

Versicherungsbedingungen

Diese Versicherungsbedingungen wenden sich an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner.

Teil A - Leistungsbausteine

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den einzelnen Bausteinen, die Sie bei uns abgeschlossen haben. Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen die Leistung eingeschränkt oder ausgeschlossen ist. Daneben werden besondere Pflichten und Obliegenheiten beschrieben, die Sie beachten müssen. Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, finden Sie auch in Teil B.

BerufsunfähigkeitsPolice Invest E23

	Seite
1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang..	1
2. Leistung aus der Überschussbeteiligung	6
3. Unmittelbare Beteiligung an der Wertentwicklung von Fonds.....	8
4. Leistungsempfänger und Überweisung der Leistung.....	10
5. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	11
6. Ihre Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	11
7. Erklärung über unsere Leistungspflicht.....	13
8. Kosten Ihres Vertrags.....	13
9. Beitragsfreistellung.....	14
10. Kündigung	15
11. Verzicht auf das Recht zur Beitragsanpassung bzw. Herabsetzung der garantierten Versicherungsleistungen	16
12. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten.....	16
13. Abänderungen zur BerufsunfähigkeitsPolice Invest E23.....	19

Teil B - Pflichten für alle Bausteine

Hier finden Sie wesentliche bausteinübergreifende Pflichten und Obliegenheiten. Weitere Pflichten und Obliegenheiten finden Sie in Teil A. Die Regelungen in Teil B gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für den gesamten Vertrag.

	Seite
1. Vorvertragliche Anzeigepflicht.....	23
2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung.....	23
3. Weitere Mitwirkungspflichten	24
4. Abänderungen zum Teil B.....	25

Teil C - Allgemeine Regelungen

Die Regelungen in Teil C gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für den gesamten Vertrag.

	Seite
1. Beginn des Versicherungsschutzes	26
2. Versicherungsschein	26
3. Deutsches Recht	26
4. Zuständiges Gericht	26
5. Verjährung.....	26
6. Informationen während der Vertragslaufzeit	26
7. Abänderungen zum Teil C	26

Erläuterung von Fachausdrücken

Hier definieren wir wichtige Fachausdrücke. Im Text des ersten Bausteins haben wir diese Fachausdrücke mit einem "→" markiert. Beispiel: →Versicherungsnehmer.

Anhang zum Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang"

Hier finden Sie einen Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017.

Teil A - Leistungsbausteine

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den einzelnen Bausteinen, die Sie bei uns abgeschlossen haben. Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen die Leistung eingeschränkt oder ausgeschlossen ist. Daneben werden besondere Pflichten und Obliegenheiten beschrieben, die Sie beachten müssen. Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, finden Sie auch in Teil B.

BerufsunfähigkeitsPolice Invest E23

Hier finden Sie die Regelungen Ihrer BerufsunfähigkeitsPolice Invest sowie für Ihren Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben.

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?
- 1.2 Welche Leistungen erbringen wir wegen Krankenschreibung und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?
- 1.3 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?
- 1.4 Wann und in welcher Höhe erbringen wir eine Umorganisationshilfe bei Selbstständigen?
- 1.5 Wann und in welcher Höhe erbringen wir eine Wiedereingliederungshilfe?
- 1.6 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?
- 1.7 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?
- 1.8 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?
- 1.9 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

- 1.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?

(1) Leistungen bei Berufsunfähigkeit

Wenn die →versicherte Person während der Versicherungsdauer der Versicherung zu mindestens 50 Prozent berufsunfähig wird, erbringen wir die vereinbarten Leistungen:

- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für Ihre Versicherung.
- Wir zahlen die Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die erste Zahlung erfolgt gegebenenfalls anteilig. Wir überweisen die Rente jeweils am ersten →Bankarbeitstag nach den vereinbarten Fälligkeitsterminen.

Die Leistungen bei Berufsunfähigkeit erbringen wir, solange

- der Grad der Berufsunfähigkeit mindestens 50 Prozent beträgt und
- die →versicherte Person lebt, längstens jedoch bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer bei Berufsunfähigkeit.

Wir bieten Ihnen darüber hinaus eine Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch entsprechende Spezialisten an.

(2) Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit

a) Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente

Die Ansprüche auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente entstehen mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Für den Fall, dass Leistungen wegen Krankenschreibung nach Ziffer 1.2 erbracht werden, entsteht der Anspruch erst zu dem in Ziffer 1.2 Absatz 1 b) genannten Zeitpunkt.

Wenn Sie eine Karenzzeit vereinbart haben, entsteht der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente mit dem Ablauf des Monats, in dem die Karenzzeit endet. Die Karenzzeit ist der Zeitraum zwischen dem Eintritt der Berufsunfähigkeit und dem Zeitpunkt, ab dem deswegen ein Anspruch auf die Zahlung von Berufsunfähigkeitsrenten entstehen kann. Voraussetzung für das Entstehen des Anspruchs auf Berufsunfähigkeitsrente ist in diesem Fall, dass

- die →versicherte Person im Sinne dieser Regelungen bis zum Ablauf der Karenzzeit ununterbrochen berufsunfähig war und
- zu diesem Zeitpunkt noch berufsunfähig ist.

Wenn die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Karenzzeit endet und innerhalb von 3 Jahren danach erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten angerechnet.

Wenn wir Leistungen wegen Umorganisation bei Selbstständigen erbringen (siehe Ziffer 1.4) und innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, werden die Umorganisationshilfeszahlungen auf die Leistungen der Berufsunfähigkeitsvorsorge angerechnet.

Wenn wir Leistungen wegen Wiedereingliederung erbringen (siehe Ziffer 1.5) und innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, werden die Wiedereingliederungshilfeszahlungen auf die Leistungen der Berufsunfähigkeitsvorsorge angerechnet.

b) Beitragszahlung bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht

Wenn die →versicherte Person im Sinne von Ziffer 1.2 Absatz 1 krankgeschrieben ist, befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht.

Wenn die →versicherte Person nicht im Sinne von Ziffer 1.2 Absatz 1 krankgeschrieben ist, gilt:

Bis zur Entscheidung, ob ein Anspruch vorliegt,

- müssen die Beiträge in voller Höhe weiter gezahlt werden. Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkennen, werden wir zuviel gezahlte Beiträge zurückzahlen.
- können Sie beantragen, dass die bis zur endgültigen Entscheidung noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Falls wir unsere Leistungspflicht nicht anerkennen, müssen gestundete Beiträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf 24 Monate verteilt werden oder durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung ausgeglichen werden.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Möglichkeiten des Beitragsausgleichs.

1.2 Welche Leistungen erbringen wir wegen Krankschreibung und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?

(1) Leistungen wegen Krankschreibung

a) Leistungen in Höhe der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

Wenn die →versicherte Person während der Versicherungsdauer der Versicherung Leistungen bei Berufsunfähigkeit verlangt und die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Versicherung mindestens 6 Monate ununterbrochen krankgeschrieben war oder voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen krankgeschrieben sein wird, erbringen wir die folgenden Leistungen:

- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Versicherung.
- Wir zahlen eine Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die erste Zahlung erfolgt gegebenenfalls anteilig. Wir überweisen die Rente jeweils am ersten →Bankarbeitstag nach den vereinbarten Fälligkeitsterminen.

Leistungen wegen Krankschreibung können nur dann verlangt werden, wenn zeitgleich Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden.

b) Leistungsdauer

Die Leistungen wegen Krankschreibung erbringen wir, solange

- die →versicherte Person ununterbrochen krankgeschrieben ist bzw. sein wird und
- die vereinbarte Leistungsdauer bei Berufsunfähigkeit nicht abgelaufen ist und
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen und
- die versicherte Person lebt und
- insgesamt eine Dauer der Krankschreibung von 24 Monaten während der vereinbarten Leistungsdauer bei Berufsunfähigkeit nicht überschritten ist. Wenn die →versicherte Person mehrfach nach Absatz a) krankgeschrieben ist, ist die Leistungsdauer wegen Krankschreibung für alle eintretenden Krankschreibungen zusammen auf 24 Monate beschränkt.

Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der →versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, erbringen wir mit Beginn des nächsten Monatsersten nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen wegen Krankschreibung eingestellt.

Wenn wir

- Leistungen wegen Krankschreibung der →versicherten Person erbringen und
- nach Abschluss der Leistungsprüfung wegen Berufsunfähigkeit feststellen, dass Berufsunfähigkeit vorliegt,

gilt:

Wir rechnen den Zeitraum zwischen dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, und dem Beginn der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, für den wir Leistungen wegen Krankschreibung erbracht haben, auf die maximale Leistungsdauer wegen Krankschreibung von insgesamt 24 Monaten nicht an.

c) Verhältnis der Leistungen wegen Krankschreibung und Berufsunfähigkeit

Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung.

Für den Zeitraum zwischen dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, und Abschluss der Leistungsprüfung wegen Berufsunfähigkeit, für den wir Leistungen wegen Krankschreibung erbracht haben, zahlen wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Die Leistungen wegen Krankschreibung entsprechen der Höhe nach den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

d) Einreichung von Unterlagen

Wenn Leistungen wegen Krankschreibung verlangt werden, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers Bescheinigungen nach Absatz 2 eingereicht werden. Davon muss mindestens eine Bescheinigung von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein.

e) Nachprüfung unserer Leistungspflicht

Wenn wir Leistungen wegen Krankschreibung erbringen, sind wir berechtigt zu prüfen, ob nach wie vor eine ununterbrochene Krankschreibung der →versicherten Person vorliegt.

f) Auskunfts- und Mitwirkungsobliegenheiten

Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn keine Krankschreibung mehr vorliegt.

(2) Krankschreibung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen

Als krankgeschrieben im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gilt die →versicherte Person, wenn uns auf die versicherte Person ausgestellte ärztliche Bescheinigungen eingereicht werden, wie sie in § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) vorgesehen sind. Wenn dies nicht möglich ist, zum Beispiel weil die →versicherte Person kein(e) Arbeitnehmer(in) ist, sind entsprechende ärztliche Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person einzureichen.

Als krankgeschrieben im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gilt die →versicherte Person auch, wenn uns eine auf die versicherte Person ausgestellte Bescheinigung eines Facharztes eingereicht wird, aus der sich eine voraussichtliche Krankschreibung von mindestens 6 Monaten ergibt.

(3) Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung

Der Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der Beginn der ersten Krankschreibung fällt.

(4) Karenzzeit

Wenn Sie eine Karenzzeit vereinbart haben, gelten die Regelungen nach Ziffer 1.1 Absatz 2 auch für die Leistungen wegen Krankschreibung. Dabei gelten folgende Besonderheiten:

- Bereits zurückgelegte Karenzzeiten wegen Krankschreibung werden bei einer innerhalb von 3 Jahren aufgrund derselben medizinischen Ursache eintretenden Berufsunfähigkeit auf die Karenzzeit für die Leistung wegen Berufsunfähigkeit angerechnet.
- Ebenfalls werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten wegen Berufsunfähigkeit bei einer innerhalb von 3 Jahren aufgrund derselben medizinischen Ursache eintretenden Krankschreibung auf die Karenzzeit für die Leistung wegen Krankschreibung angerechnet.

Wenn die Voraussetzungen für die Leistungen wegen Krankschreibung vorliegen, rechnen wir auch den Zeitraum ab Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen bis zum Ablauf der Karenzzeit auf die maximale Leistungsdauer von insgesamt 24 Monaten an. Eine Anrechnung erfolgt dagegen nicht für die Zeit, für die wir eine Berufsunfähigkeit anerkannt haben.

(5) Anwendbare Regelungen

Soweit in dieser Ziffer nichts anderes geregelt ist, gelten die Regelungen Ihrer BerufsunfähigkeitsPolice Invest auch für die Leistungen wegen Krankschreibung.

Wenn Sie bei Abschluss Ihrer BerufsunfähigkeitsPolice Invest mit uns Ausschlüsse und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes bei Berufsunfähigkeit geschlossen haben, gelten diese entsprechend auch für die Leistungen wegen Krankschreibung. Informationen hierzu entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein.

1.3 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?

(1) Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und die →versicherte Person während der Versicherungsdauer der Versicherung pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 1.7 wird, d. h. aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.7 Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Ziffer 1.7 Absatz 2), zahlen wir eine Pflegezusatzrente.

Die Pflegezusatzrente erbringen wir zusätzlich zu den Leistungen bei Berufsunfähigkeit, solange

- die →versicherte Person lebt und
- die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 1.7 ist.

(2) Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Der Anspruch auf Pflegezusatzrente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

Wenn Sie eine Karenzzeit nach Ziffer 1.1 Absatz 2 vereinbart haben, entsteht der Anspruch auf Pflegezusatzrente

- mit dem Ablauf des Monats, in dem die Karenzzeit für die Leistungen bei Berufsunfähigkeit endet bzw.
- wenn die Karenzzeit für die Leistungen bei Berufsunfähigkeit bereits abgelaufen ist, mit dem Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

1.4 Wann und in welcher Höhe erbringen wir eine Umorganisationshilfe bei Selbstständigen?

(1) Umorganisationshilfe bei Nichtzahlung einer Berufsunfähigkeitsrente

Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht leisten, weil die →versicherte Person ihren Betrieb zumutbar nach Ziffer 1.6 Absatz 1 c) umorganisieren könnte, zahlen wir eine einmalige Hilfe in Höhe einer halben Jahresrente. Diese Umorganisationshilfe zahlen wir nur, wenn zum Zeitpunkt der Anspruchsentstehung die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens 12 Monate beträgt. Wenn bei der →versicherten Person innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht die Einmalzahlung mit den Berufsunfähigkeitsrenten. Die Umorganisationshilfe können Sie mehrmals erhalten, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht.

(2) Umorganisationshilfe bei Wegfall der Berufsunfähigkeitsrente

Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht mehr leisten, weil die →versicherte Person ihren Betrieb zumutbar nach Ziffer 1.6 Absatz 1 c) umorganisieren könnte, zahlen wir eine einmalige Hilfe in Höhe einer halben Jahresrente. Diese Umorganisationshilfe zahlen wir nur, wenn zum Zeitpunkt der Anspruchsentstehung die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens 12 Monate beträgt. Wenn bei der →versicherten Person innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht die Einmalzahlung mit den Berufsunfähigkeitsrenten. Die Umorganisationshilfe können Sie mehrmals erhalten, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht.

1.5 Wann und in welcher Höhe erbringen wir eine Wiedereingliederungshilfe?

Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht mehr leisten, weil die →versicherte Person tatsächlich eine andere Tätigkeit als bei Anerkennung der Berufsunfähigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung nach Ziffer 1.6 Absatz 1 a) entspricht, zahlen wir eine einmalige Hilfe in Höhe einer halben Jahresrente. Diese Wiedereingliederungshilfe zahlen wir nur, wenn zum Zeitpunkt der

Anspruchsentstehung die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens 12 Monate beträgt. Wenn bei der →versicherten Person innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht die Einmalzahlung mit den Berufsunfähigkeitsrenten. Die Wiedereingliederungshilfe können Sie mehrmals erhalten, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht.

1.6 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?

(1) Berufsunfähigkeit

a) Vollständige Berufsunfähigkeit

Wenn die →versicherte Person

- in Folge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
 - die ärztlich nachzuweisen sind,
 - voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, ihren Beruf auszuüben,
 - und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht,
- so liegt von Beginn an eine vollständige Berufsunfähigkeit vor.

Die Lebensstellung ergibt sich aus dem beruflichen Einkommen und der sozialen Wertschätzung des Berufs, wobei die andere Tätigkeit bereits dann nicht der bisherigen Lebensstellung entspricht, wenn entweder das Einkommen oder die Wertschätzung der anderen Tätigkeit spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richten sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die zumutbare Minderung des Einkommens beträgt jedoch höchstens 20 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens des bislang ausgeübten Berufs. Im begründeten Einzelfall kann auch schon eine geringere Minderung des Einkommens nicht zumutbar sein. Sollte die höchstrichterliche Rechtsprechung einen geringeren Prozentsatz als zumutbare Minderung des Einkommens festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich.

b) Maßgebender Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit

Maßgebend bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit ist

- der zuletzt ausgeübte Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war;
- der bei Eintritt des Leidens ausgeübte Beruf, falls die →versicherte Person als Folge einer fortschreitenden Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls ihren Beruf leidensbedingt geändert hat.

Unsere Bedingungen sehen eine abstrakte Verweisbarkeit auf einen anderen Beruf nicht vor.

c) Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

Bei Selbstständigen setzt vollständige Berufsunfähigkeit zusätzlich zu Absatz a) und Absatz 2 voraus, dass die →versicherte Person ihren Beruf auch dann nicht ausüben kann, nachdem sie ihren Betrieb zumutbar umorganisiert hat. Zumutbar ist eine Umorganisation nur, wenn

- die hierfür erforderlichen Maßnahmen wirtschaftlich zweckmäßig sind und keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordern,
- der →versicherten Person ein sinnvolles Tätigkeitsfeld verbleibt,
- ihre Lebensstellung als Betriebsinhaber gewahrt bleibt und
- die Umorganisation nicht zu Lasten der Gesundheit geht.

Wir verzichten auf die Prüfung der Umorganisation,

- wenn der versicherte Selbstständige eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in seiner täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 Prozent kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Tätigkeiten ausübt oder
- wenn der Betrieb weniger als 5 Mitarbeiter beschäftigt. Zu den 5 Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelernte Angestellte. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

d) Teilweise Berufsunfähigkeit

Die →versicherte Person ist teilweise berufsunfähig, wenn die genannten Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad erfüllt sind.

(2) Berufsunfähigkeit aufgrund Tätigkeitsverbots

Wenn die →versicherte Person

- infolge eines Tätigkeitsverbots, das von der zuständigen Gesundheitsbehörde ausschließlich aus medizinischen Gründen nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) ausgesprochen wurde,
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, ihren Beruf auszuüben
- und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung (siehe Ziffer 1.6 Absatz 1 a)) entspricht, so liegt von Beginn an eine vollständige Berufsunfähigkeit vor. Betrifft das Tätigkeitsverbot nur einen Teil der bisherigen Berufstätigkeit, liegt auch nur teilweise Berufsunfähigkeit vor. Darüber hinaus gelten die Regelungen nach Ziffer 1.6 Absätze 1 b) und c).

(3) Berufsunfähigkeit nach Ausscheiden aus dem Berufsleben

Wenn die →versicherte Person aus dem Berufsleben ausscheidet und später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden, wird bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, grundsätzlich auf den zuletzt vor Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübten Beruf abgestellt.

(4) Berufsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit

Als berufsunfähig gilt die →versicherte Person auch, wenn sie pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 1.7 ist, d. h. aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.7 Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Ziffer 1.7 Absatz 2).

(5) Berufsunfähigkeit aufgrund voller Erwerbsminderung

Als berufsunfähig gilt die →versicherte Person auch, wenn sie eine unbefristete Rente der Deutschen Rentenversicherung wegen voller Erwerbsminderung erhält. Dies gilt nur, wenn

- die →versicherte Person die Rente wegen voller Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen erhält und
- die versicherte Person bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens 50 Jahre alt ist und
- der Vertrag bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens seit 10 Jahren besteht.

Für den Begriff der vollen Erwerbsminderung gilt die Definition gemäß § 43 Sozialgesetzbuch (SGB) VI in der Fassung vom 20.04.2007.

1.7 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?

Die →versicherte Person ist pflegebedürftig im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, wenn sie aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Absatz 2).

(1) Begriff und Dauer der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit der →versicherten Person liegt vor, wenn

- sie gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe anderer bedarf und
- sie körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, ununterbrochen bestehen oder bereits 6 Monate bestanden haben.

Die Pflegebedürftigkeit ist stets ärztlich nachzuweisen.

Die Pflegebedürftigkeit beurteilt sich nach den nachfolgenden 6 Bereichen, denen bestimmte Kriterien zugeordnet sind. Diesen Kriterien sind zur Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten Kategorien zugeordnet. Die Bereiche, Kriterien und Kategorien entsprechen denjenigen, die in § 14 und § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetz-

buchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, genannt sind. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschriften hat auf die Definition der Bereiche, Kriterien und Kategorien der Pflegebedürftigkeit nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrer BerufsunfähigkeitsPolice Invest und Ihrem Baustein Pflegezusatzrente, falls Sie diesen ergänzend versichert haben, keine Auswirkungen. Den Wortlaut der genannten Paragraphen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

a) Mobilität

Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Beteiligen an einem Gespräch") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt, Fähigkeit größtenteils vorhanden, Fähigkeit in geringem Maße vorhanden oder Fähigkeit nicht vorhanden" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Beschädigen von Gegenständen") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Nie oder sehr selten, selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen), häufig (zwei- bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich) oder täglich" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

d) Selbstversorgung

Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Essen") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig" bzw. "entfällt, teilweise oder vollständig" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Medikation") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien:

- "Entfällt/selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig",
- "Entfällt/selbstständig, Anzahl der Maßnahmen pro Tag, Woche oder Monat",
- "Entfällt/selbstständig, täglich, wöchentliche Häufigkeit oder monatliche Häufigkeit" bzw.
- "Entfällt/selbstständig, wöchentliche Häufigkeit oder monatliche Häufigkeit".

Die Kategorien können Sie der Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Ruhens und Schlafen") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

(2) Grade der Pflegebedürftigkeit

Abhängig von der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wird die Pflegebedürftigkeit in 5 Grade der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade) eingestuft. Die Pflegegrade entsprechen den Pflegegraden, die in § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, genannt sind. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschrift hat auf die Pflegegrade nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrer BerufsunfähigkeitsPolice Invest und Ihrem Baustein Pflegezusatzrente, falls Sie diesen ergänzend versichert haben, keine Auswirkungen. Den Wortlaut des genannten Paragraphen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Leistungen aus der BerufsunfähigkeitsPolice Invest (siehe Ziffer 1.1) und aus dem Baustein Pflegezusatzrente, falls Sie diesen ergänzend versichert haben (siehe Ziffer 1.3), erbringen wir, wenn die →versicherte Person aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird.

(3) Ermittlung des Grads der Pflegebedürftigkeit

Der Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) wird entsprechend der gesetzlichen Vorschrift des § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, ermittelt. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschrift zur Ermittlung des Pflegegrads hat auf die Ermittlung des Pflegegrads nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrer BerufsunfähigkeitsPolice Invest und Ihrem Baustein Pflegezusatzrente, falls Sie diesen ergänzend versichert haben, keine Auswirkungen. Den Wortlaut des genannten Paragraphen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

Die →versicherte Person erhält nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Pflegegrad.

Zur Bestimmung des Pflegegrads werden, wie in Absatz 1 beschrieben, den 6 Bereichen Kriterien zugeordnet. Diese Kriterien werden anhand von Kategorien beurteilt. Die Kategorien stellen die in den Kriterien zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen dar.

Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien Einzelpunkte zugeordnet.

Die jeweils erreichbaren Summen der Einzelpunkte in jedem Bereich werden in Punktbereiche gegliedert (zum Beispiel "Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder

der Fähigkeiten"). Alle Punktbereiche können Sie § 15 und der Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Zur Ermittlung des Pflegegrads erhält jeder der in Absatz 1 a) bis f) genannten Bereiche eine eigene Gewichtung (zum Beispiel "Mobilität 10 Prozent"). Die Gewichtung aller Bereiche können Sie § 15 und der Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Jedem Punktbereich in einem Bereich werden anschließend abhängig von der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und der Gewichtung der Bereiche festgelegte, gewichtete Punkte zugeordnet (siehe Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

Anschließend werden die gewichteten Punkte aller Bereiche zu einer Gesamtpunktzahl addiert. Aus dieser Gesamtpunktzahl ergibt sich der entsprechende Pflegegrad. Die →versicherte Person ist pflegebedürftig bei Einstufung mindestens in den Pflegegrad 2, was ab 27 Gesamtpunkten gegeben ist (siehe § 15 Absatz 3 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

1.8 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?

(1) Rechnungsgrundlagen bei Vertragsschluss

Bei Abschluss Ihres Vertrags verwenden wir für die Berechnung der garantierten Leistungen folgende Rechnungsgrundlagen:

a) Rechnungsgrundlagen für die garantierten Leistungen bei Berufsunfähigkeit:

- unsere unternehmenseigene Sterbetafel "AZ 2012 BU TA U" (→Tafeln),
- unsere unternehmenseigene Berufsunfähigkeitstafel "AZ 2014 BU I U" für die Berufsunfähigkeitswahrscheinlichkeiten (→Tafeln),
- unsere unternehmenseigenen Berufsunfähigkeitstafeln "AZ 2012 BU TI U" und "AZ 2012 BU RI U" für die Sterbewahrscheinlichkeiten der Berufsunfähigen und die Reaktivierungswahrscheinlichkeiten (→Tafeln),
- den →Rechnungszins 0,9 Prozent und
- die →Kosten der Berufsunfähigkeitsvorsorge der BerufsunfähigkeitsPolice Invest (siehe dazu Ziffer 8.1).

b) Rechnungsgrundlagen für die garantierten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben:

- unsere unternehmenseigene Pfegetafel "AZ 2014 P O U" (→Tafeln) und
- den →Rechnungszins 0,9 Prozent und
- die →Kosten des Bausteins Pflegezusatzrente (siehe dazu Ziffer 8.1).

(2) Rechnungsgrundlagen bei Leistungserhöhungen und in anderen Fällen

Bei Leistungserhöhungen (zum Beispiel durch Überschussanteile) berechnen wir die hinzukommenden Leistungen grundsätzlich mit den Rechnungsgrundlagen (insbesondere →Rechnungszins, →Tafeln und →Kosten der Berufsunfähigkeitsvorsorge der BerufsunfähigkeitsPolice Invest bzw. Kosten des Bausteins Pflegezusatzrente), die wir bei Vertragsschluss zugrunde gelegt haben.

Wenn zum Erhöhungstermin aufgrund aufsichtsrechtlicher Bestimmungen und/oder der offiziellen Stellungnahmen der Deutschen Aktuarvereinigung e.V. (DAV) für die Berechnung der →Deckungsrückstellung von neu abzuschließenden vergleichbaren Versicherungen andere Rechnungsgrundlagen gelten, können wir für die Leistungserhöhungen auch diese verwenden. Wenn sich nach einer Leistungserhöhung die für die Berechnung der →Deckungsrückstellung geltenden Rechnungsgrundlagen erneut ändern, können wir für weitere Leistungserhöhungen die geänderten Rechnungsgrundlagen verwenden oder die bei der letzten Leistungserhöhung zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen beibehalten.

Wenn wir andere Rechnungsgrundlagen verwenden als bei Vertragsschluss oder bei der letzten Leistungserhöhung, werden wir Sie hierüber informieren.

Bei Leistungserhöhungen legen wir bei der Berechnung der hinzukommenden Leistung höchstens die Prozentsätze der →Kosten der Berufsunfähigkeitsvorsorge der BerufsunfähigkeitsPolice Invest bzw. Kosten des Bausteins Pflegezusatzrente zugrunde, die wir bei Vertragsschluss zugrunde gelegt haben.

Außer bei Leistungserhöhungen gilt diese Regelung entsprechend, wenn in den jeweiligen Abschnitten dieser Versicherungsbedingungen ausdrücklich darauf hingewiesen wird.

1.9 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz aus Ihrer Versicherung besteht weltweit.

2. Leistung aus der Überschussbeteiligung

Für die Überschussbeteiligung gelten die folgenden Regelungen.

Inhalt dieses Abschnitts:

- | | |
|------------|--|
| 2.1 | Was sind die Grundlagen der Überschussbeteiligung? |
| 2.2 | Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Überschüssen? |
| 2.3 | Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Bewertungsreserven? |

2.1 Was sind die Grundlagen der Überschussbeteiligung?

(1) Keine Garantie der Höhe der Überschussbeteiligung

Wir können die Überschussbeteiligung der Höhe nach nicht garantieren. Zum einen hängt die Höhe der Überschussbeteiligung von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung der von uns versicherten Risiken und der Kosten ist von Bedeutung. Zum anderen erfolgt die Überschussbeteiligung nach einem verursachungsorientierten Verfahren (siehe dazu im Einzelnen die Ziffer 2.2). Im ungünstigsten Fall kann die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags der Höhe nach null sein.

Wir informieren Sie jährlich über die Entwicklung der Überschussbeteiligung.

(2) Komponenten der Überschussbeteiligung

Die Überschussbeteiligung umfasst 2 Komponenten:

- die Beteiligung an den Überschüssen (siehe dazu insbesondere die Ziffer 2.2) und
- die Beteiligung an den →Bewertungsreserven (siehe dazu insbesondere die Ziffer 2.3).

Wir beachten bei der Überschussbeteiligung die jeweils geltenden Vorgaben

- des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), insbesondere § 153 VVG,
- des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG), insbesondere die §§ 139 und 140 VAG
- sowie die dazu ergangenen Rechtsverordnungen in der jeweils geltenden Fassung, insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestbeitragsrückerstattungsverordnung - MindZV).

(3) Maßgebende Überschüsse und Bewertungsreserven

Grundlage für die Beteiligung am Überschuss ist der Überschuss, den wir jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs (HGB) ermitteln. Wir legen mit der Feststellung des Jahresabschlusses - unter Beachtung aufsichtsrechtlicher Vorgaben - fest, welcher Teil des jährlichen Überschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Diesen Teil des Überschusses führen wir der →Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht unmittelbar den überschussberechtigten Verträgen gut geschrieben wird. Die →Rückstellung für Beitragsrückerstattung darf nur für die Überschussbeteiligung der →Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen

können wir hiervon mit Zustimmung der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde abweichen.

Grundlage für die Beteiligung an den →Bewertungsreserven sind die Bewertungsreserven, die wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs (HGB) ermitteln und die nach den maßgebenden Vorschriften des Versicherungsaufsichtsrechts für die Beteiligung an den Bewertungsreserven aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung stehen.

Aus der Zuführung zur →Rückstellung für Beitragsrückerstattung ergeben sich für Ihren Vertrag keine Ansprüche auf eine bestimmte Überschussbeteiligung.

2.2 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Überschüssen?

Die Beteiligung an den Überschüssen erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Im Folgenden erläutern wir Ihnen,

- warum wir Überschussgruppen bilden (siehe Ziffer 2.2.1),
- wie wir zur Ermittlung der Überschussanteile Ihres Vertrags →Überschussanteilsätze festlegen (siehe Ziffer 2.2.2) und
- wie Ihr Vertrag während der Vertragsdauer an den Überschüssen beteiligt wird (siehe Ziffer 2.2.3).

Die Mittel für die Beteiligung am Überschuss werden grundsätzlich der →Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen (siehe Ziffer 2.1 Absatz 3). Nur wenn sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut geschrieben werden, werden sie zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert.

2.2.1 Bildung von Überschussgruppen

Versicherungen tragen in unterschiedlichem Maß zu der Entstehung von Überschüssen bei. Wir fassen deshalb vergleichbare Versicherungen zu sogenannten Überschussgruppen zusammen. Innerhalb der Überschussgruppen gibt es verschiedene Untergruppen, mit denen wir weitere bestehende Unterschiede berücksichtigen. Die Zuordnung der einzelnen Verträge zu einer Überschuss- und Untergruppe erfolgt zum Beispiel in Abhängigkeit von

- der Art des versicherten Risikos (zum Beispiel Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko),
- der Phase, in der sich die Versicherung befindet (zum Beispiel vor oder nach Rentenbeginn),
- dem Versicherungsbeginn oder
- der Art der Beitragszahlung.

Die für alle überschussberechtigten Verträge vorgesehenen Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Überschuss- und Untergruppen. Dabei orientieren wir uns daran, in welchem Umfang die Überschuss- und Untergruppen zur Entstehung der Überschüsse beigetragen haben.

Die Information, zu welcher Überschuss- und Untergruppe Ihre Versicherung gehört, finden Sie in Ihren Versicherungsinformationen unter der Überschrift "Welche Überschussgruppen und Untergruppen liegen der Versicherung zugrunde?". Die Gruppenzuordnung ist maßgeblich für die spätere Zuteilung der Überschussanteile.

2.2.2 Festlegung der Überschussanteilsätze

Zur Ermittlung der Überschussanteile, die Ihrem Vertrag zugeteilt werden (siehe Ziffer 2.2.3), legt unser Vorstand auf Vorschlag des →Verantwortlichen Aktuars vor Beginn eines jeden Kalenderjahres die Höhe der →Überschussanteilsätze für die Dauer eines Jahres fest (sogenannte Überschussdeklaration).

Die →Überschussanteilsätze werden für die einzelnen Überschuss- und Untergruppen (siehe Ziffer 2.2.1) sowie für die verschiedenen Arten der Überschussanteile (siehe Ziffer 2.2.3) als Prozentsätze bestimmter →Bezugsgrößen festgelegt. Die Festlegung der →Überschussanteilsätze kann im ungünstigsten Fall dazu führen, dass der einzelne Vertrag keine Überschussanteile oder nicht alle für ihn in Betracht kommenden Arten von Überschussanteilen (siehe Ziffer 2.2.3) erhält.

Wir veröffentlichen die →Überschussanteilsätze jährlich im Anhang unseres Geschäftsberichts, den Sie jederzeit bei uns anfordern können, oder teilen sie Ihnen auf andere Weise mit.

2.2.3 Beteiligung am Überschuss

Wir beteiligen die Versicherung zu Beginn eines Versicherungsjahres in Abhängigkeit von der Zuordnung Ihrer Versicherung zu einer Überschuss- bzw. Untergruppe an den erzielten Überschüssen (jährliche Überschussanteile) und zu Beginn eines jeden Monats an den fondsabhängigen Überschussanteilen.

(1) Ermittlung der Überschussanteile

Die Höhe der Ihrem Vertrag zuzuteilenden Überschussanteile ermitteln wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei legen wir die jeweils festgelegten →Überschussanteilsätze (siehe Ziffer 2.2.2) und die jeweilige →Bezugsgröße zugrunde.

a) Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen

- Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen sind
- der vereinbarte Beitrag für Ihre vereinbarten Leistungen bei Berufsunfähigkeit und
 - der vereinbarte Beitrag für Ihre vereinbarten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, falls Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

b) Bezugsgrößen bei beitragsfreien Versicherungen

- Bezugsgrößen bei nach Ziffer 9.1 beitragsfreien Versicherungen sind
- die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente und
 - die vereinbarte Pflegezusatzrente, falls Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

c) Bezugsgrößen bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Pflegezusatzrenten

Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten bzw. laufende Pflegezusatzrenten, falls Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, gezahlt werden, sind die →Bezugsgrößen vor allem abhängig

- vom Alter der →versicherten Person,
- von der vereinbarten Rentenzahlungsdauer der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bzw. Pflegezusatzrente, falls Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, und
- von der Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bzw. Pflegezusatzrente, falls Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

Sie werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.

d) Bezugsgröße der fondsabhängigen Überschussanteile

Die einzelnen fondsabhängigen Überschussanteile der Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Fonds außerhalb einer Anlagestrategie (siehe Ziffer 3.1 Absatz 2) berechnen wir zu jedem Monatsbeginn mit den jeweils gültigen fondsabhängigen jährlichen →Überschussanteilsätzen für einen Monat. Die so erhaltenen Werte werden monatlich dem jeweiligen Fonds zugeteilt.

Der fondsabhängige Überschussanteil einer Anlagestrategie (siehe Ziffer 3.1 Absatz 2) ist die Summe der einzelnen fondsabhängigen Überschussanteile der Fonds, die Ihrer Versicherung innerhalb einer Anlagestrategie zugrunde liegen. Die einzelnen fondsabhängigen Überschussanteile der Fonds berechnen wir zu jedem Monatsbeginn mit den jeweils gültigen jährlichen fondsabhängigen →Überschussanteilsätzen für einen Monat. Die so erhaltenen Werte werden addiert und monatlich der Anlagestrategie zugeteilt.

Die →Bezugsgröße eines einzelnen fondsabhängigen Überschussanteils wird dadurch ermittelt, dass die Anzahl der Anteilseinheiten des jeweiligen Fonds mit den zum 1. eines Monats ermittelten →Anteilswerten multipliziert wird. Ist der 1. eines Monats kein →Bankarbeitstag, so ist der Bewertungssichttag der letzte Bankarbeitstag des Vormonats.

(2) Verwendung der Überschussanteile

a) Verwendung bei beitragspflichtigen Versicherungen

Mit jedem fälligen Beitrag erhält Ihre Versicherung einen Überschussanteil, der in Prozent

- des Beitrags für Ihre vereinbarten Leistungen bei Berufsunfähigkeit und
- des Beitrags für Ihre vereinbarten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, falls Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, festgesetzt wird.

Mit den Überschussanteilen erwerben wir Anteilseinheiten entsprechend der von Ihnen gewählten Aufteilung bzw. nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen →Struktur der von Ihnen gewählten Anlagestrategien und überführen sie in unseren Anlagestock (siehe Ziffer 3.2 Absatz 1).

b) Verwendung bei beitragsfreien Versicherungen

Wenn

- Ihre Versicherung beitragsfrei nach Ziffer 9.1 ist und
- die →versicherte Person nicht berufsunfähig ist, finanzieren wir mit den für Ihre Versicherung festgelegten Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf
- eine zusätzliche Berufsunfähigkeitsrente (Überschussrente) und
- eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), falls Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, die in Prozent der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bzw. der vereinbarten Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauern stimmen mit denjenigen der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bzw. der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

c) Verwendung der Überschussanteile der laufenden Berufsunfähigkeitsrente

Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für die Berufsunfähigkeitsrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Berufsunfähigkeitsrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.8 Absatz 2.

d) Verwendung der Überschussanteile Ihres Bausteins Pflegezusatzrente, falls Sie diesen ergänzend versichert haben, bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten

Falls Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und keine Pflegezusatzrenten gezahlt werden und Ihre Versicherung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit

- beitragspflichtig war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Anwartschaft auf eine Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.8 Absatz 2.
- beitragsfrei war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), die in Prozent der vereinbarten Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauer stimmt mit derjenigen der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Falls Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und laufende Pflegezusatzrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für Ihre Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Pflegezusatzrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.8 Absatz 2.

Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

e) Verwendung der fondsabhängigen Überschussanteile

Mit den einzelnen fondsabhängigen Überschussanteilen der Fonds außerhalb einer Anlagestrategie erwerben wir Anteilseinheiten am

jeweiligen Fonds und überführen sie in unseren Anlagestock (siehe Ziffer 3.2 Absatz 1).

Mit den fondsabhängigen Überschussanteilen der Anlagestrategien erwerben wir Anteilseinheiten nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen →Struktur der jeweiligen Anlagestrategie und überführen sie in unseren Anlagestock (siehe Ziffer 3.2 Absatz 1).

f) Auszahlung des Fondswerts bei Ablauf der Versicherungsdauer und bei Tod der versicherten Person

Wenn die Versicherungsdauer abläuft, zahlen wir den →Fondswert aus. Stichtag für die Ermittlung des →Fondswerts zum Ablauf der Versicherung ist der achtletzte →Bankarbeitstag vor Ablauf der Versicherungsdauer.

Wenn die →versicherte Person vor Ende der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir den →Fondswert aus. Für die Ermittlung des →Fondswerts werden die Anteilseinheiten zum Todestag mit dem Wert zum Eingang der Todesfallmeldung bei uns herangezogen. Wenn zwischen Todestag und Eingang der Todesfallmeldung bei uns Ausschüttungen erfolgt sind, berücksichtigen wir diese ebenfalls.

2.3 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Bewertungsreserven?

Die Beteiligung an den →Bewertungsreserven erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Auf Ihre Versicherung entfallen allerdings vor Rentenbeginn keine oder nur geringe →Bewertungsreserven, da für die Bildung von Kapitalanlagen, aus denen Bewertungsreserven entstehen können, keine oder nur geringe Beträge zur Verfügung stehen.

(1) Beteiligung laufender Renten

Laufende Renten werden an den →Bewertungsreserven über eine angemessen erhöhte Beteiligung an den Überschüssen beteiligt. Bei der Festlegung der →Überschussanteilsätze im Rahmen der Ermittlung der Überschussanteile wird insbesondere die aktuelle Bewertungsreservensituation berücksichtigt.

(2) Vorrang aufsichtsrechtlicher Regelungen

Bei der Beteiligung an den →Bewertungsreserven sind wir an die aufsichtsrechtlichen Vorschriften zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen gebunden. Dies kann im ungünstigsten Fall dazu führen, dass die Beteiligung an den →Bewertungsreserven der Höhe nach null sein kann.

3. Unmittelbare Beteiligung an der Wertentwicklung von Fonds

Inhalt dieses Abschnitts:

- 3.1 Wie werden Sie in Bezug auf die Überschussanteile an der Wertentwicklung der Fonds beteiligt?**
- 3.2 Wie erfolgt die Kapitalanlage?**
- 3.3 Wie verwenden wir ausgeschüttete Erträge der Fonds?**
- 3.4 Wie können Sie die Aufteilung der Überschussanteile auf Fonds und Anlagestrategien ändern oder Anteilseinheiten umschichten lassen?**
- 3.5 Wie können Sie den Fondswert Ihrer Versicherung erfahren?**
- 3.6 Wann können wir einen von Ihnen gewählten Fonds ersetzen?**
- 3.7 Wann können wir eine von Ihnen gewählte Anlagestrategie ersetzen?**

3.1 Wie werden Sie in Bezug auf die Überschussanteile an der Wertentwicklung der Fonds beteiligt?

(1) Beteiligung an der Wertentwicklung

Bei Ihrer Versicherung werden Sie in Bezug auf die Überschussanteile an der Wertentwicklung der Anteilseinheiten

- der von Ihnen gewählten Fonds und
- der Fonds, die den von Ihnen gewählten Anlagestrategien zugrunde liegen,

beteiligt. Die Überschussanteile werden zum Erwerb von Anteilseinheiten verwendet (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 2 a) und e)).

(2) Anlagestrategie

a) Eine Anlagestrategie bei der BerufsunfähigkeitsPolice Invest ist eine Zusammenstellung von Fonds nach festgelegten Anlagegrundsätzen. Die Zusammenstellung der Fonds sowie die prozentuale Aufteilung des Anlagebetrags auf die Fonds zu einem bestimmten Zeitpunkt bezeichnen wir als →Struktur.

Für jede Anlagestrategie ist festgelegt, ob eine von uns beauftragte Kapitalverwaltungsgesellschaft oder wir die →Struktur zusammenstellen und überprüfen sowie Anweisungen zur Umschichtung erteilen. Änderungen der →Struktur und Umschichtungen erfolgen ohne Ihre Zustimmung.

Die →Struktur der Anlagestrategie wird in regelmäßigen Abständen überprüft und gegebenenfalls angepasst.

Bei einer Änderung der →Struktur der Anlagestrategie wird uns der Tag genannt, ab dem die Änderung der Struktur gilt. Die Änderung an der →Struktur wird entsprechend für die Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Anteilseinheiten zu ihrem →Anteilswert durchgeführt. Bei der Durchführung der Änderung legen wir den →Anteilswert des genannten Tags zugrunde, spätestens den Anteilswert des 2. →Bankarbeitstags, der auf diesen Tag folgt.

Durch eine unterschiedliche Wertentwicklung der einzelnen Fonds im Zeitverlauf kann sich die prozentuale Aufteilung der Fonds, die einer Anlagestrategie zugrunde liegen, gegenüber der →Struktur der Anlagestrategie verändern. Ist eine solche Abweichung gegeben, kann uns eine Anweisung erteilt werden, die aktuelle prozentuale Aufteilung wieder an die prozentuale Aufteilung gemäß →Struktur anzupassen. In diesem Fall erfolgt eine Umschichtung ohne Änderungen an der →Struktur. Bei der Durchführung der Änderung legen wir den →Anteilswert des uns genannten Tags zugrunde, spätestens den Anteilswert des 2. →Bankarbeitstags, der auf diesen Tag folgt.

Für das Management der Anlagestrategie können Kosten entstehen. Diese werden monatlich durch den Verkauf von Anteilseinheiten der jeweiligen Anlagestrategie direkt entnommen.

b) Informationen über die aktuell gültige →Struktur der von Ihnen gewählten Anlagestrategien können Sie jederzeit kostenlos bei uns anfordern.

3.2 Wie erfolgt die Kapitalanlage?

(1) Anlage im gesonderten Sicherungsvermögen (Anlagestock)

Wir führen die auf Ihre Versicherung entfallenden Anteilseinheiten getrennt von unseren sonstigen Kapitalanlagen in einer gesonderten Abteilung unseres Sicherungsvermögens, dem sogenannten Anlagestock.

(2) Wert der Anteilseinheit (Anteilswert)

Der Wert einer Anteilseinheit (→Anteilswert) richtet sich nach der Wertentwicklung der im jeweiligen Sondervermögen gehaltenen Vermögensgegenstände. Der →Anteilswert entspricht dem Rücknahmepreis eines Anteils des Fonds.

Den Rücknahmepreis eines Fonds ermittelt die jeweilige Kapitalverwaltungsgesellschaft an den für sie geltenden Arbeitstagen. Diese müssen nicht mit den →Bankarbeitstagen in Deutschland übereinstimmen. Wenn uns kein aktueller Rücknahmepreis vorliegt, verwenden wir den letzten uns bekannten Rücknahmepreis. Wenn eine Rückgabe der Anteilseinheiten nicht möglich ist, setzen wir - soweit vorhanden - den für diese Anteilseinheiten ermittelten Börsenpreis an.

Bei börsengehandelten Exchange Traded Funds (ETFs) entspricht der →Anteilswert bei Kauf oder Verkauf (zum Beispiel bei Erwerb von Anteilseinheiten mit Ihren Überschussanteilen oder Umschichtungen) den jeweiligen von uns erzielten Kauf- oder Verkaufspreisen. Dabei berücksichtigen wir gegebenenfalls uns in Rechnung gestellte Handelsgebühren Dritter.

3.3 Wie verwenden wir ausgeschüttete Erträge der Fonds?

Abhängig von den Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Fonds werden die Erträge aus den im Anlagestock enthaltenen Anteileinheiten wie folgt verwendet:

- sie fließen unmittelbar in den Fonds (Thesaurierung) oder
- es werden mit den Erträgen im Rahmen der Ausschüttung neue Anteileinheiten erworben.

(1) Thesaurierung

Bei einer Thesaurierung fließen die Erträge des Fonds unmittelbar dem Fonds zu. Damit erhöht sich der →Anteilswert.

(2) Erwerb neuer Anteileinheiten

Wenn die von uns beauftragte Kapitalverwaltungsgesellschaft die Erträge ausschüttet, werden diese Erträge zum →Anteilswert des →Bankarbeitstages, an dem die Ausschüttung erfolgt, in Anteileinheiten des jeweiligen Anlagestocks umgerechnet. Die Anteileinheiten werden anschließend dem Vertrag zugeordnet.

3.4 Wie können Sie die Aufteilung der Überschussanteile auf Fonds und Anlagestrategien ändern oder Anteileinheiten umschichten lassen?

(1) Aufteilung künftiger Überschussanteile

Sie können jederzeit die Aufteilung Ihrer künftigen Überschussanteile auf Fonds und Anlagestrategien ändern. Für die Aufteilung sind nur ganzzahlige Prozentsätze zulässig. Für die Aufteilung der künftigen Überschussanteile können Sie zusammen höchstens 10 Fonds und Anlagestrategien, davon bis zu 3 Anlagestrategien wählen (zum Beispiel: 8 Fonds und 2 Anlagestrategien).

(2) Umschichtung von Anteileinheiten

a) Umschichtung von Anteileinheiten an Fonds

Sie können jederzeit verlangen, dass die auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten an Fonds, die nicht einer Anlagestrategie zugrunde liegen, ganz oder teilweise

- in einen oder mehrere Fonds
- bzw. in eine oder mehrere Anlagestrategien umgeschichtet werden. Bei den Umschichtungen werden die umzuschichtenden Anteileinheiten zu ihrem →Anteilswert in Anteileinheiten
- der neu gewählten Fonds
- bzw. der Fonds, die der neu gewählten Anlagestrategie nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen →Struktur zugrunde liegen, angelegt.

b) Umschichtung von Anteileinheiten an Fonds aus Anlagestrategien

Sie können jederzeit verlangen, dass die auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten an Fonds aus einer von Ihnen gewählten Anlagestrategie in ihrer Gesamtheit ganz oder teilweise

- in einen oder mehrere Fonds
- bzw. in eine oder mehrere von Ihnen neu gewählten Anlagestrategien umgeschichtet werden. Bei einer teilweisen Umschichtung werden die Anteileinheiten der einzelnen Fonds im selben Verhältnis umgeschichtet, in dem sich der →Fondswert der Anlagestrategie auf die einzelnen Fonds aufteilt. Die umzuschichtenden Anteileinheiten werden zu ihrem →Anteilswert in Anteileinheiten
- der neu gewählten Fonds
- bzw. der Fonds, die der neu gewählten Anlagestrategie nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen →Struktur zugrunde liegen, angelegt.

Innerhalb einer Anlagestrategie sind keine Umschichtungen möglich. Auch können Sie nicht Anteileinheiten an einzelnen Fonds, die einer von Ihnen gewählten Anlagestrategie zugrunde liegen, umschichten.

c) Voraussetzungen der Umschichtung

Es sind nur ganzzahlige Prozentsätze zulässig.

Bei einer Umschichtung können Sie nicht verlangen, dass wir auf Ihre Versicherung entfallende Anteileinheiten verkaufen und zum

gleichen Umschichtungstermin wieder Anteileinheiten desselben Fonds bzw. dieselbe Anlagestrategie kaufen.

Für das Umschichten der Anteileinheiten können Sie zusammen höchstens 10 Fonds und Anlagestrategien wählen.

(3) Zeitpunkt der Ausführung

Wir führen die Änderung nach Absatz 1 oder 2 unverzüglich, spätestens am zweiten →Bankarbeitstag, der auf den Eingangstag Ihrer Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) bei uns folgt, durch.

Wenn Sie die Neuaufteilung oder Umschichtung zu einem bestimmten Termin wünschen, muss Ihre Mitteilung spätestens 2 →Bankarbeitstage vor dem gewünschten Termin bei uns eingehen.

(4) Auswählbare Fonds und Anlagestrategien

Für die Aufteilung der künftigen Überschussanteile nach Absatz 1 und die Umschichtungen von Anteileinheiten nach Absatz 2 können Sie aus den Fonds und den Anlagestrategien wählen, die zum Zeitpunkt der Ausübung dieses Rechts für Ihre Versicherung zur Verfügung stehen und bei denen die Rückgabe der Anteileinheiten zu diesem Zeitpunkt möglich ist. Wir können nicht garantieren, dass Ihnen dann Anlagestrategien zur Verfügung stehen.

(5) Aktives Ablaufmanagement

3 Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung erhalten Sie von uns ein Angebot für ein aktives Ablaufmanagement.

Wir schichten dabei die Anlagen, aktuell monatlich, zu ihrem →Anteilswert von risikoreicheren in risikoärmere Fonds um. Derzeit handelt es sich bei den risikoärmeren Fonds während der ersten 18 Monate um einen Rentenfonds, während der zweiten 18 Monate um einen Geldmarktfonds. Details zu den Fonds finden Sie in unserem Angebot zum Ablaufmanagement.

Das Umschichtungsvolumen beträgt aktuell im ersten Monat ein Sechsdreißigstel des dann aktuellen Werts der risikoreicheren Fonds, im zweiten Monat ein Fünfdreißigstel, im dritten Monat ein Vierunddreißigstel usw., bis im letzten Monat des Ablaufmanagements eine vollständige Umschichtung erfolgt. Indem wir umschichten, reduzieren wir in den letzten Jahren vor Rentenbeginn die Risiken einer Wertminderung, die aufgrund von möglichen Kursrückgängen bestehen.

Wir ändern für Sie auch die Aufteilung der Anlagebeträge. Ab Beginn des Ablaufmanagements fließen die Überschussanteile ebenfalls in die vorgesehenen risikoärmeren Fonds.

Zusätzliche →Kosten entstehen Ihnen hierbei nicht.

Sie können das Ablaufmanagement jederzeit in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) aussetzen oder wieder aufnehmen.

3.5 Wie können Sie den Fondswert Ihrer Versicherung erfahren?

Sie erhalten jährlich ab dem zweiten Versicherungsjahr eine Mitteilung, der Sie die →Anteilswerte sowie die Anzahl der Anteileinheiten, die auf Ihre Versicherung entfallen, und den →Fondswert entnehmen können. Sie können diese Auskunft auch jederzeit auf Wunsch erhalten.

3.6 Wann können wir einen von Ihnen gewählten Fonds ersetzen?

(1) Änderung der Fondspalette

Das bei Abschluss Ihrer Versicherung vorgesehene Fondsangebot kann während der gesamten Vertragsdauer Änderungen und Erweiterungen unterliegen. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds können Sie jederzeit kostenlos bei uns anfordern.

(2) Austausch eines Fonds

Wenn in Bezug auf einen Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Fonds erhebliche Änderungen eintreten, die wir nicht beeinflussen

können, sind wir berechtigt, den Fonds durch einen anderen zu ersetzen.

a) Beispielhafte erhebliche Änderungen

Als erhebliche Änderungen gelten insbesondere:

- die Auflösung oder Schließung des Fonds durch die von uns beauftragte Kapitalverwaltungsgesellschaft;
- die Zusammenlegung des von Ihnen gewählten Fonds mit anderen Fonds durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft;
- der Verlust der Zulassung für den Vertrieb von Investmentanteilen der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft;
- die Einstellung des Vertriebs von Investmentanteilen der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft;
- die erhebliche Verletzung von vertraglichen Pflichten der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft.

b) Weitere erhebliche Änderungen

Als erhebliche Änderung gilt auch, wenn der Fonds Auswahlkriterien nicht mehr erfüllt, von denen wir die Aufnahme eines Fonds in das Fondsangebot üblicherweise abhängig machen. In diesem Fall können wir den Fonds in Abstimmung mit dem → Verantwortlichen Aktuar ersetzen. Darunter fällt insbesondere:

- die erhebliche Unterschreitung der Fondsperformance des von Ihnen gewählten Fonds im Vergleich zum Marktdurchschnitt oder eine Verschlechterung bzw. ein Wegfall von Ratings Ihres Fonds.
- die erhebliche Änderung der Anlagestrategie oder der Anlagepolitik der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft.
- der Austausch des Fondsmanagers des von Ihnen gewählten Fonds.
- der von Ihnen gewählte Fonds wird von der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft nicht mehr zu den bei Aufnahme des Fonds in das Fondsangebot vereinbarten Rahmenbedingungen angeboten.

(3) Auswirkungen

Wenn wir von dem in Absatz 2 genannten Recht Gebrauch machen, können wir stattdessen solche Fonds oder Anlagestrategien aus dem Angebot Ihrer Versicherung zugrunde legen, die nach unserer Einschätzung den von Ihnen gewählten Fonds am ehesten entsprechen. Das gilt sowohl für die notwendige Umschichtung der Anteilseinheiten der nicht mehr zur Verfügung stehenden Fonds als auch für den Neuerwerb der entsprechenden Anteilseinheiten.

Sie können in diesem Fall ohne zusätzliche →Kosten die auf Ihre Versicherung entfallenden Anteilseinheiten ganz oder teilweise auch in einen oder mehrere andere Fonds umschichten lassen und die Aufteilung der künftigen Überschussanteile neu festlegen. Dieses Recht erstreckt sich auf die Fonds, die zum Zeitpunkt der Ausübung dieses Rechts für Ihre Versicherung zur Verfügung stehen und bei denen die Rückgabe der Anteilseinheiten zu diesem Zeitpunkt möglich ist.

Über Änderungen und Möglichkeiten werden wir Sie schriftlich informieren. Teilen Sie uns innerhalb von 4 Wochen nach Erhalt der schriftlichen Mitteilung nichts Gegenteiliges mit, werden wir nach den Sätzen 1 und 2 verfahren.

3.7 Wann können wir eine von Ihnen gewählte Anlagestrategie ersetzen?

(1) Änderung der Auswahl an Anlagestrategien

Das bei Abschluss Ihrer Versicherung vorgesehene Angebot an Anlagestrategien kann während der gesamten Vertragsdauer Änderungen und Erweiterungen unterliegen. Die jeweils aktuelle Liste der Anlagestrategien können Sie jederzeit kostenlos bei uns anfordern.

(2) Austausch der Anlagestrategie

Wenn in Bezug auf eine von Ihnen gewählte Anlagestrategie erhebliche Änderungen eintreten, die wir nicht beeinflussen können, sind wir berechtigt, die von Ihnen gewählte Anlagestrategie auszutauschen und durch eine andere Anlagestrategie oder durch einen oder mehrere Fonds zu ersetzen.

a) Beispielhafte erhebliche Änderungen

Als erhebliche Änderungen gelten insbesondere:

- der Verlust der Zulassung für die Vermögensverwaltung der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft;
- die Einstellung der Vermögensverwaltung für Anlagestrategien der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft;
- die erhebliche Verletzung von vertraglichen Pflichten der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft.

b) Weitere erhebliche Änderungen

Als erhebliche Änderung gilt auch, wenn die von Ihnen gewählte Anlagestrategie bzw. einer oder mehrere der zugrunde gelegten Fonds Auswahlkriterien nicht mehr erfüllt, von denen wir die Aufnahme in das Angebot an Anlagestrategien bzw. Fonds üblicherweise abhängig machen. In diesem Fall können wir die Anlagestrategie in Abstimmung mit dem → Verantwortlichen Aktuar ersetzen. Darunter fällt insbesondere:

- die erhebliche Unterschreitung der Performance im Vergleich zum Marktdurchschnitt oder eine Verschlechterung bzw. ein Wegfall von Ratings.
- die erhebliche Änderung der Anlagestrategie oder der Anlagepolitik der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft.
- der Austausch des Anlagestrategiemangers der von Ihnen gewählten Anlagestrategie.
- die von Ihnen gewählte Anlagestrategie wird von der Kapitalverwaltungsgesellschaft nicht mehr zu den bei Aufnahme der Anlagestrategie in das Angebot vereinbarten Rahmenbedingungen angeboten.
- ein der Anlagestrategie zugrunde liegender Fonds wird von der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft nicht mehr zu den bei Aufnahme in die Anlagestrategie vereinbarten Rahmenbedingungen angeboten.

(3) Auswirkungen

Wenn wir von dem in Absatz 2 genannten Recht Gebrauch machen, können wir stattdessen solche Anlagestrategien oder Fonds aus dem Angebot Ihrer Versicherung zugrunde legen, die nach unserer Einschätzung der von Ihnen gewählten Anlagestrategie am ehesten entsprechen. Das gilt sowohl für die notwendige Umschichtung der Anteilseinheiten der Fonds, die der nicht mehr zur Verfügung stehenden Anlagestrategie zugrunde liegen, als auch für den Neuerwerb der entsprechenden Anteilseinheiten.

Sie können in diesem Fall ohne zusätzliche →Kosten die auf Ihre Versicherung entfallenden Anteilseinheiten ganz oder teilweise auch in Fonds, die einer oder mehreren anderen Anlagestrategien nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen →Struktur zugrunde liegen, oder in einen oder mehrere andere Fonds umschichten lassen und die Aufteilung der künftigen Beiträge neu festlegen. Dieses Recht erstreckt sich auf die Anlagestrategien und Fonds, die zum Zeitpunkt der Ausübung dieses Rechts für Ihre Versicherung zur Verfügung stehen und bei denen die Rückgabe der Anteilseinheiten zu diesem Zeitpunkt möglich ist.

Über Änderungen und Möglichkeiten werden wir Sie schriftlich informieren. Wenn Sie uns innerhalb von 4 Wochen nach Erhalt der schriftlichen Mitteilung nichts Gegenteiliges mitteilen, werden wir nach den Sätzen 1 und 2 verfahren.

4. Leistungsempfänger und Überweisung der Leistung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 4.1 An wen zahlen wir die Versicherungsleistungen und wie können Sie hierzu Bestimmungen treffen?
- 4.2 Was gilt bei Überweisung der Leistung?

- 4.1 An wen zahlen wir die Versicherungsleistungen und wie können Sie hierzu Bestimmungen treffen?

(1) Leistungsempfänger und widerrufliches Bezugsrecht

Die Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir an Sie als unseren →Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, wenn Sie uns keine andere Person benannt haben, der die Ansprüche aus dem Vertrag bei deren Fälligkeit zustehen sollen (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit än-

dem oder widerrufen (widerrufliches Bezugsrecht). Nach dem Tod der →versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr geändert oder widerrufen werden.

(2) Unwiderrufliches Bezugsrecht

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass dem Bezugsberechtigten die Ansprüche aus dem Vertrag sofort und unwiderruflich zustehen sollen. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch aufgehoben werden, wenn der Bezugsberechtigte zustimmt.

(3) Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen

Sie können Ihre Ansprüche aus dem Vertrag auch abtreten oder verpfänden, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.

(4) Textform

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absätze 1 und 2) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus Ihrem Vertrag (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns der bisher Berechtigte in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) angezeigt hat. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie. Es können aber auch andere Personen sein, wenn Sie vorher bindende Verfügungen vorgenommen haben.

4.2 Was gilt bei Überweisung der Leistung?

Wir überweisen unsere Leistungen dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Staaten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

5. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

In welchen Fällen ist die Leistung ausgeschlossen?

Wir erbringen keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. wegen Pflegebedürftigkeit, wenn die Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit verursacht worden ist

a) durch innere Unruhen, wenn die →versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn die Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit der →versicherten Person während eines Aufenthalts außerhalb Deutschlands in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen verursacht wurde, an denen sie nicht selbst aktiv beteiligt war;

c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die →versicherte Person.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn die Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit ausschließlich durch eine von der →versicherten Person fahrlässig, grob fahrlässig oder vorsätzlich begangene Ordnungswidrigkeit (zum Beispiel im Straßenverkehr) oder durch ein fahrlässig oder grob fahrlässig begangenes Vergehen (zum Beispiel im Straßenverkehr) verursacht wurde;

d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Handlung

- in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder
- unter dem Druck schwerer körperlicher Leiden begangen worden ist;

e) durch eine von Ihnen als →Versicherungsnehmer ausgeübte widerrechtliche Handlung mit dem Vorsatz, die Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit der →versicherten Person herbeizuführen;

f) durch Strahlen als Folge von Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde, um die Gefahr abzuwehren;

- g) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit
- vorsätzlich eingesetzten atomaren, biologischen oder chemischen Waffen (ABC-Waffen) oder
 - vorsätzlich eingesetzten oder vorsätzlich freigesetzten radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, wenn der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet gewesen sind, das Leben vieler Personen zu gefährden.

Wir leisten jedoch in den Fällen f) und g) uneingeschränkt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden. Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von 6 Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

6. Ihre Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:

- 6.1 Welche Auskunftspflichten und Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit verlangt werden?**
- 6.2 Welche Obliegenheiten zur Schadensminderung sind bei Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit zu beachten?**
- 6.3 Welche Obliegenheiten sind bei einer Nachprüfung der Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit zu beachten?**
- 6.4 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?**
- 6.5 Welche weiteren Unterlagen können wir verlangen?**

- 6.1 Welche Auskunftspflichten und Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit verlangt werden?**

(1) Einreichung von Unterlagen

Wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit verlangt werden, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers folgende Auskünfte gegeben und Unterlagen eingereicht werden, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind:

a) eine Darstellung der Ursache der Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit;

b) ausführliche Berichte der Ärzte, von denen die →versicherte Person untersucht wurde oder bei denen sie in Behandlung ist oder war. Erforderlich sind Angaben zu Ursachen, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtlicher Dauer des Leidens sowie über dessen Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit;

c) bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch (SGB) XI des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung und

d) wenn das Gutachten nicht geeignet ist, das Vorliegen unserer Leistungsvoraussetzungen zu bestätigen oder keine gesetzliche

Pflegepflichtversicherung besteht oder diese kein Gutachten erstellt hat

- ausführliche Berichte der Ärzte, von denen die →versicherte Person untersucht wurde oder bei denen sie in Behandlung ist oder war. Erforderlich sind Angaben zu Ursachen, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtlicher Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- eine Bescheinigung des Pflegedienstes oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Der Nachweis mittels Gutachtens durch einen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige sachverständige Gutachter ist alternativ möglich.

e) Unterlagen über den Beruf der →versicherten Person, über ihre Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;

f) bei Berufsunfähigkeit aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) zusätzlich der Bescheid über das Tätigkeitsverbot und die dazugehörigen Unterlagen;

g) wenn Sie Leistungen aufgrund voller Erwerbsminderung verlangen, den Bescheid der Deutschen Rentenversicherung über die unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung;

h) wenn Sie Leistungen aus Ihrem Baustein Pflegezusatzrente verlangen, sofern Sie diesen versichert haben, die unter Absatz c) und d) genannten Unterlagen.

Auch bei späterer Einreichung der Unterlagen nach den Absätzen a) bis h) leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffern 1.1 Absatz 2 a) und 1.3 Absatz 2).

(2) Mitwirkung bei der Datenerhebung bei anderen Stellen

Wir sind berechtigt, auf unsere Kosten im Rahmen des zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Umfangs mit Ihrer Einwilligung personenbezogene Daten bei den folgenden Stellen und Personen zu erheben:

- Ärzte,
- Krankenhäuser,
- sonstige Krankenanstalten,
- Pflegeheime,
- Sachverständige,
- Pflegepersonen,
- andere Personenversicherer,
- gesetzliche Krankenkassen,
- Berufsgenossenschaften und
- Behörden.

Sie können eine solche Datenerhebung verweigern oder eine bereits erteilte Einwilligung widerrufen. Versicherungsleistungen werden jedoch nicht fällig, wenn wir aufgrund Ihres Verhaltens nicht feststellen können, ob und in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind.

(3) Mitwirkung bei weiteren Untersuchungen und weiteren Nachweisen

Wir können verlangen, dass

- uns Nachweise über wirtschaftliche Verhältnisse und deren Veränderungen vorgelegt werden. Hierzu zählen insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen - auch des Arbeitgebers - über den Beruf zum Zeitpunkt des Abschlusses des Vertrags;
- die →versicherte Person von Ärzten und Sachverständigen unserer Wahl und auf unsere Kosten untersucht wird. Dabei handelt es sich um von uns unabhängige Ärzte und Sachverständige, die nicht bei einer Allianz-Gesellschaft angestellt sind.

Wenn sich die →versicherte Person im Ausland aufhält, können wir verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir

- die Untersuchungskosten sowie
- die allgemein üblichen Reise- und Aufenthaltskosten.

(4) Folgen einer Pflichtverletzung

Unsere Leistungen werden fällig, wenn wir die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistung notwendige

Erhebungen abgeschlossen haben. Wenn Sie eine der in diesem Abschnitt genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

(5) Karenzzeit

Die Absätze 1 bis 4 gelten auch, wenn Sie eine Karenzzeit (siehe Ziffer 1.1 Absatz 2 und falls Sie einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben siehe Ziffer 1.3 Absatz 2) vereinbart haben.

6.2 Welche Obliegenheiten zur Schadensminderung sind bei Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit zu beachten?

(1) Pflicht zur Verwendung von Hilfsmitteln und zur Durchführung von Heilbehandlungen

Wenn eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erwarten ist, ist die →versicherte Person verpflichtet

- geeignete Hilfsmittel zu verwenden (zum Beispiel Brille, Prothese) und
- sich zumutbaren Heilbehandlungen zu unterziehen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Nicht zumutbar sind Heilbehandlungen, die eine Operation vorsehen.

(2) Karenzzeit

Die Pflicht nach Absatz 1 besteht auch, wenn Sie eine Karenzzeit (siehe Ziffer 1.1 Absatz 2 und falls Sie einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben siehe Ziffer 1.3 Absatz 2) vereinbart haben.

6.3 Welche Obliegenheiten sind bei einer Nachprüfung der Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit zu beachten?

(1) Nachprüfung unserer Leistungspflicht

Wenn wir anerkannt oder festgestellt haben, dass wir leistungspflichtig sind, sind wir berechtigt zu prüfen, ob

- die →versicherte Person weiterhin berufsunfähig ist und wenn ja, zu welchem Grad;
- die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von Ziffer 1.6 Absatz 1 ausübt; dabei können neu erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten berücksichtigt werden;
- die versicherte Person weiterhin pflegebedürftig ist, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

(2) Auskunfts- und Mitwirkungsobliegenheiten

Um die aktuelle Situation nachprüfen zu können,

- müssen uns jederzeit sachdienliche Auskünfte erteilt werden;
- können wir einmal jährlich verlangen, dass sich die →versicherte Person von einem durch uns beauftragten Arzt umfassend untersuchen lässt.

Hierbei eventuell entstehende Kosten müssen wir tragen.

Darüber hinaus gelten die in Ziffer 6.1 Absätze 2 und 3 genannten Mitwirkungspflichten.

(3) Wegfall unserer Leistungspflicht

Wir sind nicht leistungspflichtig, wenn wir feststellen, dass die in Ziffer 1 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir dies gegenüber Ihnen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erklären.

In diesem Fall können wir unsere Leistungen mit Ablauf des 3. Monats, nachdem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, einstellen. Zu diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen, wenn die Beitragszahlungsdauer nicht abgelaufen ist. Wenn eine Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Regelungen bereits vor Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit (siehe Ziffer 1.1 Absatz 2 und falls Sie einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben siehe Ziffer 1.3 Absatz 2) endet, so wird keine Berufsunfähigkeitsrente bzw. Pflegezusatzrente gezahlt.

6.4 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht

Wenn Sie, die →versicherte Person oder die Person, die den Anspruch auf Leistungen erhebt, eine der Obliegenheiten nach Ziffer 6.3 und Ziffer 6.4 verletzt haben, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Hierauf können wir uns jedoch nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Im Einzelnen gilt:

- Wenn diese Obliegenheiten vorsätzlich verletzt werden, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn diese Obliegenheiten grob fahrlässig verletzt werden, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistungen nicht.

Auch im Falle von Vorsatz und grober Fahrlässigkeit sind wir zur Leistung verpflichtet, wenn Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

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

ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt worden ist.

(2) Spätere Erfüllung der Obliegenheit

Wenn die Obliegenheit später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats, in dem die Obliegenheit erfüllt wird, nach Maßgabe dieser Regelungen leistungspflichtig.

6.5 Welche weiteren Unterlagen können wir verlangen?

Wenn Leistungen aus dem Vertrag beansprucht werden, können wir zusätzlich die Vorlage von Unterlagen mit den nach Teil B Ziffer 3 zu erteilenden Informationen und Daten verlangen.

7. Erklärung über unsere Leistungspflicht

Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie im Abstand von höchstens 4 Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

Wenn uns alle erforderlichen Unterlagen vorliegen, erklären wir spätestens nach 2 Wochen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail), ob wir leisten und wenn ja, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt.

Auf die Möglichkeit eines befristeten Anerkenntnisses verzichten wir ausdrücklich.

8. Kosten Ihres Vertrags

Für die Kosten Ihres Vertrags gelten die folgenden Regelungen. Falls für einzelne Bausteine Besonderheiten gelten, finden Sie diese in den Regelungen des jeweiligen Bausteins.

Inhalt dieses Abschnitts:

- | | |
|------------|--|
| 8.1 | Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert? |
| 8.2 | Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen? |

- | | |
|------------|---|
| 8.1 | Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert? |
|------------|---|

(1) Abschluss- und Vertriebskosten

Mit Ihrem Vertrag sind Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) verbunden. Diese sind von Ihnen zu tragen. Wir haben die Ab-

schluss- und Vertriebskosten (→Kosten) in Ihren Beitrag einkalkuliert, sie müssen daher nicht gesondert gezahlt werden.

Die Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) verwenden wir zum Beispiel zur Finanzierung der Kosten für die Vergütung des Versicherungsvermittlers, der Antragsprüfung und der Erstellung der Vertragsunterlagen.

a) Kosten bei den bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträgen

Wir belasten Ihren Vertrag mit Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) in Höhe eines Prozentsatzes der Summe der bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträge.

Die Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) verteilen wir

- in gleichmäßigen Jahresbeträgen,
- über einen Zeitraum von mindestens 5 Jahren,
- jedoch nicht länger als bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer.

b) Kosten bei Erhöhungen der Summe der vereinbarten Beiträge

Bei Erhöhungen der Summe der vereinbarten Beiträge belasten wir die Differenz zwischen alter und neuer Beitragssumme wie folgt mit Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten):

- Wenn sich Leistungen während der Vertragsdauer durch Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente (siehe Ziffer 12.1) oder
- beim dynamischen Zuwachs

verteilen wir die Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) in Höhe eines Prozentsatzes der Differenz zwischen alter und neuer Beitragssumme ab dem Erhöhungstermin wie in Absatz a) Satz 2 beschrieben.

(2) Übrige Kosten

Mit Ihrem Vertrag sind weitere, sogenannte übrige Kosten (→Kosten) verbunden. Auch diese sind von Ihnen zu tragen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere Verwaltungskosten (→Kosten). Das sind die →Kosten für die laufende Verwaltung Ihres Vertrags. Sämtliche übrige Kosten (→Kosten) sind in den Beitrag einkalkuliert und müssen daher nicht gesondert gezahlt werden.

a) Übrige Kosten, wenn keine laufenden Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Pflegezusatzrenten gezahlt werden

Solange wir keine laufenden Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Pflegezusatzrenten zahlen, belasten wir Ihren Vertrag mit übrigen Kosten (→Kosten) in Form:

- eines jährlich anfallenden Betrags in Euro und
- eines Prozentsatzes der vereinbarten Beiträge.

Wenn sich die Leistungen während der Vertragsdauer durch die Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente (siehe Ziffer 12.1), gilt der vorherige Satz für die zusätzlichen Beiträge sowie die sich daraus ergebenden erhöhten Leistungen entsprechend.

b) Verwaltungskosten bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Pflegezusatzrenten

Wenn wir Berufsunfähigkeitsrenten erbringen, belasten wir Ihren Vertrag mit Verwaltungskosten (→Kosten) in Form eines jährlichen Prozentsatzes des →Deckungskapitals der Berufsunfähigkeitsvorsorge der BerufsunfähigkeitsPolice Invest inklusive zusätzlicher Berufsunfähigkeitsrenten (nach Ziffer 2.2.3 Absatz 2 c)).

Wenn wir Leistungen aus dem Baustein Pflegezusatzrente erbringen, belasten wir Ihren Vertrag mit Verwaltungskosten (→Kosten) in Form eines jährlichen Prozentsatzes der gezahlten Leistungen des Bausteins Pflegezusatzrente.

Wenn sich die Leistungen während der Vertragsdauer durch die Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente (siehe Ziffer 12.1), gelten die beiden vorherigen Sätze für die zusätzlichen Beiträge sowie die sich daraus ergebenden erhöhten Leistungen entsprechend.

c) Verwaltungskosten, die auf den Fondswert entfallen

Wir belasten Ihren Vertrag während der Vertragsdauer mit Verwaltungskosten (→Kosten) in Form eines jährlichen Prozentsatzes des →Fondswerts.

Die Verwaltungskosten (→Kosten), die auf den →Fondswert entfallen, finanzieren wir monatlich durch den Verkauf von Anteilseinheiten, die auf Ihre Versicherung entfallen.

Neben den Verwaltungskosten (→Kosten) fallen Kosten auf den →Fondswert bei der jeweiligen Kapitalverwaltungsgesellschaft an. Die Kapitalverwaltungsgesellschaften ermitteln diese Kosten in regelmäßigen Abständen und entnehmen sie direkt den Fonds. Diese Kosten können sich ändern. In den →Anteilswerten sind sie enthalten.

(3) Höhe der Kosten

Informationen zur Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten und der übrigen Kosten (→Kosten) können Sie Ihren Versicherungsinformationen entnehmen.

(4) Welche Besonderheiten gelten für den Verkauf von Anteilseinheiten, die auf Ihre Versicherung entfallen?

Beim Verkauf von Anteilseinheiten nach Ziffer 8.1 Absatz 2 c) werden die Anteilseinheiten der einzelnen Fonds im selben Verhältnis verkauft, in dem sich der →Fondswert Ihrer Versicherung auf die Fonds aufteilt. Maßgeblich für den Verkauf von Anteilseinheiten ist der →Anteilswert des 1. →Bankarbeitstags eines jeden Monats.

8.2 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

Sofern uns im Falle eines Lastschriftrückläufers, aus einem von Ihnen veranlassten Grund, →Kosten von Ihrer Bank in Rechnung gestellt werden, stellen wir Ihnen diese Kosten gesondert in Rechnung.

9. Beitragsfreistellung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 9.1 Wie kann Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt werden?
- 9.2 Welche Nachteile kann eine Beitragsfreistellung haben?
- 9.3 Wie kann nach einer Beitragsfreistellung der Versicherungsschutz wiederhergestellt werden, der zuvor bestanden hat?

9.1 Wie kann Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt werden?

(1) Voraussetzungen

Sie können in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) verlangen, dass Ihre Versicherung weitergeführt wird, ohne dass Beiträge gezahlt werden (Beitragsfreistellung). Die Beitragsfreistellung ist zum Ende einer jeden Versicherungsperiode (siehe Teil B Ziffer 2.1) möglich.

(2) Mindestversicherungsleistung

Wenn die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente zum Zeitpunkt der beabsichtigten Beitragsfreistellung jährlich mindestens 200 EUR beträgt, wird die garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach Absatz 3 herabgesetzt. Wenn diese Mindestversicherungsleistung nicht erreicht wird, erlischt die Versicherung und wir zahlen den nach Ziffer 10.2 Absätze 3 bis 6 berechneten Betrag.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und die beitragsfreie Pflegerente nach Absatz 3 und 4 zum Zeitpunkt der beabsichtigten Beitragsfreistellung jährlich mindestens 200 EUR beträgt, wird die garantierte Pflegerente nach Absatz 3 herabgesetzt. Wenn diese Mindestversicherungsleistung nicht erreicht wird, erlischt der Baustein Pflegezusatzrente.

(3) Auswirkungen

Wenn Sie eine Beitragsfreistellung verlangen, setzen wir die garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach anerkannten Regeln der

Versicherungsmathematik herab. Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, setzen wir die Pflegezusatzrente ebenfalls nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab. Dabei legen wir den nach Ziffer 10.2 Absatz 3 berechneten Betrag zugrunde.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, bleibt nach Beitragsfreistellung das Verhältnis zwischen Berufsunfähigkeitsrente und Pflegezusatzrente bestehen.

Die beitragsfreie Leistung berechnen wir zum Ende der Versicherungsperiode, für die Sie letztmalig den vollständigen Beitrag gezahlt haben.

Auch nach der Beitragsfreistellung gilt Ziffer 8. Auf ursprünglich vereinbarte Beiträge, die wegen der Beitragsfreistellung nicht zu zahlen sind, erheben wir jedoch ab dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung keine →Kosten in Prozent des Beitrags nach Ziffer 8.1 Absätze 1 a) und 2 a).

(4) Abzug

Von dem nach Absatz 3 ermittelten Betrag nehmen wir einen Abzug vor.

Der für Ihre Versicherung geltende Abzug stimmt mit dem Abzug bei Kündigung einer beitragspflichtigen Versicherung nach Ziffer 10.2 Absatz 4 überein. Die Höhe und die Gründe für diesen Abzug sind in Ihren Versicherungsinformationen festgelegt.

Wir sehen den Abzug als angemessen an. Dies müssen wir darlegen und beweisen. Wenn Sie uns aber dann nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht oder nur in geringerer Höhe angemessen ist, entfällt der Abzug oder wir setzen ihn - im letzteren Fall - entsprechend herab.

(5) Fortbestehen von Leistungsansprüchen

Ansprüche aus dieser Versicherung, die auf bereits vor der Beitragsfreistellung der Versicherung eingetretener Berufsunfähigkeit nach Ziffer 1.1 bzw. Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 1.3 beruhen, bestehen nach der Beitragsfreistellung der Versicherung fort.

9.2 Welche Nachteile kann eine Beitragsfreistellung haben?

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann für Sie Nachteile haben. Der für die Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehende Betrag erreicht während der Versicherungsdauer nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten (→Kosten) nach Ziffer 8.1 und eine Risikodeckung finanziert werden müssen und vor allem eine Abhängigkeit von der Wertentwicklung der Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Anteilseinheiten besteht. Nähere Informationen zur Höhe der beitragsfreien Leistungen während der Vertragsdauer können Sie Ihren Versicherungsinformationen entnehmen.

9.3 Wie kann nach einer Beitragsfreistellung der Versicherungsschutz wiederhergestellt werden, der zuvor bestanden hat?

(1) 6-Monats-Frist für die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung

Innerhalb von 6 Monaten nach der Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung können Sie verlangen, dass die versicherten Leistungen bis zur Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsfreistellung angehoben werden, ohne dass wir eine Risikoprüfung durchführen. Voraussetzung dafür ist, dass Sie die Beitragszahlung nach Absatz 3 wieder aufnehmen.

Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung und Wiederherstellung des Versicherungsschutzes sind jedoch ausgeschlossen, wenn die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beitragszahlung

- berufsunfähig oder
- pflegebedürftig ist.

(2) Allgemeine Frist für die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes mit Risikoprüfung

Auch nach Ablauf von 6 Monaten, jedoch nur innerhalb von 3 Jahren nach der Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung können Sie verlangen, dass durch die Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Absatz 3 die versicherten Leistungen bis zur Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsfreistellung angehoben werden.

Wenn Ihre Versicherung wegen einer Elternzeit beitragsfrei gestellt worden ist, kann die Frist zwischen Beitragsfreistellung und Wiederherstellung des Versicherungsschutzes auch mehr als 3 Jahre betragen. Der Versicherungsschutz muss in diesem Fall jedoch spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Ende der Elternzeit wiederhergestellt werden. Wird die Elternzeit in mehrere Abschnitte aufgeteilt, muss die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes jeweils innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung eines Abschnittes erfolgen.

Den Versicherungsschutz können wir dann wiederherstellen, wenn die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederherstellung des Versicherungsschutzes eine vergleichbare neue Versicherung ohne erschwerte Bedingungen bei uns abschließen könnte.

(3) Möglichkeiten zur Wiederherstellung des Versicherungsschutzes

Um nach einer Beitragsfreistellung den Versicherungsschutz wiederherzustellen, der vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, können Sie

- die Beiträge begleichen, die auf die beitragsfreie Zeit entfallen, oder
- höhere laufende Beiträge zahlen.

Stattdessen können Sie ohne eine vollständige Wiederherstellung des Versicherungsschutzes, der vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, auch nur die Beitragszahlung wieder aufnehmen. Die versicherten Garantieleistungen berechnen wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

Wir berechnen die neuen Beiträge und die neuen Garantieleistungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen nach Ziffer 1.8 Absatz 1. Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

10. Kündigung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 10.1 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?**
- 10.2 Welche Leistung erbringen wir bei einer Kündigung?**
- 10.3 Welche Nachteile kann eine Kündigung haben?**
- 10.4 Wann können Sie Ihren ergänzend versicherten Baustein Pflegezusatzrente separat kündigen?**

10.1 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) kündigen.

10.2 Welche Leistung erbringen wir bei einer Kündigung?

Wenn Sie die Versicherung kündigen, hängt die Wirkung davon ab, ob die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig oder pflegebedürftig ist:

(1) Berufsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Kündigung

Wenn die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig ist, bleiben Ansprüche aus Ihrer Versicherung aufgrund einer bereits vor Kündigung eingetretenen Berufsunfähigkeit bestehen. Die laufende Berufsunfähigkeitsrente (siehe Ziffer 1.1) wird bei Kündigung weitergezahlt.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung pflegebedürftig ist, bleiben Ansprüche aus dem Baustein Pflegezusatzrente aufgrund einer bereits vor Kündigung eingetretenen Pflege-

gebedürftigkeit bestehen. Eine laufende Pflegezusatzrente (siehe Ziffer 1.3) wird bei Kündigung weitergezahlt. Wenn die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung nicht pflegebedürftig ist, erlischt der Baustein Pflegezusatzrente.

(2) Keine Berufsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Kündigung

Wenn die →versicherte Person zum Zeitpunkt nicht berufsunfähig ist, erlischt Ihre Versicherung bei Kündigung und wir zahlen - soweit vorhanden - den nach den Absätzen 3 bis 6 errechneten Betrag.

(3) Rückkaufswert

Der Rückkaufswert setzt sich zusammen aus

- dem →Fondswert der Versicherung und
- dem Wert des →Deckungskapitals.

Das →Deckungskapital wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Kündigungstermin berechnet (§ 169 Versicherungsvertragsgesetz - VVG).

Der Rückkaufswert hat mindestens den Wert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) auf die ersten 5 Versicherungsjahre, höchstens jedoch auf die Beitragszahlungsdauer, ergibt.

Stichtag für die Ermittlung des →Fondswerts ist der fünftletzte →Bankarbeitstag vor dem Kündigungstermin. Geht die Kündigungserklärung nach dem fünftletzten →Bankarbeitstag bei uns ein, rechnen wir die Anteilseinheiten mit dem →Anteilswert, der bei Eingang Ihrer Kündigungserklärung vorhanden ist, ab. Überzahlte Beiträge, zum Beispiel bei jährlicher Beitragszahlung, werden zurückerstattet.

(4) Abzug

Von dem nach den Absatz 3 ermittelten Betrag nehmen wir einen Abzug vor. In Ihren Versicherungsinformationen ist festgelegt, in welcher Höhe wir einen Abzug vornehmen. Dort erläutern wir Ihnen auch die Gründe für diesen Abzug.

Wenn Ihre Versicherung beitragsfrei ist, beträgt der Abzug 50 EUR wegen erhöhter Verwaltungsaufwendungen.

Wir sehen den Abzug als angemessen an. Dies müssen wir darlegen und beweisen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht oder nur in geringerer Höhe angemessen ist, entfällt der Abzug oder wir setzen ihn - im letzteren Fall - entsprechend herab.

(5) Begrenzung des Auszahlungsbetrags

Der nach den Absätzen 3 und 4 berechnete Auszahlungsbetrag ist jedoch auf den →Fondswert zum Stichtag beschränkt.

(6) Bewertungsreserven

Der nach den Absätzen 3 bis 5 berechnete Betrag kann sich gegebenenfalls um die Ihrer Versicherung zugeteilten →Bewertungsreserven erhöhen (siehe Ziffer 2.3).

10.3 Welche Nachteile kann eine Kündigung haben?

Die Kündigung Ihrer Versicherung kann für Sie Nachteile haben. Der Rückkaufswert erreicht während der Versicherungsdauer nicht unbedingt die Höhe Ihrer eingezahlten Beiträge, da Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten (→Kosten) nach Ziffer 8.1 und eine Risikodeckung finanziert werden müssen und vor allem eine Abhängigkeit von der Wertentwicklung der Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Anteilseinheiten besteht. Nähere Informationen zur Höhe der Rückkaufswerte während der Vertragsdauer können Sie Ihren Versicherungsinformationen entnehmen.

10.4 Wann können Sie Ihren ergänzend versicherten Baustein Pflegezusatzrente separat kündigen?

Wenn Sie für Ihre Versicherung laufende Beiträge zahlen, können Sie Ihren Baustein Pflegezusatzrente, falls Sie diesen ergänzend

versichert haben, zum Ende einer Versicherungsperiode in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) separat kündigen.

Eine Kündigung ist nur vor dem Ende des sechstletzten Jahres der Versicherungsdauer möglich. Bei einer Kündigung besteht weder ein Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

11. Verzicht auf das Recht zur Beitragsanpassung bzw. Herabsetzung der garantierten Versicherungsleistungen

Was bedeutet unser Verzicht auf das Recht zur Beitragsanpassung bzw. die garantierten Versicherungsleistungen herabzusetzen?

Wir verzichten ausdrücklich auf unser Recht, den zu zahlenden Beitrag für bestehende Versicherungen und für einen bestehenden Baustein Pflegezusatzrente, falls Sie diesen ergänzend versichert haben, neu festzusetzen bzw. die garantierten Versicherungsleistungen herabzusetzen (§ 163 Versicherungsvertragsgesetz - VVG).

12. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

Hier finden Sie zahlreiche Gestaltungsmöglichkeiten Ihrer Versicherung. Sie sind an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Wenn Sie eine Gestaltungsmöglichkeit ausüben, kann sich dies auf die Höhe der Versicherungsleistungen auswirken.

Inhalt dieses Abschnitts:

- | | |
|-------|--|
| 12.1 | Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen? |
| 12.2 | Wann können Sie die vereinbarte Versicherungsdauer Ihrer Versicherung verlängern? |
| 12.3 | Wann können Sie Ihren Baustein Pflegezusatzrente während der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln? |
| 12.4 | Wann können Sie Ihre Versicherung zum Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln? |
| 12.5 | Wann können Sie auf die Versicherung entfallende Anteileinheiten auf ein persönliches Depot übertragen? |
| 12.6 | Wann können Sie aus Ihrer Versicherung ein Kapital entnehmen? |
| 12.7 | Wann können Sie die Beiträge aus den in den Anteileinheiten angelegten Überschussanteilen finanzieren? |
| 12.8 | Was gilt, wenn Sie ein Policendarlehen wünschen? |
| 12.9 | Wann können Sie die Beitragszahlung aussetzen? |
| 12.10 | Wann können Sie verlangen, dass wir die Ergebnisse der Risikoprüfung Ihrer Versicherung für eine neue Basisrente der versicherten Person übernehmen? |
-
- | | |
|------|---|
| 12.1 | Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen? |
|------|---|

(1) Anlassunabhängige Erhöhung Ihrer Berufsunfähigkeitsrente

Sie können verlangen, dass Ihre vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn ohne erneute Risikoprüfung erhöht wird. Dies gilt nicht, wenn

- die →versicherte Person in dem dem Erhöhungstermin vorangegangenen Jahr länger als 14 Kalendertage durchgehend außerstande war, ihre Berufstätigkeit auszuüben oder
- Ihre Versicherung mit vereinfachter Risikoprüfung zustande gekommen ist oder

- Ihre Versicherung aufgrund der Erhöhung einer anderen Versicherung oder durch Umwandlung oder Ersetzung einer anderen Versicherung ohne erneute Risikoprüfung zustande gekommen ist.

(2) Anlassabhängige Erhöhung Ihrer Berufsunfähigkeitsrente

Sie können Ihre vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Risikoprüfung bei folgenden Anlässen erhöhen, wenn Sie die Erhöhung innerhalb von 6 Monaten seit Eintritt des Anlasses verlangen:

- a) Geburt eines Kindes der →versicherten Person oder die Adoption eines Minderjährigen durch die versicherte Person;
 - b) Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit der versicherten Person, wenn die selbstständige Tätigkeit die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert;
 - c) Beendigung der Berufsausbildung oder Start in das Berufsleben der versicherten Person;
 - d) Aufnahme eines Darlehens der versicherten Person zur Finanzierung einer Immobilie, die mindestens einen Wert von 100.000 EUR hat;
 - e) Heirat der versicherten Person;
 - f) Ehescheidung bzw. Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person, sofern diese nicht in eine Ehe umgewandelt wird;
 - g) Erhöhung des Einkommens der versicherten Person unter folgenden Voraussetzungen:
 - Wenn die →versicherte Person Arbeitnehmer(in) ist, muss das jährliche Bruttoarbeitsentgelt (ohne variable Gehaltsbestandteile) im Vergleich zum vorangegangenen Kalenderjahr um mindestens 10 Prozent erhöht sein.
 - Wenn die →versicherte Person eine selbstständige Tätigkeit ausübt, muss ihr hierdurch erzielter Gewinn vor Steuern in 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren jeweils um 10 Prozent höher sein als ihr Gewinn vor Steuern, den sie in dem Kalenderjahr vor dem 3-Jahres-Zeitraum erzielt hat.
 - h) Die →versicherte Person hat erfolgreich eine Meisterprüfung abgeschlossen;
 - i) Die versicherte Person erhält Prokura;
 - j) Das Einkommen der versicherten Person überschreitet erstmals die am Beschäftigungsort der versicherten Person geltende Beitragsbemessungsgrenze in der Deutschen Rentenversicherung;
 - k) Ende der Pflichtmitgliedschaft der →versicherten Person in einem berufsständischen Versorgungswerk;
 - l) Wegfall eines Vertrags auf betriebliche Altersversorgung, aufgrund dessen die versicherte Person verfallbare Versorgungsansprüche hatte, unter folgender Voraussetzung:
Die →versicherte Person befindet sich in einem neuen, ungekündigten Arbeitsverhältnis oder hat eine selbstständige berufliche Tätigkeit aufgenommen, die die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert.
 - m) Beitragsfreistellung eines Vertrags auf betriebliche Altersversorgung, aufgrund dessen der →versicherten Person verfallbare oder unverfallbare Versorgungsansprüche zustehen, unter folgenden Voraussetzungen:
 - Die →versicherte Person führt den Vertrag auf betriebliche Altersversorgung nicht als Privatvertrag mit eigenen Beiträgen fort.
 - Die →versicherte Person befindet sich in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis oder hat eine selbstständige berufliche Tätigkeit aufgenommen, die die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert.
- ### (3) Weitere Voraussetzungen
- Darüber hinaus gilt für eine Erhöhung:
- Die →versicherte Person darf bei einer Erhöhung nach Absatz 1 →rechnungsmäßig höchstens 40 Jahre alt sein.

- Die →versicherte Person darf bei einer Erhöhung nach Absatz 2 →rechnungsmäßig höchstens 45 Jahre alt sein.
- Die →versicherte Person darf nicht berufsunfähig sein.

Wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen, gibt es keine wirksame Erhöhung.

(4) Grenzen

Für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Risikoprüfung gelten folgende Grenzen:

- Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente muss sich um mindestens 600 EUR erhöhen.
- Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente darf sich um höchstens 6.000 EUR erhöhen.
- Mehrere Erhöhungen dürfen für alle für die →versicherte Person bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten insgesamt 12.000 EUR jährliche Rente nicht überschreiten.
- Alle für die →versicherte Person bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten müssen insgesamt in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Bei einem Bruttoarbeitsentlohn bis 60.000 EUR jährlich dürfen die Renten insgesamt nicht mehr als 70 Prozent ihres Bruttoarbeitsentlohns betragen; bei einem höheren Bruttoarbeitsentlohn der →versicherten Person dürfen sämtliche bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten insgesamt die Summe von 70 Prozent von 60.000 EUR zuzüglich 50 Prozent von dem 60.000 EUR übersteigenden Teil des Bruttoarbeitsentlohns nicht überschreiten. Als Bruttoarbeitsentlohn gilt dabei das durchschnittliche Bruttoarbeitsentlohn der letzten 3 Jahre.

(5) Auswirkungen auf einen Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, erhöht sich die Pflegezusatzrente im gleichen Verhältnis wie die Berufsunfähigkeitsrente. Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

(6) Auswirkungen

Auch für die erhöhte Berufsunfähigkeitsrente bzw. Pflegezusatzrente gelten die Abänderungen und die weiteren besonderen Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes, die im Versicherungsschein dokumentiert sind. Soweit dort nichts anderes geregelt ist, gelten für die Berechnung der erhöhten Berufsunfähigkeits- und Pflegezusatzrente die Regelungen nach Ziffer 1.8 Absatz 2. Bisher angesetzte Beitragszuschläge können wir entsprechend erheben.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

12.2 Wann können Sie die vereinbarte Versicherungsdauer Ihrer Versicherung verlängern?

Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung erhöht wird, können Sie verlangen, dass die Versicherungsdauer Ihrer Versicherung um die Zeitspanne verlängert wird, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde. Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlängert sich auch die vereinbarte Leistungsdauer entsprechend.

(1) Voraussetzungen

- Sie verlangen die Verlängerung der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung.
- Die →versicherte Person darf bei der Verlängerung der Versicherungsdauer höchstens 50 Jahre alt sein.
- Bei Ihrer Versicherung ist die Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Die →versicherte Person hat noch keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge erhalten.

(2) Auswirkungen

Ihre Leistungen bei Berufsunfähigkeit bleiben unverändert bestehen. Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bezogen auf die neue Versicherungsdauer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu fest. Dabei können wir auch ande-

re als bei Vertragsabschluss verwendete Rechnungsgrundlagen zugrunde legen.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

12.3 Wann können Sie Ihren Baustein Pflegezusatzrente während der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln?

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, können Sie 5, 15 oder 25 Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung verlangen, dass wir diesen ohne erneute Risikoprüfung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln.

(1) Voraussetzungen

- Die →versicherte Person darf zum Zeitpunkt der Umwandlung weder im Sinne dieser Versicherungsbedingungen noch im Sinne der Versicherungsbedingungen der neuen selbstständigen Pflegeversicherung pflegebedürftig sein.
- Die →versicherte Person hat keine Ansprüche auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung oder aus einer anderen privaten Pflegeversicherung und hat auch keinen Antrag auf Leistungen gestellt.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Ihre Mitteilung muss uns spätestens einen Monat vor den in Satz 1 genannten Zeitpunkten zugehen.

Wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen, gibt es keine wirksame Umwandlung.

(2) Grenzen

- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente darf maximal der zuletzt vereinbarten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente entsprechen.
- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente bei geringster Schwere der Pflegebedürftigkeit nach den zum Umwandlungszeitpunkt für die selbstständige Pflegeversicherung geltenden Versicherungsbedingungen (siehe Absatz 3) darf eine Höhe von 1.000 EUR nicht überschreiten.
- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente bei höchster Schwere der Pflegebedürftigkeit nach den zum Umwandlungszeitpunkt für die selbstständige Pflegeversicherung geltenden Versicherungsbedingungen (siehe Absatz 3) darf eine Höhe von 2.000 EUR nicht überschreiten.

(3) Auswirkungen

- Ihre Leistungen bei Berufsunfähigkeit bleiben unverändert bestehen. Ihr ergänzend versicherter Baustein Pflegezusatzrente erlischt. Der Beitrag für Ihren Baustein Pflegezusatzrente entfällt.
- Für Ihre selbstständige Pflegeversicherung gelten die Versicherungsbedingungen und Rechnungsgrundlagen, die zum Zeitpunkt der Umwandlung für den Neuabschluss einer selbstständigen Pflegeversicherung vorgesehen sind.
- Wir berechnen den Beitrag bzw. die Leistungen für Ihre selbstständige Pflegeversicherung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Der Beitrag kann sich erhöhen.

12.4 Wann können Sie Ihre Versicherung zum Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln?

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, können Sie zum Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung verlangen, dass wir Ihre Versicherung ohne erneute Risikoprüfung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln.

(1) Voraussetzungen

- Die →versicherte Person darf zum Zeitpunkt der Umwandlung weder im Sinne dieser Versicherungsbedingungen noch im Sinne der Versicherungsbedingungen der neuen selbstständigen Pflegeversicherung pflegebedürftig sein.
- Die →versicherte Person hat keine Ansprüche auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pflegepflichtver-

sicherung oder aus einer anderen privaten Pflegeversicherung und hat auch keinen Antrag auf Leistungen gestellt.

- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Ihre Mitteilung muss uns spätestens einen Monat vor dem Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung zugehen.

Wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen, gibt es keine wirksame Umwandlung.

(2) Grenzen

- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente darf maximal der zuletzt vereinbarten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente entsprechen.
- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente bei geringster Schwere der Pflegebedürftigkeit nach den zum Umwandlungszeitpunkt für die selbstständige Pflegeversicherung geltenden Versicherungsbedingungen (siehe Absatz 3) darf eine Höhe von 1.000 EUR nicht überschreiten.
- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente bei höchster Schwere der Pflegebedürftigkeit nach den zum Umwandlungszeitpunkt für die selbstständige Pflegeversicherung geltenden Versicherungsbedingungen (siehe Absatz 3) darf eine Höhe von 2.000 EUR nicht überschreiten.

(3) Auswirkungen

- Für Ihre selbstständige Pflegeversicherung gelten die Versicherungsbedingungen und Rechnungsgrundlagen, die zum Zeitpunkt der Umwandlung für den Neuabschluss einer selbstständigen Pflegeversicherung vorgesehen sind.
- Wir berechnen den Beitrag bzw. die Leistungen für Ihre selbstständige Pflegeversicherung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Der Beitrag kann sich erhöhen.

12.5 Wann können Sie auf die Versicherung entfallende Anteileinheiten auf ein persönliches Depot übertragen?

(1) Übertragung bei Ablauf der Versicherungsdauer

Bei Ablauf der Versicherungsdauer können Sie die Anteileinheiten ganz oder teilweise auf ein persönliches Depot übertragen lassen. Wir behalten uns vor, nur ganze Anteile zu übertragen und den Wert gebrochener Anteile auszuzahlen.

Wenn die Anteileinheiten nur teilweise auf ein persönliches Depot übertragen werden, zahlen wir den nach der Übertragung verbleibenden →Fondswert aus.

Voraussetzung dafür ist, dass

- der Wert der Anteileinheiten, die bei Antragstellung auf Ihre Versicherung fallen, mindestens 10.000 EUR beträgt und
- Sie den Antrag auf Übertragung auf ein persönliches Depot spätestens einen Monat vor Ablauf der Versicherungsdauer stellen und
- kein Übertragungsausschluss nach Absatz 4 vorliegt und
- der Fonds, dessen Anteileinheiten Sie übertragen wollen, keine institutionelle Anteilsklasse ist. Ob dies der Fall ist, entnehmen Sie dem jeweiligen Fondsinformationsblatt.

(2) Übertragung bei Tod

Wenn die →versicherte Person stirbt, kann der Anspruchsberechtigte verlangen, dass die am Todestag auf die Versicherung entfallenden Anteileinheiten auf ein persönliches Depot übertragen werden. Wir behalten uns vor, nur ganze Anteile zu übertragen und den Wert gebrochener Anteile auszuzahlen.

a) Voraussetzungen

- Den Antrag muss der Anspruchsberechtigte gleichzeitig mit der Meldung des Todesfalls stellen.
- Eine Übertragung ist nur möglich, wenn der Wert der Anteileinheiten zum Eingang der Todesfallmeldung mindestens 10.000 EUR beträgt.
- Es liegt kein Übertragungsausschluss nach Absatz 4 vor.
- Der Fonds, dessen Anteileinheiten Sie übertragen wollen, darf keine institutionelle Anteilsklasse sein. Ob dies der Fall ist, entnehmen Sie dem jeweiligen Fondsinformationsblatt.

b) Auswirkungen

Mit der Übertragung aller auf die Versicherung entfallenden Anteileinheiten auf ein persönliches Depot und Auszahlung eines gegebenenfalls vorhandenen Restbetrags erlischt Ihre Versicherung.

(3) Übertragung bei Kündigung

Im Falle einer Kündigung können Sie beantragen, dass wir die Anteileinheiten, die bei Kündigung auf Ihre Versicherung entfallen, abzüglich eines Abzugs nach Ziffer 10.2 Absatz 4, auf ein persönliches Depot übertragen. Wir behalten uns vor, nur ganze Anteile zu übertragen und den Wert gebrochener Anteile auszuzahlen.

Wenn die Leistung bei Kündigung den Wert der zu übertragenden Anteileinheiten übersteigt, behalten wir uns vor, den Restbetrag auszuzahlen.

a) Voraussetzungen

- Den Antrag können Sie nur zusammen mit der Kündigung stellen.
- Eine Übertragung ist nur möglich, wenn der Wert der Anteileinheiten, die bei Kündigung auf Ihre Versicherung entfallen, mindestens 10.000 EUR beträgt.
- Es liegt kein Übertragungsausschluss nach Absatz 4 vor.
- Der Fonds, dessen Anteileinheiten Sie übertragen wollen, darf keine institutionelle Anteilsklasse sein. Ob dies der Fall ist, entnehmen Sie dem jeweiligen Fondsinformationsblatt.

b) Auswirkungen

Mit der Übertragung aller auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten auf ein persönliches Depot und Auszahlung eines gegebenenfalls vorhandenen Restbetrags erlischt Ihre Versicherung.

(4) Übertragungsausschlüsse

a) Keine Übertragung bei Kapitalentnahme

Bei einer Kapitalentnahme (siehe Ziffer 12.5) können Sie die Anteileinheiten nicht auf ein persönliches Depot übertragen lassen.

b) Keine Übertragung aufgrund von US-börsenaufsichtsrechtlichen Gründen

Das Recht auf Übertragung auf ein persönliches Depot ist aus US-börsenaufsichtsrechtlichen Gründen ausgeschlossen, wenn Sie als Anspruchsberechtigter eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Staatsangehörigkeit der USA (bzw. eines amerikanischen Außengebietes, insbesondere Amerikanisch-Samoa, Guam, Bund der Nördlichen Marianen, Amerikanische Jungferninseln, Puerto Rico) unabhängig vom Wohnort;
- Wohnsitz in den USA bzw. in einem der oben genannten Länder unabhängig von der Staatsangehörigkeit;
- Sie fallen unter das Einkommensteuergesetz der USA.

12.6 Wann können Sie aus Ihrer Versicherung ein Kapital entnehmen?

Sie können aus Ihrer Versicherung ein Kapital entnehmen. Hierfür erheben wir eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 15 EUR.

(1) Voraussetzungen

- Es darf kein Policendarlehen bestehen.
- Sie müssen mindestens 500 EUR entnehmen.
- Der verbleibende →Fondswert der Versicherung zum Stichtag für die Ermittlung des Fondswerts muss nach der Entnahme und Berücksichtigung der Bearbeitungsgebühr mindestens 500 EUR betragen.
- Der verbleibende nach Ziffer 10.2 berechnete Betrag muss nach der Entnahme und Berücksichtigung der Bearbeitungsgebühr mindestens 500 EUR betragen.
- Eine Entnahme kann nur insoweit erfolgen, als wir die Anteileinheiten der Fonds zurückgeben können. Bei der Ermittlung des verbleibenden →Fondswerts und des verbleibenden nach Ziffer 10.2 berechneten Betrags berücksichtigen wir diejenigen Fonds nicht, bei denen eine Rückgabe der Anteileinheiten nicht möglich ist.

Den →Fondswert ermitteln wir unverzüglich, spätestens im Laufe des fünften →Bankarbeitstags nach Eingang Ihrer Mitteilung in

Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) auf Auszahlung des Kapitals.

(2) Auswirkungen

- Die Zahlungsperiode und die Höhe der zu zahlenden Beiträge ändern sich durch die Entnahme nicht.
- Durch die Entnahme verringert sich die Leistung aus der Überschussbeteiligung.

12.7 Wann können Sie die Beiträge aus den in den Anteilseinheiten angelegten Überschussanteilen finanzieren?

Sie können jederzeit vereinbaren, dass die Beiträge aus den in den Anteilseinheiten angelegten Überschussanteilen finanziert werden, so lange der →Fondswert nicht unter 500 EUR sinkt.

Eine Finanzierung der Beiträge kann nur aus den Anteilseinheiten erfolgen, deren Rückgabe möglich ist. Bei der Ermittlung des verbleibenden →Fondswerts berücksichtigen wir die Fonds und Anlagestrategien nicht, bei denen eine Rückgabe der Anteilseinheiten nicht möglich ist.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

12.8 Was gilt, wenn Sie ein Policendarlehen wünschen?

Sie können ein Darlehen auf Ihre Versicherung beantragen.

Die maximale Höhe des Policendarlehens richtet sich nach dem Wert und der Zusammensetzung der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Anteilseinheiten und nach der abgelaufenen Versicherungsdauer. Ferner ist die maximale Darlehenshöhe auf den →Fondswert beschränkt.

Für die Bearbeitung eines Darlehensantrags erheben wir keine Gebühr. Einzelheiten über die Vergabe und Tilgung des Policendarlehens werden in dem Darlehensvertrag geregelt. Ein Rechtsanspruch auf ein Policendarlehen besteht nicht. Auf Wunsch informieren wir Sie über die aktuellen Vertragsbedingungen.

12.9 Wann können Sie die Beitragszahlung aussetzen?

(1) Stundung der Beitragszahlung

Wenn Ihr Vertrag bereits ein Jahr besteht, können Sie eine zinslose Stundung der Beiträge über einen zusammenhängenden Zeitraum von längstens 2 Jahren verlangen. Die Stundung der Beiträge ist anlassunabhängig möglich, wenn die Versicherungsdauer noch mindestens 5 Jahre beträgt. In den letzten 5 Jahren der Versicherungsdauer ist eine Stundung der Beiträge nur möglich, wenn Sie arbeitslos oder in Elternzeit sind oder sich in Kurzarbeit befinden.

Der Versicherungsschutz bleibt während der Stundung in vollem Umfang bestehen. Eine Zuführung von Überschussanteilen in Fonds erfolgt jedoch nicht. Nach Ablauf des Zeitraums der Stundung wird Ihre Versicherung beitragspflichtig fortgeführt.

Eine erneute Stundung der Beitragszahlung ist nur möglich, wenn die gestundeten Beiträge aus einer früheren Stundung vollständig beglichen wurden.

(2) Nachweis der Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder Elternzeit

Wenn Sie in den letzten 5 Jahren der Versicherungsdauer eine Stundung der Beiträge wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder Elternzeit verlangen, benötigen wir einen entsprechenden Nachweis, zum Beispiel einen Bescheid der zuständigen Agentur für Arbeit. Sobald Sie nicht mehr arbeitslos sind oder Sie sich nicht mehr in Kurzarbeit oder Elternzeit befinden, müssen Sie uns hierüber unverzüglich informieren.

(3) Zahlung der gestundeten Beiträge

Wenn der Stundungszeitraum abgelaufen ist, müssen Sie die in diesem Zeitraum gestundeten Beiträge in einem Betrag oder verteilt auf höchstens 48 Monate nachzahlen. Zahlen Sie die ausstehenden Beiträge nicht nach, finanzieren wir diese aus dem Fonds-

wert durch den Verkauf von Anteilseinheiten, die auf Ihre Versicherung entfallen. Reicht der Fondswert zur Deckung der ausstehenden Beiträge nicht aus, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus. Wird nach Herabsetzung die Mindestversicherungsleistung nicht erreicht, erlischt die Versicherung ohne Zahlung eines Rückkaufswerts.

Nach Ablauf des Stundungszeitraums werden wir Sie über den nachzuzahlenden Betrag informieren.

12.10 Wann können Sie verlangen, dass wir die Ergebnisse der Risikoprüfung Ihrer Versicherung für eine neue Basisrente der versicherten Person übernehmen?

Sie können unter den unten genannten Voraussetzungen und Grenzen verlangen, dass wir die Ergebnisse der Risikoprüfung Ihrer Versicherung übernehmen, wenn die →versicherte Person eine neue Basisrente einschließlich Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge abschließt.

(1) Voraussetzungen

- Es handelt sich bei der neuen Basisrente weder um eine Basisrente StartUp noch um eine Basisrente StartUp Invest.
- Die bestehende Versicherung wird vor Abschluss der neuen Basisrente gekündigt.
- Die Versicherungsdauern der neuen Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge zur Basisrente stimmen mit der restlichen Versicherungsdauer der bestehenden Versicherung überein.
- Die →versicherte Person darf bei Abschluss der neuen Basisrente →rechnungsmäßig höchstens 45 Jahre alt sein.
- Die →versicherte Person darf bei Abschluss der neuen Basisrente nicht berufsunfähig sein.
- Zur neuen Basisrente sind außer den Bausteinen Berufsunfähigkeitsvorsorge keine weiteren Bausteine abgeschlossen.

(2) Grenzen

- Die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente des neuen Bausteins Berufsunfähigkeitsrente zur Basisrente ist nicht höher als die ausgeschlossene Berufsunfähigkeitsrente des bestehenden Vertrags.
- Der Beitrag für die neue Basisrente einschließlich abgeschlossener Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge beträgt höchstens 500 EUR monatlich.

(3) Auswirkungen

- Wir legen die Ergebnisse der Risikoprüfung Ihrer bestehenden Versicherung einschließlich dort vereinbarter Ausschlüsse und Zuschläge der neuen Basisrente zugrunde.
- Wenn Sie uns bei Antragstellung zu Ihrer bestehenden Versicherung unzutreffende Angaben über die Risikoverhältnisse der →versicherten Person gemacht haben (Anzeigepflichtverletzung), gelten die Regelungen nach Teil B Ziffer 1 auch für die neue Basisrente.
- Die Abänderungen und weiteren besonderen Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes für Ihre bestehende Versicherung gelten entsprechend auch für die neu abgeschlossenen Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge zur Basisrente.
- Ein Baustein Pflegezusatzrente kann im Rahmen der Basisrente nicht versichert werden.

13. Abänderungen zur BerufsunfähigkeitsPolice Invest E23

In einigen Verträgen (zum Beispiel Verträge mit besonderer Vereinbarung zur Überschussverwendung oder Versicherungen innerhalb von Gruppenverträgen) werden bestimmte Regelungen Ihrer BerufsunfähigkeitsPolice Invest durch einzelne der folgenden Regelungen geändert, ergänzt oder ersetzt.

Welche Abänderungen jeweils für Ihre BerufsunfähigkeitsPolice Invest sowie für Ihren Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen

ergänzend versichert haben, gelten, können Sie Ihrem Versicherungsschein oder Ihrer Versicherungsbescheinigung entnehmen.

Abänderung SBV1: Was gilt, wenn Sie keine BerufsunfähigkeitsPolice Plus versichert haben?

Ziffer 1.1 Absatz 2 a) Satz 2 entfällt.

Ziffer 1.1 Absatz 2 a) Satz 8 entfällt.

Ziffer 1.1 Absatz 2 b) Sätze 1 und 2 entfallen.

Ziffer 1.2 entfällt.

Ziffer 1.5 entfällt.

Ziffer 1.6 Absatz 1 a) wird ersetzt durch:

"a) Vollständige Berufsunfähigkeit

Wenn die →versicherte Person

- in Folge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
 - die ärztlich nachzuweisen sind,
 - voraussichtlich mindestens 3 Jahre außerstande ist, ihren Beruf auszuüben,
 - und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht,
- so liegt von Beginn an vollständige Berufsunfähigkeit vor.

Die Lebensstellung ergibt sich aus dem beruflichen Einkommen und der sozialen Wertschätzung des Berufs, wobei die andere Tätigkeit bereits dann nicht der bisherigen Lebensstellung entspricht, wenn entweder das Einkommen oder die Wertschätzung der anderen Tätigkeit spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richten sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die zumutbare Minderung des Einkommens beträgt jedoch höchstens 20 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens des bislang ausgeübten Berufs. Im begründeten Einzelfall kann auch schon eine geringere Minderung des Einkommens nicht zumutbar sein. Sollte die höchstrichterliche Rechtsprechung einen geringeren Prozentsatz als zumutbare Minderung des Einkommens festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich."

Ziffer 1.6 Absatz 1 wird ergänzt durch:

"e) Eintritt der Berufsunfähigkeit

Wenn die →versicherte Person

- in Folge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
- die ärztlich nachzuweisen sind
- 6 Monate ununterbrochen vollständig oder teilweise außerstande gewesen ist, ihren Beruf im Sinne von Absatz 1 b) oder c) auszuüben
- und sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt hat, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht,

so gilt die Fortdauer dieses Zustands als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit. In diesem Fall entsteht der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente mit Ablauf des 6. Monats. Wird nach einer Anerkennung unserer Leistungspflicht bei der Nachprüfung nach Ziffer 6.3 festgestellt, dass inzwischen eine Berufsunfähigkeit von voraussichtlich insgesamt mindestens 3 Jahren im Sinne von Absatz 1 a) oder d) vorliegt, werden wir die Versicherungsleistungen nach Ziffer 1 auch für die ersten 6 Monate erbringen."

Ziffer 1.6 Absatz 2 wird ersetzt durch:

"(2) Berufsunfähigkeit aufgrund Tätigkeitsverbots

Wenn die →versicherte Person

- infolge eines Tätigkeitsverbots, das von der zuständigen Gesundheitsbehörde ausschließlich aus medizinischen Gründen nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) ausgesprochen wurde,
- voraussichtlich mindestens 3 Jahre außerstande ist ihren Beruf auszuüben

- und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung (siehe Ziffer 1.6 Absatz 1 a)) entspricht, so liegt von Beginn an eine vollständige Berufsunfähigkeit vor. Bezieht das Tätigkeitsverbot nur einen Teil der bisherigen Berufstätigkeit, liegt auch nur teilweise Berufsunfähigkeit vor. Darüber hinaus gelten die Regelungen nach Ziffer 1.6 Absätze 1 b) und c)."

Ziffer 1.6 Absatz 4 wird ergänzt durch:

"Im Falle der Berufsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit entsteht der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente mit Ablauf des 6. Monats nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit."

Abänderung SBV2: Was gilt bei Versicherungen innerhalb von Gruppenverträgen?

Die Worte "Versicherung" und "Vertrag" beziehen sich insbesondere hinsichtlich der vereinbarten Rente und der Fristen auf die einzelnen (Teil-)Versicherungen, nicht aber auf den Gruppenvertrag.

Ziffer 10 wird ergänzt durch:

"10.5 Was gilt bei Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag?

Scheidet die →versicherte Person aus dem Gruppenvertrag aus, so erlischt die Versicherung, wenn die versicherte Person sie nicht innerhalb von 3 Monaten als Einzelversicherung fortsetzt. Erlischt die Versicherung, so gilt Absatz 10.2 entsprechend."

Abänderung SBV5: Was gilt, wenn Sie zu dieser Versicherung dynamischen Zuwachs vereinbart haben?

(1) Nach welchem Maßstab erfolgt die Erhöhung der Beiträge und der Versicherungsleistungen?

Der Beitrag für die Versicherung erhöht sich um den mit Ihnen vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags. Die Höhe des Prozentsatzes legen Sie bei Abschluss des Vertrages fest.

Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Risikoprüfung. Die Versicherungsleistungen werden nicht im selben Verhältnis erhöht wie der Beitrag. Die Erhöhung errechnet sich nach den am Erhöhungstermin erreichten Vertragsdaten, insbesondere dem Alter der →versicherten Person, der restlichen Versicherungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Es gelten hierfür die Regelungen nach Ziffer 1.8 Absatz 2.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, erhöht sich die Pflegezusatzrente im selben Verhältnis wie die Berufsunfähigkeitsrente. Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

(2) Wann und wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zum Jahrestag der Versicherung.

Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger als bis die →versicherte Person das →rechnungsmäßige Alter von 55 Jahren erreicht hat. Die letzte Erhöhung ist in jedem Fall spätestens 3 Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer möglich.

(3) Bis zu welcher Grenze können die Versicherungsleistungen erhöht werden?

Die Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente muss in einem angemessenen Verhältnis zum Bruttoarbeitseinkommen der →versicherten Person stehen. Wenn die Summe aller bei der Allianz Lebensversicherungs-AG versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten der →versicherten Person 40.000 EUR im Jahr übersteigt, ist Voraussetzung für eine wirksame Erhöhung, dass die Summe aller zu diesem Zeitpunkt versicherten jährlichen Berufsunfähig-

keitsrenten der versicherten Person nicht mehr als 70 Prozent ihres Bruttoarbeitseinkommens im letzten Kalenderjahr vor der Erhöhung beträgt. Damit uns dies bestätigt werden kann, schreiben wir Sie rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin an. Solange uns diese Bestätigung nicht vorliegt, kann die Erhöhung nicht durchgeführt werden.

Es sind die versicherten Berufsunfähigkeitsrenten aus Verträgen der →versicherten Person bei uns und bei anderen privaten Versicherern zu berücksichtigen. Renten bzw. Anwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus berufsständischen Versorgungswerken zählen nicht dazu. Wenn die →versicherte Person selbstständig ist, ist anstelle des Bruttoarbeitseinkommens der Gewinn vor Steuern maßgeblich.

(4) Welche sonstigen Bestimmungen gelten für Ihren Beitrag und für die Erhöhungen?

Alle im Rahmen des Vertrags getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

Die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Vertrag setzt die in Teil B, Ziffer 1 hinsichtlich der Verletzung der Anzeigepflicht genannte Frist nicht erneut in Lauf.

Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können die beitragsfreie Versicherungsleistung, der Rückkaufswert und der Abzug nicht mehr der Ihren Versicherungsinformationen beigefügten Tabelle entnommen werden.

(5) Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von 2 Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen. Sie können ohne Angabe von Gründen die Erhöhung beliebig oft aussetzen. Unterbliebene Erhöhungen können Sie nur mit unserer Zustimmung nachholen.

Wenn bei Ihrer Versicherung eine Stundung der Beiträge vereinbart ist, erfolgen in dieser Zeit keine Erhöhungen.

Es erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt. Erhöhungen, die nach dem Termin, ab dem Leistungen aus dieser Versicherung erbracht werden müssen, aber noch vor Anerkennung der Berufsunfähigkeit durchgeführt worden sind, werden rückgängig gemacht.

Abänderung SBV7: Was gilt, wenn Sie eine garantiert steigende Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben?

Wenn Sie für die Dauer der Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente eine garantiert steigende Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben, erhöht sich die Garantierente jährlich zum Jahrestag des Versicherungsbeginns. Die Erhöhung ist in Prozent der im Vorjahr gezahlten Garantierente festgelegt. Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, erhöht sich die Pflegezusatzrente nicht.

Abänderung SBV8: Was gilt bei der betrieblichen Altersversorgung, wenn für Ihren Vertrag abweichende Rechnungsgrundlagen vereinbart sind?

Ziffer 1.8 Absatz 1 wird ersetzt durch:

"(1) Rechnungsgrundlagen bei Vertragsschluss

Bei Abschluss Ihres Vertrags verwenden wir für die Berechnung der garantierten Leistungen folgende Rechnungsgrundlagen:

- die Sterbetafel "DAV 1994 T" (→Tafeln),
- unsere unternehmenseigene vom Geschlecht abhängige Berufsunfähigkeitstafel "AZ 2014 BU I" (→Tafeln) für die Berufsunfähigkeitswahrscheinlichkeiten,
- die Berufsunfähigkeitstafeln "DAV 1997 TI" und "DAV 1997 RI" für die Sterbewahrscheinlichkeiten der Berufsunfähigen und die Reaktivierungswahrscheinlichkeiten (→Tafeln),
- den →Rechnungszins 0,9 Prozent und

- die →Kosten der Berufsunfähigkeitsvorsorge der BerufsunfähigkeitsPolice Invest (siehe dazu Ziffer 8.1)."

Abänderung SBV9: Was gilt bei Verträgen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung?

Ziffer 1.1 Absatz 2 a) Satz 2 entfällt.

Ziffer 1.1 Absatz 2 b) Sätze 1 und 2 entfallen.

Ziffer 1.2 entfällt.

Ziffer 9.3 Absätze 1 bis 3 werden ersetzt durch:

"(1) 6-Monats-Frist für die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung

Innerhalb von 6 Monaten nach der Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung können Sie verlangen, dass die versicherten Leistungen bis zur Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsfreistellung angehoben werden, ohne dass wir eine Risikoprüfung durchführen. Voraussetzung dafür ist, dass Sie die Beitragszahlung nach Absatz 4 wieder aufnehmen.

Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung und Wiederherstellung des Versicherungsschutzes sind jedoch ausgeschlossen, wenn die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beitragszahlung berufsunfähig ist.

(2) Frist für die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes bei Elternzeit ohne Risikoprüfung

Wenn die Versicherung wegen einer Elternzeit beitragsfrei gestellt worden ist, kann die Frist zwischen Beitragsfreistellung und Wiederaufnahme der Beitragszahlung auch mehr als 6 Monate betragen, ohne dass wir eine Risikoprüfung durchführen. Die Beitragszahlung muss jedoch spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Ende der Elternzeit wiederaufgenommen werden. Wird die Elternzeit in mehrere Abschnitte aufgeteilt, muss die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes jeweils innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung eines Abschnittes erfolgen.

Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung und Wiederherstellung des Versicherungsschutzes sind jedoch ausgeschlossen, wenn die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beitragszahlung berufsunfähig ist.

(3) Allgemeine Frist für die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes mit Risikoprüfung

Auch nach Ablauf von 6 Monaten, jedoch nur innerhalb von 3 Jahren nach der Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung, können Sie verlangen, dass durch die Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Absatz 4 die versicherten Leistungen bis zur Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsfreistellung angehoben werden.

Den Versicherungsschutz können wir dann wiederherstellen, wenn die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederherstellung des Versicherungsschutzes eine vergleichbare neue Versicherung ohne erschwerte Bedingungen bei uns abschließen könnte.

(4) Möglichkeiten zur Wiederherstellung des Versicherungsschutzes

Um nach einer Beitragsfreistellung den Versicherungsschutz wiederherzustellen, der vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, können Sie

- die Beiträge begleichen, die auf die beitragsfreie Zeit entfallen, oder
- höhere laufende Beiträge zahlen.

Stattdessen können Sie ohne eine vollständige Wiederherstellung des Versicherungsschutzes, der vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, auch nur die Beitragszahlung wieder aufnehmen. Die versicherten Garantieleistungen berechnen wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

Wir berechnen die neuen Beiträge und die neuen Garantieleistungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gel-

Versicherungsbedingungen:
Teil A - Abänderungen zur BerufsunfähigkeitsPolice Invest E23

ten die Regelungen nach Ziffer 1.8 Absatz 1. Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen."

Teil B - Pflichten für alle Bausteine

Hier finden Sie wesentliche bausteinübergreifende Pflichten und Obliegenheiten. Weitere Pflichten und Obliegenheiten finden Sie in Teil A. Die Regelungen in Teil B gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für den gesamten Vertrag.

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Anzeigepflicht

a) Gegenstand der Anzeigepflicht

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

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

b) Anzeigepflicht der versicherten Person

Wenn eine andere Person als Sie versichert werden soll, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der in Textform gestellten Fragen verantwortlich.

c) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei einer Anzeigepflichtverletzung

Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus den §§ 19 bis 22 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir

- vom Vertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

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

Wir verzichten auf die uns nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zustehenden Rechte zur Vertragsänderung und Kündigung, wenn die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.

b) Rückkaufswert und Abzug bei Rücktritt oder Anfechtung

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten, zahlen wir den Rückkaufswert, der auch im Falle Ihrer Kündigung gezahlt würde. Von diesem Betrag nehmen wir einen Abzug vor. In Ihren Versicherungsinformationen ist festgelegt, in welcher Höhe wir einen Abzug vornehmen. Dort erläutern wir Ihnen auch die Gründe für diesen Abzug. Wir sehen den Abzug als angemessen an. Dies müssen wir darlegen und beweisen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht oder nur in geringerer Höhe angemessen ist, entfällt der Abzug oder wir setzen ihn - im letzteren Fall - entsprechend herab.

c) Frist für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen, wenn seit dem Abschluss des Vertrags mehr als 5 Jahre vergangen sind. Dies gilt nicht, wenn wir von der Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangen, der vor Ablauf der Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 be-

trägt 10 Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung 10 Jahre vergangen sind.

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung

Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

(4) Erweiterung oder Wiederherstellung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

(5) Schriftformerfordernis

Die Ausübung des Rechts auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

(6) Empfangsvollmacht

Wenn Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, eine von uns abgegebene Erklärung entgegenzunehmen. Wenn auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden ist oder sein Aufenthalt nicht ermittelt werden kann, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- 2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- 2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

- 2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode

Den Beitrag für Ihre Versicherung müssen Sie

- in einem einmaligen Beitrag zahlen oder
- als laufende Beiträge entsprechend der vereinbarten Zahlungsperiode. In diesem Fall kann die Zahlungsperiode je nach Vereinbarung einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr betragen. Wir geben sie im Versicherungsschein an. Die Beiträge sind entsprechend der vereinbarten Zahlungsperiode kalkuliert. Die Versicherungsperiode (§ 12 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) entspricht somit der vereinbarten Zahlungsperiode.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster oder einmaliger Beitrag

Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass der Versicherungsschutz erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

b) Folgebeiträge

Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten der vereinbarten Zahlungsperiode fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn eine Zahlung im Lastschriftverfahren (Absatz 5) vereinbart ist, ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Übermittlungsrisiko

Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(5) Zahlung im Lastschriftverfahren

a) SEPA-Lastschriftmandat

Wenn der Beitrag von einem Konto eingezogen werden soll (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden.

b) Monatliche Beiträge

Monatliche Beiträge müssen im Lastschriftverfahren gezahlt werden.

c) Folgen eines fehlgeschlagenen Lastschrifteinzugs

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben,

- können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen;
- sind wir berechtigt, eine monatliche Zahlungsperiode auf eine vierteljährliche Zahlungsperiode umzustellen.

Im Übrigen gelten die Regelungen zum Verzug (siehe Ziffern 2.2 und 2.3).

2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1). Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen, beginnt der Versicherungsschutz daher erst zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Für Versicherungsfälle, die in der Zwischenzeit eintreten, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

(2) Unser Rücktrittsrecht

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 b) zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsauffor-

derung in Verzug. In diesem Fall sind wir berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns hierdurch entstanden ist.

Sie geraten nicht in Verzug, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(2) Fristsetzung

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 Wochen betragen.

(3) Wegfall oder Minderung des Versicherungsschutzes bei erfolglosem Fristablauf

Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn

- Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden und
- wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf

Wenn Sie nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Wenn Sie bei Ablauf der Frist noch immer mit der Zahlung in Verzug sind, wird die Kündigung dann automatisch wirksam. Hierauf werden wir Sie bei Kündigung ausdrücklich hinweisen.

(5) Fortbestand des Vertrags, wenn Sie den angemahnten Betrag nachzahlen

Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nachzahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist.

Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Nachzahlung eintreten, besteht jedoch kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

3. Weitere Mitwirkungspflichten

Welche weiteren Mitwirkungspflichten haben Sie?

(1) Pflicht zur Übermittlung notwendiger Informationen, Daten und Unterlagen

Wenn wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich - das heißt ohne schuldhaftes Zögern - zur Verfügung stellen. Dies gilt auch, wenn sich nachträglich Änderungen zu den von Ihnen bei Vertragsabschluss oder auf Nachfrage zur Verfügung gestellten Informationen, Daten und Unterlagen ergeben.

Wenn ein Dritter Rechte an Ihrem Vertrag hat und auch dessen Status für Datenerhebungen und Meldungen entscheidend ist, sind Sie auch insoweit zur Mitwirkung verpflichtet.

(2) Notwendige Informationen

Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind alle Umstände, die für die Beurteilung Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit, der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können. Dazu zählen vor allem die deutsche oder ausländische steuerliche Ansässigkeit, die Steueridentifikationsnummer, das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

Versicherungsbedingungen:
Abänderungen zum Teil B - Pflichten für alle Bausteine

(3) Unterlassene Mitwirkung bei gesetzlicher Meldepflicht

Wenn für uns als Versicherer eine gesetzliche Meldepflicht besteht, müssen wir die notwendigen Informationen im Sinne von Absatz 2 an in- oder ausländische Steuerbehörden melden. Wenn Sie uns dann die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie ungeachtet einer bestehenden oder nicht bestehenden steuerlichen Ansässigkeit im Ausland damit rechnen, dass wir Ihre Vertragsdaten an in- oder ausländische Steuerbehörden melden.

Wenn Sie Ihren Mitwirkungspflichten nach den Absätzen 1 und 2 nicht nachkommen, sind wir berechtigt, unsere Leistung zurückzubehalten. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

4. Abänderungen zum Teil B

In einigen Verträgen der betrieblichen Altersversorgung oder im Rahmen von Gruppenverträgen werden bestimmte Regelungen Ihrer Bausteine durch einzelne der folgenden Regelungen geändert, ergänzt oder ersetzt. Welche Abänderungen jeweils für Ihre Versicherung gelten, können Sie Ihrem Versicherungsschein oder Ihrer Versicherungsbescheinigung entnehmen.

Abänderung B1: Was gilt bei der betrieblichen Altersversorgung?

Auch bei monatlicher Beitragszahlung kann vereinbart werden, dass die Beitragszahlung nicht durch Lastschriftverfahren erfolgt. Es entfallen Ziffer 2.1 Absatz 3 Sätze 2 und 3 sowie Absatz 5.

Abänderung B2: Was gilt bei Gruppenverträgen?

Bei Gruppenverträgen treten die vorher in Ziffer 2.2 und 2.3 genannten Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug für den Gruppenvertrag ein, selbst wenn nur ein Teilrückstand besteht.

Abänderung B3: Was gilt bei Versicherungen im Rahmen des internen Versorgungsausgleichs?

Ziffer 2 entfällt.

Teil C - Allgemeine Regelungen

Die Regelungen in Teil C gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für den gesamten Vertrag.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Vertrags, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem genannten Zeitpunkt nur dann, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen. Wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1).

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

(2) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gilt Absatz 1 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

2. Versicherungsschein

Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Inhaber

Wir können den Inhaber des Versicherungsscheins als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

(2) Nachweis der Berechtigung bei Verfügungen

Wenn ein Berechtigter ein Bezugsrecht eingeräumt oder widerrufen hat oder Ansprüche abgetreten oder verpfändet hat, brauchen wir den Nachweis der Berechtigung durch den Inhaber des Versicherungsscheins nur dann anzuerkennen, wenn der bisherige Berechtigte die Verfügung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) angezeigt hat.

3. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

4. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen gegen uns

Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder für die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Sie können auch bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft), bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die vertraglich nicht ausgeschlossen werden dürfen, können Sie auch dort Klage erheben.

(2) Zuständiges Gericht für Klagen gegen Sie

Klagen aus dem Versicherungsvertrag müssen wir bei dem Gericht erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft), bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Geschäftssitz. Ist deren Geschäftssitz unbekannt, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

(3) Zuständiges Gericht, wenn Sie außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz wohnen

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts nach Vertragsschluss in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

5. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren nach § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

6. Informationen während der Vertragslaufzeit

Sie erhalten jährlich, ab dem 2. Versicherungsjahr bis zum Beginn der Leistungsphase, eine Mitteilung, der Sie die Höhe der Versicherungsleistung und bei einem Baustein Altersvorsorge zusätzlich den Stand Ihres Kapitals entnehmen können.

Sie können diese Auskunft auch jederzeit auf Wunsch erhalten.

7. Abänderungen zum Teil C

In einigen Verträgen der betrieblichen Altersversorgung oder im Rahmen von Gruppenverträgen werden bestimmte Regelungen Ihrer Bausteine durch einzelne der folgenden Regelungen geändert, ergänzt oder ersetzt. Welche Abänderungen jeweils für Ihre Versi-

versicherung gelten, können Sie Ihrem Versicherungsschein oder Ihrer Versicherungsbescheinigung entnehmen.

Abänderung C1: Was gilt bei Gruppenverträgen?

Bei Gruppenverträgen bezieht sich der Beitrag auf den Anfangsbestand des Gruppenvertrags.

Abänderung C2: Was gilt bei der betrieblichen Altersversorgung?

Ziffer 2 Absatz 2 entfällt.

Abänderung C3: Was gilt bei Versicherungen im Rahmen des internen Versorgungsausgleichs?

Ziffer 1 wird ersetzt durch:

"1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt ab dem Tag der Rechtskraft der Entscheidung des Familiengerichts."

Erläuterung von Fachausdrücken

Hier definieren wir Ihnen wichtige Fachausdrücke. Im Text haben wir diese Fachausdrücke mit einem "→" markiert. Beispiel: →Versicherungsnehmer.

Anteilswert:

Der Wert einer Anteilseinheit (Anteilswert) richtet sich nach der Wertentwicklung der im jeweiligen Sondervermögen gehaltenen Vermögensgegenstände. Der Anteilswert entspricht dem Rücknahmepreis eines Anteils des Fonds.

Den Rücknahmepreis eines Fonds ermittelt die jeweilige Kapitalverwaltungsgesellschaft an den für sie geltenden Arbeitstagen. Diese müssen nicht mit den Bankarbeitstagen in Deutschland übereinstimmen. Wenn uns kein aktueller Rücknahmepreis vorliegt, verwenden wir den letzten uns bekannten Rücknahmepreis. Wenn eine Rückgabe der Anteilseinheiten nicht möglich ist, setzen wir - soweit vorhanden - den für diese Anteilseinheiten ermittelten Börsenpreis an.

Bei börsengehandelten Exchange Traded Funds (ETFs) entspricht der Anteilswert bei Kauf oder Verkauf (zum Beispiel bei Erwerb von Anteilseinheiten mit Ihren Überschussanteilen oder Umschichtungen) den jeweiligen von uns erzielten Kauf- oder Verkaufspreisen, gegebenenfalls nach Berücksichtigung uns in Rechnung gestellter Handelsgebühren Dritter.

Bankarbeitstag:

Bankarbeitstage, auch Geschäftstage genannt, sind die Tage, an denen Kreditinstitute in Deutschland bzw. Luxemburg für den Publikumsverkehr geöffnet sind. Montag bis Freitag sind in der Regel Bankarbeitstage. Wochenenden und bundeseinheitliche Feiertage sowie der 24.12. und 31.12. sind keine Bankarbeitstage.

Bewertungsreserven:

Bei der Bewertung unserer Kapitalanlagen können Bewertungsreserven entstehen. Diese ergeben sich, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in unserer Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und ermöglichen es, kurzfristige Schwankungen auf den Kapitalmärkten auszugleichen.

Bezugsgröße:

Für die Beschreibung der jeweiligen Bezugsgrößen, auf die sich die Überschussanteilsätze beziehen, verwenden wir versicherungsmathematische Begriffe. Die Bezugsgrößen hängen vor allem vom vereinbarten Beitrag, von der Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente, vom Alter der versicherten Person und von der Rentenzahlungsdauer ab. Wir ermitteln die Bezugsgrößen nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

Deckungskapital:

Das Deckungskapital der Versicherung wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet.

Deckungsrückstellung:

Versicherer sind gesetzlich verpflichtet, für ihre Verpflichtungen gegenüber ihren Versicherungsnehmern Deckungsrückstellungen zu bilden. Sie entsprechen dem Betrag, der bereitgestellt werden muss, damit zusammen mit künftigen Versicherungsbeiträgen die garantierten Versicherungsleistungen finanziert werden können. Die Deckungsrückstellung wird entsprechend der Vorschriften der §§ 341 e und f des Handelsgesetzbuches (HGB) und der Deckungsrückstellungsverordnung berechnet.

Fondswert:

Der Fondswert Ihrer Versicherung entspricht dem Wert der auf die Versicherung entfallenden Anteilseinheiten. Er wird dadurch ermittelt, dass die Anzahl der Anteilseinheiten, die auf die Versicherung entfallen, mit den zu einem bestimmten Bewertungsstichtag ermittelten Anteilswerten multipliziert wird.

Kosten:

Kosten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind die Kosten, welche in der Beitragskalkulation berücksichtigt wurden (Ab-

schluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten). Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere Verwaltungskosten. Zu den Kosten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gehören außerdem die Kosten, die aus von Ihnen veranlassten Gründen erhoben werden können.

Rechnungsmäßiges Alter:

Das rechnungsmäßige Alter ist das jeweilige Alter der versicherten Person - wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als 6 Monate verstrichen sind. Beispiel: Sie sind rechnerisch bereits dann 62 Jahre alt, wenn Sie in weniger als 6 Monaten Ihren 62. Geburtstag haben.

Rechnungszins:

Der Rechnungszins ist der Zinssatz, der für die Finanzierung der garantierten Leistungen erforderlich ist.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung:

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) ist eine versicherungstechnische Rückstellung im Jahresabschluss eines Versicherers. Diese Rückstellung bildet den handelsrechtlichen Wert der Ansprüche der Versicherungsnehmer auf künftige Überschussbeteiligung. Sie ermöglicht es, Schwankungen - wie sie insbesondere bei Kapitalerträgen häufig vorkommen - im Zeitverlauf auszugleichen.

Struktur:

Die Struktur bezeichnet im Rahmen einer Anlagestrategie die Zusammenstellung der Fonds sowie die prozentuale Aufteilung des Anlagebetrags auf die Fonds, die dieser Anlagestrategie zugrunde liegen, zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Tafeln:

Mit Tafeln können wir Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Ereignisse ermitteln. Sie sind Grundlage unserer Berechnungen, mit denen wir die Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtungen sicherstellen können.

- Mit Sterbetafeln können wir Wahrscheinlichkeiten für Todesfälle ermitteln.
- Mit weiteren Tafeln können wir Wahrscheinlichkeiten für andere Versicherungsfälle wie zum Beispiel den Eintritt und Wegfall der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit, der Sterblichkeit von Berufsunfähigen und Pflegebedürftigen, der Wiederverheiratung etc. ermitteln.

Überschussanteilsatz:

Die Überschussanteilsätze legen wir als Prozentsätze bestimmter Bezugsgrößen fest. Dies erfolgt jeweils für die einzelnen Überschuss- und Untergruppen sowie für die verschiedenen Arten der Überschussanteile (siehe Ziffer 2.2 Teil A - BerufsunfähigkeitsPolice Invest). Die Überschussanteilsätze werden jeweils in Prozent im Anhang unseres Geschäftsberichts genannt oder dem Versicherungsnehmer auf andere Weise mitgeteilt.

Verantwortlicher Aktuar:

Jedes Lebensversicherungsunternehmen muss einen Verantwortlichen Aktuar bestellen. Diese Person muss zuverlässig und geeignet sein sowie ausreichende Kenntnisse in der Versicherungsmathematik und Berufserfahrung haben. Der Verantwortliche Aktuar achtet insbesondere darauf, dass die Verpflichtungen gegenüber den Versicherungsnehmern dauerhaft erfüllt werden können und dass bei der Berechnung der Beiträge und der Deckungsrückstellungen die gesetzlichen Bestimmungen eingehalten werden (§ 141 Versicherungsaufsichtsgesetz -VAG).

Versicherte Person:

Die versicherte Person ist diejenige Person, auf deren Leben die BerufsunfähigkeitsPolice Invest genommen wird. Die versicherte

Versicherungsbedingungen:
Erläuterung von Fachausdrücken

Person muss nicht notwendigerweise der Versicherungsnehmer sein.

Versicherungsnehmer:

Der Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat. Er wird als solcher im Versicherungsschein genannt. Die in den Versicherungsbedingungen festgelegten Rechte und Pflichten betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer als Vertragspartner.

Anhang zum Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang"

Hier finden Sie einen Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017.

§ 14 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, "Begriff der Pflegebedürftigkeit"

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
 4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
 5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.
- (3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, "Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument"

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegfachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Anlage 1 (zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6;

Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhan- den
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von 2 Wo- chen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung "überwiegend inkontinent" oder "vollständig inkontinent" getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit "entfällt" (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbstständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit "teilweise" (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit "vollständig" (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parental oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen pro Tag	Anzahl der Maßnahmen pro Woche	Anzahl der Maßnahmen pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
	Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7	0			
	Umrechnung in Maßnahmen pro Tag	0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe - Kriterium 5.1 - und einmal Blutzuckermessen - Kriterium 5.6 -, entspricht dies 4 Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen pro Tag	Anzahl der Maßnahmen pro Woche	Anzahl der Maßnahmen pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
	Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11	0			
	Umrechnung in Maßnahmen pro Tag	0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt oder selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
5.16	Einhalten einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 (zu § 15)

**Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)
Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul**

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1. Mobilität	10 %	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4. Selbstversorgung	40 %	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7. Außerhäusliche Aktivitäten	Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägung bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.						
8. Haushaltsführung							