem Wannenaufzug oder anderer technischer Hilfsmittel das Waschen ermöglicht.
Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.

- **Verrichten der Notdurft**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Notdurft nicht alleine verrichten kann.

Mögliche Gründe sind:

- Sie ist nicht in der Lage, sich nach dem Stuhlgang alleine zu säubern.
- Sie kann ihre Notdurft nur in eine Bettschüssel verrichten.
- Sie kann ihren Darm und/oder ihre Blase nur mit fremder Hilfe entleeren.

Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen von speziellen Griffen, einer Toilette mit Duschfunktion oder anderer technischer Hilfsmittel das Verrichten der Notdurft ermöglicht.

Besteht eine Inkontinenz des Darms oder der Blase, so gilt zusätzlich: Es muss geprüft werden, ob die Inkontinenz des Darms und/oder der Blase durch die Verwendung von Hilfsmitteln ausgeglichen werden kann. Wenn Hilfsmittel verwendet werden können, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor. Diese Hilfsmittel können zum Beispiel sein:

- Windeln,
- spezielle Einlagen,
- Katheder oder
- Kolostomiebeutel.

Die Einschränkung gilt nur, wenn die versicherte Person die Hilfsmittel alleine anwenden kann. Benötigt sie dabei die Hilfe einer anderen Person, gilt diese Einschränkung nicht.

- **Kommunizieren**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit anderen Personen zu kommunizieren. Das bedeutet:

- Die versicherte Person kann elementare Bedürfnisse nur noch durch nonverbale Reaktionen (wie Mimik, Gestik, Lautäußerungen) mitteilen.

Hilfebedarf liegt auch vor, wenn sämtliche der folgenden Punkte zutreffen:

- Die versicherte Person äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse, und
- die versicherte Person antwortet auf Ansprache oder Fragen lediglich in wenigen Worten oder sie weicht im Gespräch in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab, und
- die versicherte Person zeigt keine Eigeninitiative zur Kontaktaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb des direkten Umfeldes, und
- die versicherte Person benötigt personelle Unterstützung während der Kontaktaufnahme, zum Beispiel bei der Nutzung von Kommunikationshilfen (wie Telefon bedienen und halten, Brief- oder Mailkontakt).

- **Denkvermögen**

Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person ihrer selbst und ihrer Umgebung nicht mehr bewusst ist.

Das heißt, die versicherte Person benötigt bei beiden der folgenden Tätigkeiten den ganzen Tag Hilfe in Form von Erinnern und/oder Auffordern:

- Beim Treffen geeigneter Entscheidungen zur eigenen Sicherheit und zum Wohlbefinden und beim Ausführen und Steuern von Alltagshandlungen. Die Hilfe wird benötigt, da die versicherte Person die Reihenfolge einzelner Handlungsschritte oder einzelne, notwendige Schritte regelmäßig vergisst.
- Beim Planen und Strukturieren des Tagesablaufs und über den Tag hinaus und bei der Auswahl der Durchführung von Freizeitaktivitäten.

Hilfebedarf liegt auch vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sämtliche der folgenden Tätigkeiten auszuführen:

- Personen aus dem näheren Umfeld (wie Familienangehörige) erkennen und sich an kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen erinnern.
- Sich in ihrer gewohnten häuslichen und außerhäuslichen Umgebung zurechtfinden und dortige Risiken und Gefahren erkennen.
- Sich auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zeitlich orientieren und Tageszeiten mit regelmäßigen Ereignissen (wie Mittagessen) erkennen.
- Einfache Sachverhalte, Informationen sowie Aufforderungen verstehen, wenn diese nicht wiederholt und erläutert werden.

- **Umgang mit Emotionen**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr alleine mit Emotionen, Wahrnehmungen, Gefühlen sowie Risiken und Gefahren umgehen kann.

Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person mindestens zweimal wöchentlich

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei der Bewältigung von motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (wie ständiges Aufstehen oder zielloses Umhergehen) benötigt oder

- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (wie bei der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme) ablehnt oder
- unter Angstattacken oder Wahnvorstellungen leidet, das heißt sie fühlt sich verfolgt/bedroht/bestohlen und hat starke Ängste oder
- antriebslos oder schwer depressiv ist, das heißt sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf und wirkt apathisch.

(3) Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz aufweist. Eine solche schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt vor, wenn **jede** dieser Bedingungen erfüllt ist:

- Die mentalen Fähigkeiten der versicherten Person haben sich infolge einer organischen Krankheit wie der Alzheimer'schen Krankheit erheblich verschlechtert.
- Die versicherte Person muss aufgrund der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz beaufsichtigt werden, um Gefährdungen zu verhüten.
- Die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz kann mit Standardtestverfahren nachgewiesen werden.
- Die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz wird voraussichtlich dauerhaft bestehen.

Beaufsichtigung zur Verhütung von Gefährdung bedeutet dabei, dass die versicherte Person beaufsichtigt werden muss, um zu verhindern, dass sie sich oder anderen Personen Schaden zufügt. Dies kann der Fall sein, wenn die versicherte Person

- den Wohnbereich unkontrolliert verlässt oder
- gefährdende Situationen verkennt oder verursacht oder
- unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen hantiert oder
- sich tätlich oder verbal aggressiv in Verkennung der Situation verhält.

Dies gilt unabhängig von der Fähigkeit, die in Absatz 2 genannten Verrichtungen ohne Unterstützung durch eine andere Person ausführen zu können.

(4) Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person unter mittelschweren oder schweren Hirnleistungsstörungen (mittelschwere oder schwere Demenz) leidet, die diese Bedingungen erfüllen:

- Die Ursache für die mittelschweren oder schweren Hirnleistungsstörungen ist ein Unfall oder eine Erkrankung.
- Als Folge der Hirnleistungsstörungen benötigt die versicherte Person Unterstützung bei den in Absatz 2 genannten Tätigkeiten oder kontinuierliche Beaufsichtigung. Ohne Beaufsichtigung würde sie sich oder andere sonst erheblich gefährden.
- Eine mittelschwere oder schwere Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken.

Ein Facharzt der Neurologie muss die Diagnose der mittelschweren oder schweren Demenz bestätigen. Hierzu ist eine ausführliche Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und die Verwendung psychometrischer Tests notwendig. Es muss mindestens ein Schweregrad 5 ("Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen"), ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) vorliegen. Es kann auch eine alternative, anerkannte Demenzbeurteilungsskala verwendet werden. Dann muss ein entsprechender Schweregrad festgestellt werden. Wir können Wiederholungsuntersuchungen fordern, um die Diagnose zu bestätigen. Leichte oder mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere oder schwere Demenz im oben genannten Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

Anhang III: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)

Beitragsbezogene Garantie

Die beitragsbezogene Garantie bestimmt die Mindesthöhe Ihres Vertragsguthabens zum Rentenbeginn. Wir beschreiben die beitragsbezogene Garantie in § 1 Absatz 3.

Bewertungsreserven

Bewertungsreserven sind die Differenz aus dem Marktwert von Kapitalanlagen und dem Wert, den wir in der Bilanz ausweisen. Dieser kann wegen gesetzlicher Vorschriften geringer sein als der Marktwert (Niederstwertprinzip).

Bonusrente

Bonusrente bezeichnet eine Form der »*Überschussbeteiligung* im Rentenbezug. Wir beschreiben die Bonusrente in § 11 Abschnitt IV. Absatz 2.

Deckungsrückstellung

Die Deckungsrückstellung ist der Wert, den wir in der Bilanz für unsere vertraglichen Verpflichtungen ansetzen. Diese Verpflichtungen entstehen dadurch, dass wir immer in der Lage sein müssen, die vertraglich vereinbarten Leistungen zu erbringen.

Garantieleistungen

Garantieleistungen sind die Leistungen, die wir mindestens erbringen werden. Die tatsächlichen Leistungen sind nicht vorhersehbar, da sie von verschiedenen Einflüssen abhängen. So hat beispielsweise die Entwicklung an den Kapitalmärkten Einfluss auf das Vertragsguthaben. Die tatsächlichen Leistungen sind aber immer mindestens so hoch wie die Garantieleistungen.

Gebühr

Sie zahlen Gebühren, wenn Sie einen Aufwand verursachen, der bei normalem Verlauf des Vertrags nicht entstanden wäre. Ein Beispiel: Sie zahlen Ihre Beiträge per Lastschrift. Ihre Bank kann die Lastschrift aber nicht einlösen, weil nicht genügend Geld auf Ihrem Konto ist. Dafür berechnet die Bank uns dann Gebühren, die wir an Sie weiterreichen. Anders als »*Kosten* zahlen Sie Gebühren zusätzlich zu Ihren Beiträgen. Die Höhe der Gebühren kann sich im Vertragsverlauf ändern. Die bei Abschluss des Vertrags aktuellen Gebühren finden Sie in Ihren Unterlagen. Im weiteren Vertragsverlauf nennen wir Ihnen gern die jeweils aktuellen Gebühren. Mehr dazu finden Sie auch in § 13.

Gesundheitsprüfung

Vor Abschluss einer Versicherung stellen wir Fragen zu der Gesundheit der zu versichernden Person. Mit diesen Antworten schätzen wir ein, ob wir den Antrag zu normalen Bedingungen annehmen. Falls Vorerkrankungen vorliegen, können wir Zuschläge auf den Beitrag verlangen, bestimmte Leistungen ausschließen oder den Antrag ablehnen. Es ist wichtig, dass die Fragen zur Gesundheit richtig beantwortet werden. Denn sonst können wir in bestimmten Fällen vom Vertrag zurücktreten oder Ihnen eine Leistung versagen. Näheres dazu finden Sie in § 17. Auch wenn Sie während der Laufzeit die Leistungen erhöhen möchten, können wir eine Gesundheitsprüfung durchführen. Ausnahmen davon beschreiben wir in § 10.

Gewinnrente

Gewinnrente bezeichnet Formen der »*Überschussbeteiligung*. Bitte beachten Sie: Die Gewinnrente gibt es sowohl für die Altersrente als auch für die Berufsunfähigkeitsrente. Diese beiden Gewinnrenten sind aber unterschiedlich ausgestaltet.

Bei der Berufsunfähigkeitsrente verwenden wir die jährlich zugeteilten »*Überschüsse*, damit Sie eine höhere Rente erhalten. Wenn in einem Jahr keine »*Überschüsse* anfallen, bleibt die Rente gleich.

Bei der Altersrente berechnen wir die Gewinnrente zu Rentenbeginn so, dass sie gleich bleibt, solange wir die »*Überschüsse* nicht ändern. Wenn wir die »*Überschüsse* ändern, berechnen wir die Gewinnrente neu. Daher kann die Gewinnrente hier sowohl steigen als auch sinken.

HGB

Abkürzung für Handelsgesetzbuch.

Inkrafttreten (einer Beitragsfreistellung)

Bei diesem Inkrafttreten wird eine Beitragsfreistellung wirksam. Dies geschieht am ersten Tag eines Monats.

Jährliche Mitteilung

Einmal im Jahr erhalten Sie von uns zum »*Stammtag* eine Mitteilung über den aktuellen Stand Ihres Vertrags. Darin teilen wir Ihnen beispielsweise mit, wie hoch Ihr Guthaben ist und wie Ihre Beiträge im vergangenen Jahr verwendet wurden. Die erste jährliche Mitteilung erhalten Sie von uns zum ersten »*Stammtag*, der auf den Beginn Ihrer Versicherung folgt.

Kosten

Für den Abschluss und die Verwaltung Ihres Vertrags zahlen Sie Abschluss- und Verwaltungskosten. Im Gegensatz zu den »*Gebühren* sind diese Kosten bereits in Ihren Beiträgen enthalten. Sie müssen sie nicht zusätzlich zahlen. Mehr zu den Abschlusskosten finden Sie in § 12. Wie hoch die Kosten für Ihren Vertrag genau sind, finden Sie in den weiteren Informationen in Ihren Angebotsunterlagen.

Leistungsdauer

Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, in dem wir eine vereinbarte Leistung höchstens erbringen. Das kann beispielsweise eine Berufsunfähigkeitsrente sein. Das Ende der Leistungsdauer kann nach dem Ende der »*Versicherungsdauer* liegen.

Ein Beispiel für Sie: Tritt der »*Leistungsfall* (die Berufsunfähigkeit) in der »*Versicherungsdauer ein*, erbringen wir die Leistung (die Berufsunfähigkeitsrente) bis zum Ende der Leistungsdauer.

Wenn Sie Schutz bei Berufsunfähigkeit versichert haben, finden Sie die Leistungsdauer dafür in Ihrer »*Police*.

Leistungsfall

Der Leistungsfall ist das Ereignis, das die vertraglich vereinbarte Leistung auslöst. Das kann beispielsweise Berufsunfähigkeit oder Tod sein, aber auch, dass die versicherte Person den Rentenbeginn erlebt.

Mindestrentenfaktor

Mit Hilfe eines Rentenfaktors rechnet man ein Kapital in eine Rente um. Beispielsweise gibt ein Rentenfaktor von 20,00 EUR je 10.000 EUR Vertragsguthaben an, dass Sie für ein Vertragsguthaben von 100.000 EUR eine Rente von 200 EUR erhalten. Der Mindestrentenfaktor ist der Rentenfaktor, den wir bei der Berechnung Ihrer Rente mindestens verwenden. Das bedeutet: Wenn der zu Rentenbeginn aktuelle Rentenfaktor niedriger ist als der Mindestrentenfaktor, rechnen wir mit dem Mindestrentenfaktor.

natürliche Person

Juristische Personen sind beispielsweise Unternehmen. Im Gegensatz dazu sind natürliche Personen Menschen. Diese Bezeichnung tritt meist im Zusammenhang mit Rechten und Pflichten auf, die diese Personen haben.

Police (Versicherungsschein)

Die Police ist die Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag.

Rechnungsgrundlagen

Rechnungsgrundlagen sind die Daten, auf denen die Kalkulation unserer Tarife beruht. Dazu gehören der garantierte Zins, die »*Kosten* und die Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt der einzelnen Risiken.

Rentengarantiezeit

Die Rentengarantiezeit bezeichnet einen Zeitraum ab dem Rentenbeginn. Wenn die versicherte Person während dieses Zeitraums verstirbt, zahlen wir die vereinbarte Rente bis zum Ende der Rentengarantiezeit weiter oder zahlen einen einmaligen Betrag aus. Ob Sie eine Garantiezeit vereinbart haben, wie lange sie dauert und in welcher Form wir die Leistung auszahlen, finden Sie in Ihrer »*Police*.

Rentenzahlungsperiode

Die Rentenzahlungsperiode richtet sich nach der »*Rentenzahlweise*. Bei Abschluss des Vertrags entscheiden Sie sich für eine monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche »*Rentenzahlweise*. Die Rentenzahlungsperioden legen wir vom »*Stamntag* der Versicherung aus fest. Ist der »*Stamntag* der Versicherung beispielsweise der 1. Juli bei halbjährlicher »*Rentenzahlweise*, so gibt es jährlich zwei Rentenzahlungsperioden: vom 1. Juli bis zum 31. Dezember und vom 1. Januar bis zum 30. Juni.

Rentenzahlweise

Die Rentenzahlweise ist der Rhythmus, in dem wir eine Rente zahlen: monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die Zahlweise haben Sie bei Abschluss des Vertrags festgelegt.

Risikoprüfung

Vor Abschluss der Versicherung und gegebenenfalls bei der Erhöhung von Leistungen oder deren Umfang stellen wir Ihnen verschiedene Fragen. Diese betreffen die Gesundheit der versicherten Person (»*Gesundheitsprüfung*), aber auch beispielsweise ihren Beruf oder ihr Einkommen. Es ist wichtig, dass Sie die Fragen richtig beantworten. Anhand der Antworten schätzen wir ein, ob wir den Antrag oder die Änderung wie von Ihnen gewünscht annehmen.

Rückkaufswert

Der Rückkaufswert entspricht dem Wert des Vertragsguthabens zum Zeitpunkt einer Kündigung (Zeitwert). Aus dem Rückkaufswert ermitteln wir den Betrag, den wir bei einer Kündigung auszahlen. Mehr zum Rückkaufswert finden Sie in § 14. Die konkrete garantierte Höhe des Rückkaufswerts und des auszuzahlenden Betrages bei Kündigung Ihres Vertrags finden Sie beispielsweise in Ihrer »*Police*.

Sparbeitrag

Der Sparbeitrag ist der gezahlte Beitrag abzüglich der entnommenen »*Kosten* und der Beiträge für den Risikoschutz. Risikoschutz kann beispielsweise eine Leistung im Todesfall oder ein Schutz bei Berufsunfähigkeit sein.

Stamntag

Der Stamntag ist der erste Tag des Monats des planmäßigen Beginns der Altersrente. Den planmäßigen Rentenbeginn Ihrer Versicherung finden Sie in Ihrer »*Police*.

Textform

Die Textform ist eine Form für die Abgabe von Willenserklärungen im Rechtsverkehr (beispielsweise auf Papier oder in einer E-Mail). Eine Unterschrift ist hier nicht nötig. Gesetzlich geregelt wird die Textform in § 126b BGB (Bürgerliches Gesetzbuch).

Überschussdeklaration

In unserem Geschäftsbericht veröffentlichen wir die Überschussdeklaration. Dort informieren wir über die Höhe der Überschussanteile für die einzelnen Tarife in einem Kalenderjahr. Sie finden den jeweils aktuellen Geschäftsbericht im Internet unter www.gothaer.de.

Überschuss, Überschussbeteiligung

Überschüsse entstehen, wenn weniger »*Leistungsfälle*« eintreten oder wir höhere Zinsen erwirtschaften, als wir bei unserer Berechnung angenommen haben. Sie können auch entstehen, wenn die »*Kosten*« geringer sind, als wir ursprünglich angenommen haben. Durch die Überschussbeteiligung geben wir die erzielten Überschüsse an die einzelnen Verträge weiter.

Überschusszuteilung

Die Überschusszuteilung bezeichnet die Höhe der »*Überschüsse*«, die wir einem Vertrag zuweisen.

VAG

Abkürzung für Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz).

Verantwortlicher Aktuar

Der Verantwortliche Aktuar stellt unter anderem sicher, dass wir die vertraglich zugesagten Leistungen erbringen können. Dafür prüft er beispielsweise, ob die berechneten Beiträge ausreichend sind. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, einen Verantwortlichen Aktuar zu bestellen.

Verbrechen

Ein Verbrechen ist eine rechtswidrige Tat, die mit einer Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr bestraft wird.

Vergehen

Ein Vergehen ist eine rechtswidrige Tat, für die die Mindest-Freiheitsstrafe unter einem Jahr liegt. Vergehen können auch mit einer Geldstrafe bestraft werden.

Versicherungsdauer

Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum vom Beginn bis Ende der Versicherung oder eines Teils der Versicherung. Für verschiedene Leistungen, beispielsweise Tod und Berufsunfähigkeit, können auch unterschiedliche Versicherungsdauern vereinbart werden.

Versicherungsschein

Siehe »*Police*«.

VVG

Abkürzung für Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).

Wirksamkeitstermin (beispielsweise einer Kündigung)

Der Wirksamkeitstermin ist der erste Tag in einem Monat, in dem beispielsweise eine Kündigung wirksam wird.