

Berufsunfähigkeitsversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: Deutsche Ärzteversicherung AG,
Deutschland, Handelsregister Köln HR B Nr.
27698

Produkt: Berufsunfähigkeitsversicherung
(DLVSBV-3-2026)

Versicherungsnehmer und
Versicherte Person: Julia Assistenzärztin

Dieses Produktinformationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (zum Beispiel Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Berufsunfähigkeitsversicherung.



Was ist versichert?

- ✓ **Berufsunfähigkeit:**
Wenn die versicherte Person (das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist) berufsunfähig wird, zahlen wir für die Dauer der Berufsunfähigkeit eine Rente von monatlich 3.000,00 Euro.
Für die Dauer der Berufsunfähigkeit brauchen Sie keine Beiträge zu zahlen.
Die versicherte Person gilt als berufsunfähig, wenn sie infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen nicht mehr zu mindestens 50% ausüben kann.
Die versicherte Person gilt nicht als berufsunfähig, wenn sie eine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.
- ✓ Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit
- ✓ Berufsunfähigkeit infolge Demenz
- ✓ Leistung bei Arbeitsunfähigkeit
- ✓ Leistung bei schwerer Erkrankung (Sofortrente)
- ✓ Leistung bei Einstellung der Zahlung von Krankengeld (Überbrückungshilfe)

Ausführliche Informationen erhalten Sie in Ihren Versicherungsbedingungen.

Bitte beachten Sie, dass die Begriffe „Berufsunfähigkeit“ und „Pflegebedürftigkeit“ in der Sozialversicherung und in der Krankentagegeldversicherung einen abweichenden Inhalt haben.

Wir erbringen unsere Leistungen längstens bis zum 01.06.2067.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Individuell ausgeschlossene Vorerkrankungen
- ✗ Individuell ausgeschlossene gefährliche Freizeitaktivitäten



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Wenn Sie unwahre oder unvollständige Angaben machen, kann Ihr Versicherungsschutz vollständig oder teilweise, für die Zukunft oder rückwirkend entfallen.

Zudem kann der Versicherungsschutz in bestimmten Fällen ausgeschlossen sein. Dazu zählt zum Beispiel, wenn der Versicherungsfall auf den folgenden Umständen beruht:

- ! Ausführung oder Versuch einer Straftat
- ! Eine absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall, schwerer Erkrankung, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung
- ! Innere Unruhen oder kriegerische Ereignisse
- ! Vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles durch den Versicherungsnehmer
- ! Strahlen infolge Kernenergie
- ! Vorsätzlicher Einsatz von radioaktiven, chemischen oder biologischen Waffen/Produkten



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen, die wir Ihnen vor Abschluss des Vertrages (zum Beispiel im Antragsformular) stellen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen die Berufsunfähigkeit und eventuell andere leistungsbegründende Umstände ärztlich nachweisen. Die versicherte Person muss sich gegebenenfalls von weiteren Ärzten untersuchen lassen.
- Während der Dauer einer Berufsunfähigkeit müssen Sie uns die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit anzeigen.
- Teilen Sie uns jede Änderung Ihrer Postanschrift sowie Ihrer Bankverbindung mit.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag (die erste Prämie) müssen Sie unverzüglich (*das heißt ohne schuldhaftes Zögern*) nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem 01.06.2026. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) müssen Sie monatlich, jeweils im Voraus zahlen. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Vertrages, frühestens jedoch am 01.06.2026. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen. Sie sind versichert, wenn die Berufsunfähigkeit bis zum 01.06.2067 eintritt. Die Leistungsdauer für die Rente endet am 01.06.2067.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode in Textform (*zum Beispiel Papierform, E-Mail*) kündigen. Mit Ihrer Kündigung endet der Vertrag, ohne dass eine Leistung fällig wird, d. h. es besteht kein Rückkaufswert.

Prämie; Kosten

Der monatliche Tarifbeitrag (*die Prämie*) beträgt 144,47 Euro (Beitrag vor Verrechnung mit Überschussanteilen). Unmittelbar ab Versicherungsbeginn wird Ihr Vertrag zudem an entstehenden Überschüssen beteiligt. Dadurch ermäßigt sich der zu zahlende Beitrag im ersten Jahr auf monatlich 94,27 Euro ⁽¹⁾ (Beitrag nach Verrechnung mit Überschussanteilen). In der Folgezeit kann die Ermäßigung jedes Jahr unterschiedlich hoch sein oder auch ganz entfallen.

Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Die in der gesamten Beitragssumme von 71.079,24 Euro (Gesamtsumme der Tarifbeiträge) enthaltenen Abschluss- und Vertriebskosten belaufen sich insgesamt auf 1.695,88 Euro. Die übrigen Kosten betragen jährlich 167,81 Euro für eine Laufzeit von 41 Jahren, wobei davon der gesamte Betrag auf Verwaltungskosten entfällt. Sie sind ebenfalls im Beitrag enthalten. Ändert sich der Beitrag, ändern sich auch die Kosten.

Sollten Sie Leistungen oder Geschäftsvorfälle veranlassen, die über die gewöhnliche Verwaltung des Vertrages hinausgehen, können wir Ihnen Gebühren gemäß Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen" in Rechnung stellen.

Die Höhe der mit ⁽¹⁾ markierten Werte hängt von der Überschussbeteiligung ab und kann nicht garantiert werden.

Antragsteller:

Julia Assistenzärztin

Es betreut Sie:

Orga-Nr. 8549006718

Interne Vermittlernummer: 5841

Welche Bestimmungen und Informationen gelten für Ihren Vertrag?

Berufsunfähigkeitsversicherung

Folgende Unterlagen haben Sie vor Antragstellung erhalten:

- Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages
- Ausführlicher Vorschlag
- Werteentwicklung
- Produktinformationsblatt

- Versicherungsbedingungen und Informationen:
 - Vertragsinformationen gemäß der Informationspflichtenverordnung
 - Mitteilung nach § 19 Absatz 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht
 - Versicherungsbedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung für Heilberufe
 - Bedingungen für die Dynamik der Berufsunfähigkeitsversicherung für Heilberufe
 - Bedingungen für die Ausübung von Optionen für Heilberufe in der Privatversorgung
 - Gebühren für besondere Leistungen in der Privatversorgung (Stand bei Vertragsausfertigung)
 - Hinweise für die steuerlichen Regelungen Kapitalbildende Lebens- und Rentenversicherungen, Risiko- und Berufsunfähigkeitsversicherungen (Privatversorgung)

Sämtliche aufgeführten Unterlagen haben Sie von Ihrem Vermittler erhalten. Dies kann elektronisch (z.B. E-Mail), auf einem Datenträger (z.B. CD, USB-Stick) oder in Papierform erfolgt sein.

Vertragsinformationen gemäß der Informationspflichtenverordnung**I. Allgemeine Informationen****1. Vertragspartner**

Ihr Vertragspartner ist die **Deutsche Ärzteversicherung AG**
Colonia-Allee 10 - 20, 51067 Köln
Postanschrift: 51171 Köln,
eingetragen im Handelsregister Köln unter der Registernummer HR
B Nr. 27698.

Die vertretungsberechtigten Vorstände entnehmen Sie bitte dem
Anschreiben, das Ihnen mit dem Versicherungsschein übersandt
wird.

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der Lebens- und
Rentenversicherung in allen Arten einschließlich der damit verbun-
denen Zusatzversicherungen.

2. Weitere Ansprechpartner

Sofern Ihr Vertrag mit Hilfe eines Vermittlers zustande kommt, steht
Ihnen dieser als Ansprechpartner zur Verfügung. Seinen Namen,
die Anschrift und den Status Ihres Vermittlers finden Sie auf der
ersten Seite des Versorgungsvorschlages, der bei Antragstellung
erfolgten Beratungsdokumentation sowie dem Anschreiben, mit
dem Ihnen der Versicherungsschein übersandt wird.

**3. Vertragsabschluss, Beginn der Versicherung und des Versiche-
rungsschutzes****a) Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages**

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn wir den von Ihnen gestellten
Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages annehmen. Dies ge-
schieht, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrück-
liche Annahmeerklärung übersenden und dieser/diese Ihnen zugeht.

b) Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn Sie das von uns auf Ihren
Antrag hin erstellte Angebot, welches wir Ihnen mit den Bestimmungen
und Informationen zum Vertrag übersenden, annehmen und Ihre Annah-
meerklärung bei uns eingeht. Wir werden Sie über den Zugang infor-
mieren.

Wie lange wir an unser Angebot gebunden sind und Sie es annehmen
können, entnehmen Sie bitte dem Anschreiben zu diesem Angebot.

c) Vertragsbeginn

Der Beginn der Versicherung ergibt sich aus dem Antrag und dem Ver-
sorgungsvorschlag.

d) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag geschlossen ist, je-
doch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei
nicht rechtzeitiger Beitragszahlung setzt der Versicherungsschutz nicht
ein. Näheres entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter
der Überschrift "Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?" bzw. "Beginn
des Versicherungsschutzes".

Wir gewähren vorläufigen Versicherungsschutz. Näheres dazu ent-
nehmen Sie bitte Ihrem Antrag.

4. Gültigkeit der Informationen und Angebote

Sofern wir die Gültigkeit von Informationen oder Angeboten begrenzt
haben, finden Sie dort einen entsprechenden Hinweis. Im Übrigen gelten
die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Danach kann
der einem Abwesenden gemachte Antrag nur bis zu dem Zeitpunkt an-
genommen werden, in welchem der Antragende den Eingang der Ant-
wort unter regelmäßigen Umständen erwarten darf.

5. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 30 Tagen
ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, E-Mail) widerrufen.
Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen der Versicherungsschein und
alle weiteren Vertragsunterlagen sowie die vollständige Widerrufsbeleh-
rung in Textform zugegangen sind.

Die vollständige Widerrufsbelehrung finden Sie im Versicherungsantrag
sowie in den Unterlagen, die Sie zusammen mit dem Versicherungs-
schein erhalten.

6. Laufzeit und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die Laufzeit Ihres Vertrages können Sie dem Versorgungsvorschlag
und/oder dem Versicherungsschein entnehmen.

Es gelten die Ihnen ausgehändigten Bestimmungen und Informationen
zum Vertrag. Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistung entnehmen Sie
bitte dem Versorgungsvorschlag und/oder dem Versicherungsschein
sowie den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen.

7. Risiken

Ihre Versicherung und etwaige Zusatzversicherungen sind an den von
uns erzielten Überschüssen beteiligt. Diese Überschüsse sind nicht ga-
rantiert. Sie hängen u. a. von der Kapitalmarktentwicklung, dem Verlauf
des versicherten Risikos und der Entwicklung der Kosten ab. Künftige
Überschüsse können von unseren in der Vergangenheit erwirtschafteten
sowie aktuell deklarierten Überschüssen abweichen.

Versicherungen, bei denen die Beiträge und/oder Überschüsse ganz
oder teilweise in Investmentfonds, Portfolios oder Strategiekonzepten
und/oder anderen Werten des Kapitalmarktes angelegt werden, ent-
halten zusätzliche Risiken. Das Anlageergebnis hängt von der Kursent-
wicklung ab. Daher können auch erhebliche Verluste nicht ausge-
schlossen werden.

8. Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung gehören
wir dem gesetzlichen Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsauf-
sichtsgesetzes) bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelm-
straße 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, an. Im Sicherungsfall
wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds über-
tragen. Durch den Fonds geschützt sind die Ansprüche der Versiche-
rungnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und
aller sonstigen aus dem Versicherungsvertrag begünstigten Personen.

9. Gesamtpreis der Versicherung

Bei dem im Versorgungsvorschlag und/oder im Versicherungsschein ge-
nannten Preis handelt es sich um den von Ihnen zu zahlenden Beitrag
gemäß der mit Ihnen vereinbarten Zahlweise.

Sie können die Beiträge einmalig, jährlich, halbjährlich, vierteljährlich
oder monatlich zahlen

10. Zahlung und Erfüllung

Angaben zur Fälligkeit des Beitrags entnehmen Sie bitte den dem Ver-
trag zugrundeliegenden Bedingungen.

Sie haben Ihre Pflicht zur Zahlung des Beitrags erfüllt, wenn die Zahlung
bei uns eingegangen ist. Das ist bei einer Überweisung der Zeitpunkt, zu
dem der Beitrag auf unserem Konto gutgeschrieben wird. Bei Zahlung im
Wege des SEPA-Lastschriftverfahrens ist zusätzlich die wirksame Belas-
tung Ihres Kontos erforderlich.

Ihre Zahlung ist rechtzeitig, wenn

- Einzahlungen auf unser Konto bei Bank oder Post innerhalb der
Zahlungsfrist vorgenommen werden;
- Ihre Bank den Beitrag aufgrund eines Überweisungsauftrages in-
nerhalb der Zahlungsfrist von Ihrem Konto abbucht;
- der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fällig-
keitstag von Ihrem Konto eingezogen werden kann, also ausrei-

chende Kontodeckung besteht, und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen;

Näheres hierzu entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter der Überschrift "Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?" bzw. "Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?".

11. Kosten, Steuern und Gebühren

- a) Für Ihren Vertrag fallen Abschluss- und Vertriebskosten an. Nähere Informationen zu den durch die Vermittlung und den Abschluss des Vertrages entstehenden Kosten und deren Höhe entnehmen Sie bitte dem im Produktinformationsblatt enthaltenen Abschnitt "Prämie; Kosten".
- b) Sollten Sie Dienstleistungen oder Geschäftsvorfälle veranlassen, die über die gewöhnliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen, können wir Ihnen Gebühren in Rechnung stellen. Diese können Sie der Ihnen ausgehändigten Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen" entnehmen.
- c) Bei Versicherungen, bei denen die Beiträge und/oder Überschüsse ganz oder teilweise in Investmentfonds und/oder anderen Werten des Kapitalmarktes angelegt werden, erheben die Kapitalverwaltungsgesellschaften Verwaltungsgebühren und die Depotbanken Gebühren für die Führung des Depots, jeweils in marktüblicher Höhe. Außerdem können die Kapitalverwaltungsgesellschaften marktübliche Ausgabeaufschläge erheben. Die Höhe dieser Kosten ergibt sich aus den aktuellen Verkaufsprospekten der jeweiligen Kapitalverwaltungsgesellschaft. Bei den Kapitalverwaltungsgesellschaften fallen außerdem Transaktionskosten für Erwerb und Veräußerung von Wertpapieren an sowie Kosten für die Fertigung von Jahresabschlüssen, Prospekten und Geschäftsberichten. Diese Kosten belasten das Fondsvermögen.

Für den Fall, dass Kapitalverwaltungsgesellschaften uns als Großanleger an den Verwaltungsvergütungen der Fonds beteiligen, gilt: Diese geben wir vollständig an Sie weiter.

- d) Beiträge zu Kapitallebens- oder Rentenversicherungen, die Leistungen im Erlebens- oder Todesfall, bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, im Alter oder in besonderen Notfällen vorsehen, unterliegen in Deutschland grundsätzlich nicht der Versicherungsteuer. Allerdings besteht eine Versicherungsteuerpflicht auf Beiträge zu Lebensversicherungen in diversen anderen Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR). Die Steuerpflicht entsteht dann, wenn der Versicherungsnehmer bei Zahlung der Prämie seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, der Versicherungsteuer auf Beiträge zu Lebensversicherungen erhebt. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz nach Abschluss des Versicherungsvertrags aus Deutschland in einen solchen Staat verlegt. In diesen Fällen haben alle Lebensversicherer mit Sitz im EWR die dort anfallende Versicherungsteuer und ggfs. ähnlichen Abgaben zu erheben und an die Finanzbehörden des jeweiligen EWR-Staates abzuführen.

Hat der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat außerhalb des EWR, sind wir (als Versicherer mit Sitz im EWR) nicht verpflichtet eine evtl. in einem solchen Staat anfallende Versicherungsteuer auf Beiträge zu Lebensversicherungen einzubehalten und abzuführen. In diesen Fällen hat der Versicherungsnehmer selbst dafür zu sorgen.

12. Beendigung des Vertrages

Der Vertrag kann von uns insbesondere wie folgt beendet werden:

- **Rücktritt bei nicht oder nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages;**
- **Rücktritt oder Kündigung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht;**

- **Kündigung bei Nichtzahlung des Folgebeitrages.**

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

Ob, wann und wie Sie Ihre Versicherung beenden können und welche Folgen dies hat, entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter der Überschrift "Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?" bzw. "Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?". Etwaig entstehende Kosten entnehmen Sie bitte der "Werteentwicklung" bzw. dem entsprechenden Abschnitt im Versicherungsschein.

13. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

- a) Auf das vorvertragliche Rechtsverhältnis wird deutsches Recht angewandt. Findet die Vertragsanbahnung im EU-Ausland statt, gilt das Recht des entsprechenden EU-Mitgliedstaates.
- b) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
- c) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem Sitz der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person und wohnen in Deutschland, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Sind Sie eine natürliche Person und wohnen in Deutschland, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Unterhalten Sie zum Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz oder ist Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können wir Sie vor dem für unseren Sitz zuständigen Gerichtsstand verklagen. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

Andere nach deutschem Recht begründete Gerichtsstände werden durch diese Vereinbarungen nicht ausgeschlossen.

14. Vertragssprache

Wir teilen Ihnen alle Bestimmungen und Informationen zum Vertrag in deutscher Sprache mit. Während der Laufzeit des Vertrages kommunizieren wir mit Ihnen auf Deutsch.

15. Außergerichtliche Rechtsbehelfe

- a) Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie als Verbraucher zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann anzurufen:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
Telefon: 0800 / 3696000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Das geht aber nur, solange in der gleichen Angelegenheit kein Rechtsstreit anhängig ist. Das Schlichtungsverfahren ist bis zu einem Beschwerdewert von 100.000 Euro möglich und für Sie kostenfrei.

Mit unserem Beitritt zum Versicherungsombudsmann e.V. haben wir uns zur Teilnahme an Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann verpflichtet.

- b) Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Postfach 12 53
53002 Bonn
Telefon: 0228/41 08-0
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Bis zum Ablauf von drei Monaten seit dem Eingang unseres ablehnenden Bescheides können Sie sich auch an unseren Beirat wenden.

Es bleibt Ihnen unbenommen, Ihre Ansprüche gerichtlich zu verfolgen.

II. Besondere Informationen für die Lebensversicherung

1. Kosten

Nähere Informationen zu den durch die Vermittlung und den Abschluss des Vertrages entstehenden Kosten und deren Höhe entnehmen Sie bitte dem im Produktinformationsblatt enthaltenen Abschnitt "Wie hoch ist der Beitrag und wann ist er zu zahlen?" unter der Überschrift "Welche Kosten wurden einkalkuliert?".

2. Überschussermittlung und -beteiligung

Ob und inwiefern Ihr Vertrag an Überschüssen beteiligt ist und wie diese ermittelt und verteilt werden, entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter der Überschrift "Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?".

3. Der Versicherung zugrunde liegende Kapitalanlagen

Sieht Ihre Versicherung eine Kapitalanlage in Investmentfonds, Portfolios oder Strategiekonzepten vor, gilt:
Welche Kapitalanlagen Sie gewählt haben finden Sie in Ihren Antragsunterlagen und / oder im Versicherungsschein. In Ihrem ausführlichen Vorschlag geben wir Ihnen weitere Informationen zur gewählten Kapitalanlage und den Kapitalanlagezielen.

4. Umwandlung in eine prämienfreie oder prämienreduzierte Versicherung

Ob und wie Sie Ihre Versicherung prämienfrei oder prämienreduziert fortführen können, entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen unter der Überschrift "Gestaltungsmöglichkeiten" bzw. "Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?". Angaben zur Leistung aus der prämienreduzierten bzw. prämienfreien Versicherung und zum Ausmaß, in dem diese garantiert ist, entnehmen Sie bitte der "Werteentwicklung" bzw. dem entsprechenden Abschnitt im Versicherungsschein.

5. Leistung bei Kündigung (Rückkauf)

Für den Fall, dass Ihnen bei Kündigung eine Leistung ausgezahlt wird, finden Sie eine Beispielrechnung zum möglichen Verlauf dieser Leistung und eine Information dazu, ob und inwiefern eine solche garantiert ist, in der "Werteentwicklung" bzw. dem entsprechenden Abschnitt im Versicherungsschein.

6. Steuerregelungen

Angaben zu für Ihre Versicherung geltende Steuerregelungen entnehmen Sie bitte dem Merkblatt "Hinweise für die steuerlichen Regelungen".

7. Begriff der Berufsunfähigkeit

Der Begriff wird in den Versicherungsbedingungen erläutert.

Die dort genannte Definition weicht von dem Begriff der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung im Sozialrecht ab. Sie entspricht auch nicht dem in den Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung verwendeten Begriff der Berufsunfähigkeit.

8. Nachhaltigkeit in der Kapitalanlage und bei der Finanzberatung

Die AXA Gruppe, zu der die Deutsche Ärzteversicherung AG gehört, hat bereits 2007 die UN-Prinzipien für nachhaltiges Investment (UN-PRI) unterzeichnet und sich zu verantwortungsvollem Handeln in der Kapitalanlage bekannt. Wir berücksichtigen deshalb bei der Auswahl unserer Kapitalanlagen auch sogenannte ESG-Kriterien, die neben ökologischen (Environmental) und sozialen (Social) Aspekten auch auf eine nachhaltige Unternehmensführung (Governance) achten. Ebenso beziehen wir ethische Belange mit ein.

Ausführliche Informationen zur nachhaltigen Kapitalanlage bei AXA finden Sie unter www.axa.de/nachhaltige-kapitalanlage.

Im Rahmen der Beratung zu Versicherungsanlageprodukten, Riester- und Basisrenten sowie betrieblicher Altersversorgung berücksichtigen wir - auf Basis der verfügbaren Informationen - Nachhaltigkeitsrisiken und die wichtigsten nachteiligen Auswirkungen auf Nachhaltigkeitsfaktoren. Die wichtigsten Nachhaltigkeitsfaktoren sind Umwelt-, Sozial- und Arbeitnehmerbelange, die Achtung der Menschenrechte und der Umgang mit Unternehmen, die umstrittene Waffen produzieren.

AXA verfolgt die Strategie, keine Produkte mit unangemessen nachteiligen Auswirkungen auf Nachhaltigkeitsfaktoren in der Versicherungsberatung anzubieten. Um dies zu gewährleisten, erfolgt bereits die Auswahl der von AXA am Versicherungsmarkt angebotenen Produkte im Einklang mit unserer Nachhaltigkeitsstrategie.
Ausführliche Informationen darüber, wie wir als Unternehmen Nachhaltigkeit in unserem Handeln berücksichtigen, finden Sie unter www.axa.de/nachhaltigkeit.

Mitteilung nach § 19 Absatz 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antragsformular gestellten beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns in Textform nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Wenn Sie das Krankentagegeld nach Tarif KTGG42-U parallel mit dieser Versicherung abgeschlossen haben, so gelten die gegenüber dem Versicherungsvermittler und gegenüber uns abgegebenen Angaben auch als Grundlage für dieses Versicherungsverhältnis.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rechtsfolgen

a. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie und/oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Sie weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt haben.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

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

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Treten wir vom Vertrag zurück, steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung einer ggf. vorhandenen Leistung bei Kündigung (Rückkauf).

b. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird und für den Tarif eine Beitragsfreistellung zulässig ist.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

c. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Wenn Sie das Krankentagegeld nach Tarif KTGG42-U parallel mit dieser Versicherung abgeschlossen haben, so können oben genannte Rechtsfolgen auch für die Krankentagegeldversicherung eintreten, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht auf einem vorsätzlichen oder fahrlässigen Verhalten von Ihnen und/oder einer versicherten Person beruht. Haben Sie und/oder eine versicherte Person die Anzeigepflicht (gänzlich) schuldlos verletzt, hat dies für den Tarif KTGG42-U keine Folgen. In einem solchen Fall kann die AXA Krankenversicherung AG den Vertrag nicht anfechten, von diesem zurücktreten oder eine Anpassung verlangen. Das Kündigungsrecht der AXA Krankenversicherung AG für die Zukunft nach § 19 Abs. 3 VVG bleibt jedoch unberührt, wenn sie den Vertrag bei Kenntnis der verschwiegenen Umstände abgelehnt hätte.

2. Ausübung unserer Rechte

Die unter 1. genannten Rechte stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung auf die Folgen der Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen diese Rechte innerhalb eines Monats ausüben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung können wir uns nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung können wir innerhalb von fünf Jahren und, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt wurde, innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Fristen eingetreten sind, können wir unsere Rechte ohne diese zeitliche Beschränkung ausüben.

Wenn Sie das Krankentagegeld nach Tarif KTGG42-U parallel mit dieser Versicherung abgeschlossen haben, gelten die unter 2. angeführten Bemerkungen zur Ausübung der Rechte auch für diesen Versicherungsvertrag. Die AXA Krankenversicherung AG kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung aber nur innerhalb von drei Jahren ausüben. Unabhängig bleibt die kenntnisunabhängige Ausschlussfrist von 10 Jahren ab Vertragsschluss, wenn Sie und/oder eine versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzen.

Haben Sie bzw. die versicherte Person die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht zur Vertragsanpassung. Wurde die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.

3. Anfechtung und deren Ausübung

Haben Sie bzw. die (mit-)versicherte Person unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt gemacht und hat dies auf unsere Annahmehentscheidung Einfluss genommen, können wir den Vertrag wegen arglistiger Täuschung auch anfechten.

Mit Zugang unserer Anfechtungserklärung ist der Versicherungsvertrag von Anfang an nichtig. Dies hat zur Folge, dass zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz bestand. Eine ggf. vorhandene Leistung bei Kündigung (Rückkauf) wird, außer bei der Risikoversicherung, der Risiko-Zusatzversicherung, der selbständigen Berufs-/Dienstunfähigkeitsversicherung und selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung, ausgezahlt. Von diesem ziehen wir gegebenenfalls Stornokosten ab, deren Höhe der Tabelle zur Werteentwicklung entnommen werden kann. Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Die Anfechtung müssen wir innerhalb eines Jahres ab Kenntnis der arglistigen Täuschung schriftlich ausüben. Die Anfechtung können wir nur innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss erklären.

4. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung, der Anfechtung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, können Sie sich nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Versicherungsbedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung für Heilberufe (D_1444_21015183_04.26_D)

Inhaltsverzeichnis

1 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?	2
1.1 Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit	2
1.2 Punktuelle Anpassung der allgemeinen Definition der Berufsunfähigkeit für bestimmte Personengruppen	3
1.3 Berufsunfähigkeit nach Ausscheiden aus dem Berufsleben	5
1.4 Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten (Infektionsschutz)	5
1.5 Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit	5
1.6 Berufsunfähigkeit infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz	6
1.7 Berufsunfähigkeit nach den Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung	6
1.8 Berufsunfähigkeit, wenn eine Prognose nicht möglich ist	6
1.9 Berufsunfähigkeit nach Berufswechsel aufgrund Weisung des Arbeitgebers	7
2 Welche Leistungen erhalten Sie bei Berufsunfähigkeit?	7
2.1 Rentenzahlung und Beitragsbefreiung	7
3 Wie beantragen Sie Leistungen und welche Mitwirkungspflichten haben Sie?	7
3.1 Erforderliche Nachweise	7
3.2 Entbindung von der Schweigepflicht	8
3.3 Welche Maßnahmen zur Heilung können wir verlangen? (Arztanordnungsklausel)	8
3.4 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten	9
3.5 Verjährung Ihrer Ansprüche	9
4 Was ist für Sie während der Leistungsprüfung wichtig?	9
4.1 Mitteilung über die Leistungsentscheidung	9
4.2 Beitragszahlung bis zur Leistungsentscheidung	9
5 Welche anderen Leistungen beinhaltet Ihr Vertrag?	10
5.1 Ärztebeirat und Ärzteausschuss	10
5.2 Sofortrente wegen schwerer Erkrankung	11
5.3 Leistung bei Einstellung von Krankengeld bzw. Krankentagegeld (Überbrückungshilfe)	12
5.4 Medizinische und berufliche Rehabilitations- und Integrationsberatung	13
5.5 Unterstützungs- und Beratungsleistungen	13
5.6 Leistungen aus der Überschussbeteiligung	13
5.7 Unterstützung zur Wiedereingliederung und Umorganisation	14
5.8 Optionale Leistungen	14
6 Wer ist Empfänger und wie erfolgt die Auszahlung von Leistungen?	16
6.1 Empfänger der Leistungen	16
6.2 Auszahlung der Leistungen	17
7 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	17
8 Warum ist es wichtig, dass Ihre Angaben richtig und vollständig sind?	18
8.1 Bedeutung unserer Fragen vor Vertragsabschluss	18
8.2 Auswirkungen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht	19
8.3 Bedeutung unserer Fragen bei Leistungserweiterungen	19
8.4 Anfechtung wegen arglistiger Täuschung	19
9 Was müssen Sie beachten, während Sie Leistungen erhalten?	19
9.1 Ihre Pflichten während Sie Leistungen beziehen	19
9.2 Recht zur Nachprüfung, ob die Leistungspflicht weiter besteht	20
9.3 Verletzung von Mitwirkungspflichten	20
10 Welche vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie?	20
10.1 Anpassung des Versicherungsschutzes	20
10.2 Überprüfung des Beitrags bei Berufseinstieg ("Zukunftsgarantie")	20
10.3 Verlängerungsoption	21
11 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?	22
11.1 Änderung der Beitragszahlung	22

11.2	Im ersten Versicherungsjahr: Beginn- und Ablaufverlegung	22
11.3	Ab dem zweiten Versicherungsjahr: Stundung der Beiträge	22
11.4	Vorrübergehende Herabsetzung des Beitrags	23
12	Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?	24
12.1	Beitragsfreistellung und deren Auswirkungen	24
12.2	Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Beitragsfreistellung (Wiederinkraftsetzung)	25
13	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?	26
14	Wann können Sie die Leistungen Ihrer Versicherung herabsetzen?	26
15	Was gilt für unser Vertragsverhältnis?	26
15.1	Beginn des Versicherungsschutzes	26
15.2	Weltweiter Versicherungsschutz	26
15.3	Rauchverhalten	26
15.4	Versicherungsdauer und Leistungsanspruch	27
15.5	Nachträgliche Anpassung von Beiträgen oder Leistungen	27
15.6	Änderungen bestehender Bestimmungen	27
15.7	Mitteilungen zu diesem Vertrag	27
15.8	Änderung Ihres Namens oder Ihrer Anschrift	28
15.9	Geltendes Recht und Gerichtsstand	28
15.10	Ansprechpartner, wenn Sie mit uns nicht zufrieden sind	28
16	Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?	29
16.1	Verwendung Ihrer Beiträge	29
16.2	Modalitäten der Beitragszahlung	29
16.3	Folgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung der Beiträge	30
17	Welche Kosten und Gebühren fallen an?	31
17.1	Kosten	31
17.2	Verrechnung der Kosten	31
17.3	Gebühren	31
18	Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?	32
18.1	Überschussermittlung	33
18.2	Überschussverteilung	32
18.3	Überschusshöhe	33
18.4	Bestandsgruppen	33
18.5	Überschussbeteiligung vor Eintritt des Versicherungsfalles	33
18.6	Überschussbeteiligung nach Eintritt des Versicherungsfalles	33
18.7	Überschussysteme	33
19	Änderungen der Bedingungen für versicherte Personen, die bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben	34
20	Versicherungsmathematische Hinweise	37
21	Glossar	37
22	Anhang - Auszug aus dem Sozialgesetzbuch	39

1 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?



Schritt für Schritt - wir prüfen individuell:

- Die allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit finden Sie im Abschnitt 1.1.
- Punktueller Anpassungen für bestimmte Personengruppen haben wir im Abschnitt 1.2 geregelt.
- Auf besondere Ursachen der Berufsunfähigkeit gehen wir in den Abschnitten 1.4 bis 1.7 ein.
- Unter dem Abschnitt "Änderungen der Bedingungen für versicherte Personen, die bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben" finden Sie Anpassungen für diese Personengruppe.

1.1 Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit

1.1.1 Voraussetzungen

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und ärztlich nachgewiesen sind:

- Die *versicherte Person* kann ihre berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut
- **voraussichtlich 6 Monate** ununterbrochen

- zu **mindestens 50 %** nicht mehr ausüben.
- Ursache für die Beeinträchtigung ist
 - Krankheit,
 - Körperverletzung **oder**
 - ein Verfall der Kräfte (auch einfach oder dem Alter entsprechend).

Maßgeblich ist dabei die **zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut**, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung konkret ausgeübt wurde.

Die Konkretisierung des Berufes "als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut" wird ausschließlich zum Vorteil der *versicherten Person* ausgelegt.

Sind die Voraussetzungen nicht vollständig erfüllt, besteht kein Anspruch auf die Leistungen.

1.1.2 Auswirkungen einer neuen beruflichen Tätigkeit (Verweisung)

Hier unterscheiden wir zwei Fälle:

Konkrete Verweisung:

Die *versicherte Person* nimmt - obwohl sie in der bisherigen Tätigkeit berufsunfähig ist - eine neue berufliche Tätigkeit auf.

In diesem Fall prüfen wir, ob die neue berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut mit der Tätigkeit bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vergleichbar ist. Ist dies der Fall, liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor. Die konkrete Verweisung wird bei Prüfung der Berufsunfähigkeit immer betrachtet.

Als vergleichbar wird eine Tätigkeit nur dann angesehen, wenn sie der *Ausbildung* oder Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung der *versicherten Person* entspricht. D. h. die neue Tätigkeit:

- erfordert keine deutlich abweichenden Kenntnisse und Fähigkeiten,
- hat eine vergleichbare Wertschätzung und
- ein vergleichbares Einkommen.

Dabei gilt in der Regel eine Einkommensminderung von maximal 20 % gegenüber dem jährlichen Bruttoeinkommen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als zumutbar. Bei niedergelassenen oder freiberuflichen Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern oder Psychotherapeuten betrachten wir den durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der letzten 3 Jahre. Wir berücksichtigen dabei die individuellen Gegebenheiten sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung. So kann in begründeten Einzelfällen auch eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar sein.

Wir erbringen auch dann weiterhin Leistungen, wenn die *versicherte Person* zwar neue Kenntnisse und Fähigkeiten erlernt hat und dadurch eine andere berufliche Tätigkeit ausübt, sie aber weiterhin nicht als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut tätig ist. In diesem Fall liegt weiterhin Berufsunfähigkeit im Sinne dieses Vertrages vor.

Abstrakte Verweisung:

Geht die *versicherte Person* keiner anderen beruflichen Tätigkeit nach, zahlen wir die Leistung bei Fortbestehen der Berufsunfähigkeit weiter. Wir prüfen nicht, ob die *versicherte Person* theoretisch noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte. Das heißt, **wir verzichten auf die abstrakte Verweisung**.

1.2 Punktuelle Anpassung der allgemeinen Definition der Berufsunfähigkeit für bestimmte Personengruppen



Für einige Personengruppen passen wir die allgemeine Definition bezogen auf die

- berufliche Tätigkeit und
- die Prüfung der konkreten Verweisung

gegenüber Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit" an. Alle anderen Regelungen zur allgemeinen Definition der Berufsunfähigkeit gelten unverändert auch für diese Personengruppen.

Personengruppen	Punktuelle Anpassungen gegenüber Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit". Ansonsten gelten die Regelungen des obigen Abschnittes unverändert.
Niedergelassene und freiberuflich tätige Personen	<p>Ist eine <i>versicherte Person</i> niedergelassener oder freiberuflicher Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut, setzt Berufsunfähigkeit zusätzlich Folgendes voraus: Auch durch zumutbare Umorganisation des Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereichs ist es nicht möglich, ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das eine Berufsfähigkeit von mindestens 50 % ermöglicht.</p> <p>Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn alle im folgenden aufgeführten Punkte zutreffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die <i>versicherte Person</i> kann ihre Stellung als Praxis- oder Apothekeninhaber/in erhalten. • Es ist kein erheblicher Kapitaleinsatz erforderlich. • Die Umorganisation ist wirtschaftlich zweckmäßig. • Die <i>versicherte Person</i> kann die Umorganisation aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens veranlassen (Direktions- und Weisungsrecht). • Es liegt keine dauerhaft ins Gewicht fallende Einkommensminderung vor. Eine dauerhaft ins Gewicht fallende Einkommensminderung liegt vor, wenn sie mehr als 20 % des vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erzielten durchschnittlichen jährlichen Einkommens der letzten drei Jahre beträgt. Dann gilt die Einkommensminderung in jedem Fall als unzumutbar. Sollte die herrschende Rechtsprechung einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, wenden wir diesen an. In einem begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein. <p>Wir verzichten bei Betrieben auf die Prüfung einer Umorganisation, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Betrieb weniger als 10 Mitarbeitende beschäftigt (Als Mitarbeitende in diesem Sinne zählen ausschließlich Angehörige eines akademischen Heilberufes im Angestelltenverhältnis.) oder • die niedergelassene oder freiberuflich tätige <i>versicherte Person</i> in ihrer täglichen Arbeitszeit zu mindestens 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten in dem Betrieb ausübt.
Teilzeitbeschäftigte	<p>Ist die <i>versicherte Person</i> ausschließlich in Teilzeit beschäftigt (eine oder mehrere sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten gemäß § 2 Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge - Teilzeit- und Befristungsgesetz - TzBfG, Stand 22.11.2019), gilt: Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die zuletzt ausgeübte(n) Tätigkeit(en) aus gesundheitlichen Gründen im Durchschnitt nur noch maximal für 3 Stunden pro Tag ausgeübt werden kann/können.</p> <p>Diese besondere Regelung gilt nur, wenn die tägliche Arbeitszeit im Durchschnitt maximal 6 Stunden beträgt. Ansonsten gilt der Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit".</p> <p>Übt die <i>versicherte Person</i> mehrere Teilzeittätigkeiten aus, betrachten wir alle ausgeübten Tätigkeiten jeweils zusammen.</p>

Personengruppen	Punktueller Anpassungen gegenüber Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit". Ansonsten gelten die Regelungen des obigen Abschnittes unverändert.
Studierende der Humanmedizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin	<p>Je nach Fortschritt des <i>Studiums</i>, gilt als ausgeübter Beruf das zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübte <i>Studium</i> oder die zukünftige Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt bzw. Apotheker.</p> <p>Bei Studierenden liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und ärztlich nachgewiesen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die <i>versicherte Person</i> kann ihr <i>Studium</i> an einer Hochschule, Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung <ul style="list-style-type: none"> • voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen • zu mindestens 50 % nicht mehr fortsetzen. • Ursache für die Beeinträchtigung ist <ul style="list-style-type: none"> • Krankheit, • Körperverletzung oder • ein Verfall der Kräfte (auch einfach oder dem Alter entsprechend). <p>Bei Studierenden der Humanmedizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin oder der Pharmazie gilt ergänzend die folgende Regelung: Wenn bereits das Physikum abgelegt wurde bzw. bei Studiengängen ohne Physikum, das 5. Semester erreicht wurde, und die Regelstudienzeit um nicht mehr als fünf Semester überschritten ist, prüfen wir die Berufsunfähigkeit auf den voraussichtlichen Beruf als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut, der nach Beendigung des Studiums aufgenommen wird.</p> <p>Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und ärztlich nachgewiesen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die <i>versicherte Person</i> kann eine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut <ul style="list-style-type: none"> • voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen • zu mindestens 50 % nicht ausüben. • Ursache für die Beeinträchtigung ist <ul style="list-style-type: none"> • Krankheit, • Körperverletzung oder • ein Verfall der Kräfte (auch einfach oder dem Alter entsprechend).

1.3 Berufsunfähigkeit nach Ausscheiden aus dem Berufsleben

Scheidet die *versicherte Person* vorübergehend oder endgültig aus dem Berufsleben aus, wird bei der Prüfung der Leistungsansprüche gemäß den obenstehenden Abschnitten auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut und die damit verbundene Lebensstellung abgestellt.

1.4 Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten (Infektionsschutz)

Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn

- die zuständige Behörde der *versicherten Person* die Ausübung ihrer zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit durch eine Verfügung gemäß § 31 des Infektionsschutzgesetzes **teilweise oder vollständig** verbietet und
- das ausgesprochene Tätigkeitsverbot sich auf einen Zeitraum von voraussichtlich mindestens 6 Monaten erstreckt.

Als Nachweis reichen Sie uns bitte die Verfügung der zuständigen Behörde ein. Besteht kein solches Tätigkeitsverbot, wird die Ansteckungsgefahr nach objektiven Kriterien und dem aktuellen Stand der Wissenschaft beurteilt. Gegebenenfalls holen wir auf unsere Kosten ein entsprechendes Gutachten ein.

1.5 Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit

Definition

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und ärztlich nachgewiesen sind. Die *versicherte Person* benötigt täglich Hilfe durch eine andere Person

- infolge Krankheit, Körperverletzung oder Verfall der Kräfte (auch einfach oder dem Alter entsprechend),
- voraussichtlich für ununterbrochen 6 Monate,
- bei mindestens **einer** der unten genannten Tätigkeiten (Pflegepunkte),
- auch bei Einsatz technischer oder medizinischer Hilfsmittel.

Bessert sich der Zustand vorübergehend, führt dies nur zu einer veränderten Beurteilung, wenn die Verbesserung länger als 3 Monate andauert.

Tätigkeiten (Pflegepunkte):

- **Fortbewegen im Zimmer** am üblichen Aufenthaltsort auf ebener Fläche ist auch mit einem Rollstuhl oder einer Gehhilfe ohne die Hilfe einer anderen Person nicht mehr möglich.
- **An- und Auskleiden** ist ohne Hilfe nicht mehr möglich - auch nicht, wenn krankengerechte Kleidung verwendet wird.
- **Essen und Trinken** ist selbstständig und ohne Hilfe nicht mehr möglich - auch nicht, wenn Nahrung und Getränke vorbereitet sind (z. B. geschnitten) und krankengerechtes Besteck und Trinkgefäße (z. B. Schnabeltasse etc.) benutzt werden.
- **Entleeren von Darm oder Blase** ist der *versicherten Person* ohne Hilfe nicht möglich, da sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
 - eine Bettschüssel benötigt oder
 - wegen einer Darm- oder Blaseninkontinenz mindestens eines der folgenden Hilfsmittel verwenden muss, die sie nicht eigenständig anlegen, wechseln oder leeren kann: Windeln, spezielle Einlagen, einen Katheter oder einen Kolostomiebeutel.
- **Aufstehen und Zubettgehen** ist der *versicherten Person* ohne fremde Hilfe nicht mehr möglich, da sie dauerhaft bettlägerig ist.
- **Ständiges Beaufsichtigen** ist täglich 24 Stunden lang aufgrund einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung der *versicherten Person* erforderlich, damit diese sich und andere nicht erheblich gefährdet.

1.6 Berufsunfähigkeit infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz

Definition

Charakteristisch für eine mittelschwere oder schwere Demenz ist der Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken.

Berufsunfähigkeit infolge Demenz liegt vor, wenn auf die *versicherte Person* **alle** aufgeführten Punkte zutreffen:

- mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörungen wie beschrieben,
- ausgelöst durch einen Unfall oder eine Erkrankung,
- voraussichtlich für mindestens 6 Monate ist eine kontinuierliche Betreuung notwendig, um eine erhebliche Gefahr für sich und andere Personen auszuschließen.

Diagnose und Bewertung

Die Diagnose einer mittelschweren oder schweren Demenz erfolgt durch einen Facharzt der Neurologie. Sie basiert auf einer ausführlichen Befunderhebung inklusive körperlicher und psychopathologischer Untersuchung sowie psychometrischer Tests.

Die Schwere der Demenz wird über die Global Deterioration Scale nach Reisberg (Global Deterioration Scale - GDS, Einteilung der Demenz in sieben Grade, Stand 08/2014) ermittelt. Es muss mindestens der Schweregrad 5 "Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen" vorliegen (GDS 5). Leichte oder mäßige Störungen der Hirnleistung erfüllen die Leistungsvoraussetzungen somit nicht.

Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen erforderlich werden.

1.7 Berufsunfähigkeit nach den Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung

Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die *versicherte Person* erhält als Pflichtmitglied ausschließlich aus medizinischen Gründen eine volle, unbefristete Erwerbsminderungsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.
- Die zugrundeliegende Berufsunfähigkeitsversicherung besteht zum Zeitpunkt der Feststellung der Erwerbsminderung seit mehr als 10 Jahren.
- Die *versicherte Person* ist zum Zeitpunkt der Feststellung der Erwerbsminderung mindestens 50 Jahre alt.

Für den Begriff der vollen Erwerbsminderung gilt die Definition nach § 43 Sozialgesetzbuch (SGB) VI in der Fassung vom 22.12.2023 (siehe Anhang). Diese Fassung bleibt auch nach einer Gesetzesänderung maßgeblich.

1.8 Berufsunfähigkeit, wenn eine Prognose nicht möglich ist

In manchen Fällen kann ein Arzt zu Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht eindeutig feststellen, dass ein Zustand voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen andauern wird. Dann gilt die Person von Beginn an als berufsunfähig, sobald die entsprechende Beeinträchtigung tatsächlich länger als 6 Monate angedauert hat. Das heißt, wir erbringen die Leistung rückwirkend für den gesamten Zeitraum.

1.9 Berufsunfähigkeit nach Berufswechsel aufgrund Weisung des Arbeitgebers

Hat die *versicherte Person* innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit auf Weisung des Arbeitgebers eine andere Tätigkeit ausgeübt, so wird auf Wunsch der *versicherten Person* die vorherige Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit berücksichtigt.

2 Welche Leistungen erhalten Sie bei Berufsunfähigkeit?

2.1 Rentenzahlung und Beitragsbefreiung

Wird die *versicherte Person* während der *Versicherungsdauer* berufsunfähig, erbringen wir folgende Leistungen:

- Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente jeweils zum Ersten eines Monats und
- für die Dauer der Berufsunfähigkeit entfällt die Pflicht, Beiträge zu bezahlen.

Einzelheiten zu Beginn und Ende des Anspruchs auf Leistung sowie zur *Versicherungsdauer* entnehmen Sie bitte dem Abschnitt "Was gilt für unser Vertragsverhältnis?" bzw. bei sonstigen Leistungen dem Abschnitt "Welche anderen Leistungen beinhaltet Ihr Vertrag?".

3 Wie beantragen Sie Leistungen und welche Mitwirkungspflichten haben Sie?



Schritt für Schritt zur Leistung:

- Um Leistungen zu beantragen können Sie zunächst formlos mit uns Kontakt aufnehmen. Ein Anruf oder eine E-Mail genügt. Welche Person für Sie zuständig ist, entnehmen Sie bitte unserer Antwort.
- Sie erhalten von uns einen Fragebogen, den Sie bitte ausgefüllt zusammen mit den angeforderten Nachweisen zurückschicken.
- Wir werden Sie über die weiteren Schritte zeitnah individuell informieren.

3.1 Erforderliche Nachweise

Um Leistungen aus diesem Vertrag zu erbringen, können wir den *Versicherungsschein* anfordern. Darüber hinaus benötigen wir zur Klärung unserer Leistungspflicht von der Person, die den Anspruch stellt, verschiedene Informationen oder Nachweise. Zum Beispiel:

- a) Eine **Darstellung der Ursachen**, die zum Eintritt des *Versicherungsfalls* geführt haben;
- b) **Ausführliche Berichte der Ärzte und der Angehörigen von nichtärztlichen Heilberufen**, die die *versicherte Person* aktuell behandeln, in der Vergangenheit behandelt oder untersucht haben. Die Berichte müssen folgende Informationen zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen beinhalten:
 - Ursache, Beginn, Art, Verlauf, voraussichtliche Dauer und
 - Auswirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf den Grad der Berufsunfähigkeit bzw. der Pflegebedürftigkeit oder Demenz;
- c) **Informationen zum ausgeübten Beruf** der *versicherten Person* bei Eintritt der Berufsunfähigkeit. Konkret benötigen wir folgende Informationen:
 - zur Berufsbezeichnung, Stellung und Beschreibung der Tätigkeit,
 - über die wirtschaftlichen Verhältnisse (z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen) sowie
 - über die durch die Berufsunfähigkeit eingetretenen Veränderungen.

Hierzu können wir auch von Dritten zusätzliche Auskünfte über die wirtschaftlichen Verhältnisse sowie ihre jeweiligen Veränderungen anfordern.

d) **Nachweise für Selbstständige bzw. niedergelassene oder freiberuflich Tätige**

Ist die *versicherte Person* bei Eintritt der Berufsunfähigkeit selbstständig bzw. niedergelassen oder freiberuflich tätig, prüfen wir, ob ihr Betrieb bzw. ihre Praxis so umorganisiert werden kann, dass eine selbstständige Tätigkeit bzw. niedergelassene oder freiberufliche Tätigkeit weiterhin möglich ist. Für diese Prüfung fordern wir bei Bedarf weitere Auskünfte und Nachweise an. Welche Unterlagen wir im Einzelfall benötigen, teilen wir Ihnen telefonisch oder in *Textform* mit.

e) **Bei Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten** muss zusätzlich ein amtlicher Nachweis über das behördliche Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz vorgelegt werden.

f) **Bei Berufsunfähigkeit nach den Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung** muss zusätzlich zu den in den Abschnitten a) und b) genannten Informationen der vollständige Rentenbescheid der gesetzlichen Rentenversicherung vorgelegt werden.

g) **Für die Überbrückungshilfe** genügt eine Mitteilung des Krankenversicherers, dass die Leistung des Kranken(tage)geldes eingestellt wird, da nach deren Definition Berufsunfähigkeit vorliegt. Zeitgleich müssen Sie Leistungen infolge Berufsunfähigkeit beantragen.

h) Die erforderlichen **Nachweise für die Sofortrente** finden Sie im Abschnitt "Sofortrente wegen schwerer Erkrankung".

i) Die **erforderlichen Nachweise für die Arbeitsunfähigkeit** (sofern mitversichert) sind abhängig von der Art Ihrer Krankenversicherung. Einzelheiten dazu finden Sie im Abschnitt "Optionale Leistungen" unter der Überschrift "Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit".

j) **Sonstige Nachweise**

- Eine Aufstellung über Ärzte, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die *versicherte Person* in Behandlung war, aktuell ist oder - sofern bekannt - zukünftig sein wird,
- Eine Aufstellung der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die *versicherte Person* folgende Leistungen beantragt hat oder beantragen könnte:
 - Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder
 - vergleichbare Leistungen, die ebenfalls eine Einkommensersatzfunktion haben. Dies sind beispielsweise Leistungen aufgrund von Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung, Verlust von Grundfähigkeiten oder schwerer Krankheiten.
- Eine Aufstellung über den derzeitigen Arbeitgeber sowie früherer Arbeitgeber der *versicherten Person*.

Wir können verlangen, dass Sie uns die Nachweise im Original oder amtlich beglaubigt zur Verfügung stellen.

3.1.1 Übernahme der Kosten

Derjenige, der die Leistungen beantragt, muss die Unterlagen auf seine Kosten zur Verfügung stellen. Benötigen wir darüber hinaus weitere Unterlagen oder ärztliche Untersuchungen, können wir diese auf unsere Kosten beauftragen.

Hält sich die *versicherte Person* im Ausland auf, können wir im Einzelfall verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Wir verzichten darauf, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

Unabhängig davon, wo die Untersuchungen erfolgen, übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die allgemein üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Darunter verstehen wir

- die Reisekosten für eine Bahnfahrt 2. Klasse und, falls erforderlich,
- Flüge in der economy class sowie
- die Unterbringung in einem 4-Sterne Hotel.

3.2 Entbindung von der Schweigepflicht

Die *versicherte Person* muss folgende Personen oder Einrichtungen von der Schweigepflicht entbinden, um uns bei Bedarf sachdienliche Auskünfte zu geben:

- Ärzte,
- Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, Rehaeinrichtungen oder Pflegeheimen,
- Lebens- und Unfallversicherungen,
- gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungen sowie
- Berufsgenossenschaften und Behörden.

Diese Entbindung von der Schweigepflicht ist nur erforderlich, wenn die *versicherte Person* in den letzten 10 Jahren bevor sie den Antrag stellt, dort

- untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw.
- versichert ist oder war **oder**
- einen Antrag auf Versicherung gestellt hat.

Weiterhin muss die *versicherte Person* ihre bisherigen Arbeitgeber oder sonst auskunftsfähige Personen ermächtigen, uns auf Verlangen sachdienliche Auskünfte über die Ausgestaltung der konkreten Tätigkeit und das Gehalt zu erteilen. Entbindet die *versicherte Person* die genannten Personen und Einrichtungen nicht von der Schweigepflicht und ermächtigt uns auch nicht, die Daten zu erheben, kann sie uns die erforderlichen Auskünfte und Nachweise auch selbst zur Verfügung stellen.

3.3 Welche Maßnahmen zur Heilung können wir verlangen? (Arztanordnungsklausel)

Die *versicherte Person* hat Anordnungen der behandelnden oder untersuchenden Ärzte nur zu befolgen, sofern

- die Anordnung darauf ausgerichtet ist, die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern und
- die angeordnete Maßnahme zumutbar ist.

Zumutbar ist eine Maßnahme (Hilfsmittel und Heilbehandlung), wenn sie

- gefahrlos ist,
- keine besonderen Schmerzen verursacht und
- sichere Aussicht auf eine Verbesserung des Gesamtzustandes bietet.

So sind beispielsweise folgende Maßnahme zumutbar:

- Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Prothesen, Stützstrümpfe, Seh- und Hörhilfen),
- Durchführung logopädischer oder physiotherapeutischer Maßnahmen.

Operative und invasive Eingriffe sind nicht zumutbar.

3.4 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten

Solange die *versicherte Person*

- die erforderlichen Auskünfte und Nachweise nicht erbringt,
 - die genannten Personen oder Einrichtungen nicht von der Schweigepflicht entbindet,
 - uns nicht zur Datenerhebung ermächtigt **oder**
 - die zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Verminderung der Berufsunfähigkeit nicht befolgt,
- können wir die Leistung zurückhalten.

Dies gilt auch, wenn uns ein Widerruf oder eine Einschränkung der erteilten Entbindung von der Schweigepflicht und/oder der Einwilligung zur Datenerhebung und -nutzung daran hindert, unsere Leistungspflicht zu prüfen.

Nach Erfüllung der *Mitwirkungspflichten* besteht unsere Leistungspflicht grundsätzlich nur für die Zeiträume, für die uns ein *Versicherungsfall* nachgewiesen wurde.

Allerdings kann die vorherige Verletzung der *Mitwirkungspflichten* dazu führen, dass unsere Leistungspflicht entfällt oder eingeschränkt ist (Leistungsfreiheit). Das hängt insbesondere von folgenden Faktoren ab:

- ob die *Mitwirkungspflicht* schuldhaft verletzt wurde,
- vom Grad eines möglichen Verschuldens sowie
- von der Frage, inwieweit die Verletzung der *Mitwirkungspflicht* für den Eintritt oder die Feststellung des *Versicherungsfalls* bzw. für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

Einzelheiten hierzu sind in § 28 Abs. 2 und 3 VVG geregelt.

Gesonderte Mitteilung der Rechtsfolgen in Textform

Die teilweise oder vollständige Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch eine gesonderte Mitteilung in *Textform* auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

3.5 Verjährung Ihrer Ansprüche

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren nach § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) nach 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Hemmung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 BGB geregelt. Ist bei uns ein Anspruch angemeldet worden, gilt: Die Verjährung ist so lange gehemmt, bis der Person, die den Anspruch stellt, unsere Entscheidung in *Textform* zugeht. Das heißt, der Zeitraum zwischen der Anmeldung des Anspruches und dem Zugang unserer Entscheidung wird bei der Berechnung der Frist nicht berücksichtigt.

4 Was ist für Sie während der Leistungsprüfung wichtig?

4.1 Mitteilung über die Leistungsentscheidung

Sobald uns alle notwendigen Unterlagen vorliegen, teilen wir Ihnen **innerhalb einer Woche** in *Textform* mit,

- ob wir leisten,
- in welchem Umfang wir leisten und
- für welchen Zeitraum wir leisten.

Solange uns noch nicht alle Unterlagen vorliegen, die wir für unsere Entscheidung benötigen, informieren wir Sie regelmäßig alle **4 Wochen** über den aktuellen Stand der Bearbeitung.

Grundsätzlich sprechen wir die Anerkennung der Berufsunfähigkeit zeitlich unbefristet aus. Wir können jedoch in begründeten Einzelfällen, in denen wichtige Gründe einer endgültigen Anerkennung entgegenstehen, eine zeitlich begrenzte Anerkennung aussprechen. Dies ist **einmalig für maximal 12 Monate** möglich. Bis zum Ablauf der Frist ist die zeitlich begrenzte Anerkennung für uns bindend. Danach können Sie eine erneute Prüfung der Berufsunfähigkeit beantragen.

4.2 Beitragszahlung bis zur Leistungsentscheidung

Haben Sie eine Leistung beantragt, müssen Sie die Beiträge bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht in voller Höhe weiterbezahlen. Erkennen wir unsere Leistungspflicht an, erstatten wir Ihnen diese Beiträge zurück.

Möglichkeit zur Stundung

Auf Wunsch stunden wir Ihnen die Beiträge, die zwischen dem Leistungsantrag und der endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht zu zahlen sind. Wir erheben in diesem Fall keine Stundungszinsen. Haben Sie keinen Anspruch auf Leistung, sind die gestundeten Beiträge *unverzüglich* nachzuzahlen.

Hierfür bieten wir Ihnen mehrere Möglichkeiten an. Sie können

- die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen,
- diese über einen Zeitraum von bis zu 48 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen, jedoch nur solange noch laufende Beiträge zu zahlen sind. Stundungszinsen erheben wir in diesem Fall weiterhin nicht.
- uns auffordern, die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung (z. B. durch eine Reduktion der versicherten Rente) oder eine Verrechnung mit den Gewinnanteilen auszugleichen. Sollte die Tilgung so nicht möglich sein, teilen wir Ihnen das *unverzüglich* mit.

5 Welche anderen Leistungen beinhaltet Ihr Vertrag?

Ihr Vertrag beinhaltet weitere Geld-, Beratungs- oder Serviceleistungen. Teilweise können Sie diese in Anspruch nehmen, solange (noch) keine Berufsunfähigkeit vorliegt, teilweise ergänzen sie unsere Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

5.1 Ärztebeirat und Ärzteausschuss

5.1.1 Funktion und Frist der Anrufung des Ärztebeirats

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht einverstanden sind, haben Sie die Möglichkeit den Beirat der Gesellschaft anzurufen, bevor Sie einen Anspruch gegen uns gerichtlich geltend machen. Dafür ist ein Antrag erforderlich, der dem Beirat innerhalb von 3 Monaten nach dem Eingang unseres ablehnenden Bescheids zugegangen sein muss. Innerhalb von 6 Wochen kann uns der Beirat dann empfehlen, unseren ablehnenden Bescheid zu ändern. Können wir der Empfehlung des Beirats nicht folgen oder sind Sie auch mit unserem abgeänderten Bescheid nicht einverstanden, können Sie den Anspruch auf die Leistung jederzeit gerichtlich geltend machen.

5.1.2 Funktion und Frist der Anrufung des Ärzteausschusses

Beschränken sich die Meinungsverschiedenheiten auf die Frage, ob, in welchem Grad oder von welchem Zeitpunkt an die Berufsunfähigkeit vorliegt, kann anstelle des Gerichts ein Ärzteausschuss entscheiden. Dies setzt voraus, dass sich beide Seiten darauf einigen.

Die ansprucherhebende Person muss sich innerhalb von 6 Monaten, nachdem sie unsere Leistungsentscheidung erhalten hat, äußern, ob sie das Verfahren vor dem Ärzteausschuss wünscht. Lässt die ansprucherhebende Person diese Frist verstreichen, ohne ihre Ansprüche gerichtlich geltend zu machen oder das Verfahren vor dem Ärzteausschuss zu verlangen, sind weitere Ansprüche, als die bereits anerkannten, ausgeschlossen.

Zusammensetzung, Verfahren und Kosten des Ärzteausschusses

Für die Zusammensetzung, das Verfahren und die Kosten des Ärzteausschusses gelten die folgenden Regeln:

- Zusammensetzung

Der Ärzteausschuss setzt sich aus 2 Ärzten zusammen, von denen jede Partei einen benennt, sowie einem Obmann. Die beiden benannten Ärzte wählen dabei den Obmann aus. Der Obmann soll ein mit der Begutachtung von Berufsunfähigkeit erfahrener Arzt sein. Er darf nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer der Parteien stehen. Die beiden benannten Ärzte müssen sich innerhalb eines Monats auf einen Obmann einigen. Gelingt dies nicht, kann eine Partei beantragen, dass der Präsident der zuständigen (Landes-) Ärztekammer den Obmann benennt. Die zuständige (Landes-) Ärztekammer ist hierbei diejenige, die für den letzten inländischen Wohnsitz der *versicherten Person* zuständig ist. Hat die *versicherte Person* keinen inländischen Wohnsitz, ist die für den Sitz des Versicherers zuständige Ärztekammer maßgebend. Benennt eine Partei ihr Ausschussmitglied nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie von der anderen Partei dazu aufgefordert wurde, wird dieses Ausschussmitglied ebenfalls durch den Präsidenten der (Landes-) Ärztekammer benannt.

- Verfahren

Nachdem der Ausschuss gebildet wurde, bitten wir den Obmann, das Verfahren durchzuführen. Wir übersenden ihm dafür die erforderlichen Unterlagen. Der Obmann bestimmt gemeinsam mit den beiden Ausschussmitgliedern Ort und Zeit des Sitzungstermins und benachrichtigt beide Parteien mindestens eine Woche vorher. Der Obmann kann sich zur weiteren Klärung des Sachverhalts an die Parteien wenden. In der Sitzung ist die *versicherte Person* - soweit möglich - anzuhören und falls erforderlich zu untersuchen. Fehlt die *versicherte Person* an dem Termin unentschuldigt, kann der Ausschuss aufgrund der Unterlagen entscheiden. Die Entscheidung muss schriftlich begründet und vom Obmann unterzeichnet werden.

- Kosten

Fällt die Entscheidung des Ärzteausschusses im Vergleich zu unserem bisherigen Leistungsangebot zu unseren Ungunsten aus, übernehmen wir die Kosten für den Ärzteausschuss in voller Höhe. In allen anderen Fällen muss

die anspruchserhebende Person diese Kosten selbst tragen. Die derzeitige Höhe der Kosten können Sie der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen" entnehmen.

5.2 Sofortrente wegen schwerer Erkrankung

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn die **versicherte Person** bei Eintritt einer schweren Erkrankung kein Beamter, Kirchenbeamter, Richter oder Soldat ist.

Definition

Wir erbringen die Leistungen der Sofortrente, wenn bei der *versicherten Person* während der *Versicherungsdauer* eine der im Folgenden beschriebenen schweren Erkrankungen eingetreten ist.

Schwere Erkrankungen im Sinne dieser Bedingungen (nachfolgend nur "schwere Erkrankungen" genannt)	
Krebs	Ein solider Tumor, der durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) eindeutig als bösartig (maligne) klassifiziert wurde und durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung maligner Zellen sowie durch Zerstörung von gesundem Gewebe charakterisiert ist. Versicherungsschutz besteht nur, wenn <ul style="list-style-type: none"> • ein Tumor bereits zu einem Befall von Lymphknoten (Klassifikation mindestens als N1) und zur <i>Ausbildung</i> mindestens einer Fernmetastase (Klassifikation als mindestens M1) geführt hat oder • eine operative Entfernung des Tumors in seinen wesentlichen Anteilen oder eine Knochenmarkstransplantation erfolgt ist und eine lebenslange Einnahme von Medikamenten erforderlich macht oder • eine Chemo- oder Strahlentherapie begonnen wurde oder unmittelbar bevorsteht oder • eine ausschließlich palliative Therapie erfolgt oder unmittelbar bevorsteht.
Herzinfarkt	Das Absterben von Herzmuskelgewebe infolge einer akuten Minderdurchblutung. Dadurch reduziert sich, trotz Behandlung der Erkrankung, das pro Herzschlag ausgeworfene Blutvolumen der linken Herzkammer (linksventrikuläre Ejektionsfraktion) auf weniger als 30 % für voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen.
Schlaganfall	Durch den Schlaganfall muss eines der folgenden Symptome für voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen vorliegen: <ul style="list-style-type: none"> • Halbseitige Lähmungen (Hemiplegie/Hemiparese) • Sprachverlust Außerdem können die Symptome nach aktuellem medizinischem Wissensstand nicht behoben werden und bleiben voraussichtlich auf Dauer bestehen.
Vollständiges Angewiesensein auf einen Rollstuhl	Die <i>versicherte Person</i> ist bei der Fortbewegung voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen auf einen Rollstuhl angewiesen.
Vollständiger Sehverlust	Die <i>versicherte Person</i> hat die Sehfähigkeit beider Augen vollständig verloren. Dies ist der Fall, wenn <ul style="list-style-type: none"> • das Restsehvermögen (Restsehschärfe/Visus) insgesamt nicht mehr als 0,05 oder 3/60 beträgt oder • das Gesichtsfeld für die Schwarz-Weiß-Wahrnehmung auf weniger als 15 Grad Abstand vom Zentrum in alle Richtungen eingeschränkt ist und der Sehverlust und dessen Ausmaß nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Brille/Kontaktlinsen) gebessert werden kann.
Vollständiger Hörverlust	Die <i>versicherte Person</i> hat die Hörfähigkeit beider Ohren vollständig verloren. Dies ist der Fall, wenn <ul style="list-style-type: none"> • der Hörverlust für gesprochene Wörter (500 Hz - 3 kHz) auf beiden Ohren jeweils mindestens 80 Dezibel beträgt und • der Hörverlust und dessen Ausmaß nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Hörgerät) gebessert werden kann.

Leistungen

Ist bei der *versicherten Person* eine schwere Erkrankung eingetreten, erbringen wir folgende Leistungen für **maximal 15 Monate**:

- Wir zahlen die versicherte Berufsunfähigkeitsrente und
- wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu bezahlen.

Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes führt nicht zu einer Einstellung dieser Leistungen.

Beginn und Ende des Leistungsanspruchs

Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die schwere Erkrankung eintritt, frühestens jedoch zum vereinbarten Leistungsbeginn der Versicherung.

Der Anspruch auf Sofortrente setzt zudem voraus, dass wir für den gleichen Zeitraum keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erbringen und keine Überbrückungshilfe leisten.

Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung endet mit Ablauf des Monats, in dem **mindestens eine** der folgenden Voraussetzungen eintritt:

- Wir haben bereits 15 Monate Leistungen wegen der schweren Erkrankung erbracht.
- Die *versicherte Person* stirbt oder
- die *Leistungsdauer* des Vertrags endet.

Hinweis: Die Sofortrente können Sie während der Dauer Ihrer Versicherung bei verschiedenen schweren Erkrankungen mehrfach beantragen. Soweit sich die Leistungszeiträume dafür überschneiden, werden jedoch nur Leistungen für eine schwere Erkrankung erbracht.

Beantragung und Nachweis

Bei der Beantragung einer Sofortrente reicht es, wenn Sie Ihrem Antrag einen Bericht eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung beifügen.

Der Bericht muss Folgendes enthalten:

- Den Zeitpunkt, zu dem die schwere Erkrankung erstmalig diagnostiziert wurde.
- Informationen zu geplanten, durchgeführten oder möglichen Behandlungen und Prognosen.
- Eine genaue Beschreibung (Art und Umfang) der Erkrankung.

Die Beantragung einer Sofortrente muss innerhalb von 6 Monaten nach Diagnose der schweren Erkrankung in *Textform* erfolgen.

Verhältnis zu anderen Leistungen

- Erkennen wir Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder Überbrückungshilfe rückwirkend an, rechnen wir die bereits gezahlte Sofortrente auf diese Leistungen an.
- Leisten wir Sofortrente, bedeutet dies nicht zugleich, dass wir die Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder Überbrückungshilfe nach diesen Bedingungen anerkennen. Hierfür ist eine gesonderte Prüfung erforderlich.
- Während wir Sofortrente leisten, dürfen wir prüfen, ob die *versicherte Person* berufsunfähig nach diesen Bedingungen ist. Ist letzteres der Fall, erbringen wir nach Ablauf der 15-monatigen Sofortrente Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nach Maßgabe dieser Bedingungen. Ergibt unsere Prüfung, dass nach unseren Bedingungen keine Berufsunfähigkeit vorliegt, müssen Sie die bereits erhaltene Sofortrente nicht an uns zurückzahlen.

5.3 Leistung bei Einstellung von Krankengeld bzw. Krankentagegeld (Überbrückungshilfe)

Definition

Wir leisten Überbrückungshilfe, wenn die *versicherte Person* während der *Versicherungsdauer* einen Anspruch auf Zahlung von

- Krankengeld eines gesetzlichen Krankenversicherers erworben hat und diese Zahlung eingestellt wird. Grund für die Beendigung muss die Zahlung einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen voller Erwerbsminderung sein. Die *versicherte Person* muss in Zeiten ohne gesundheitliche Beeinträchtigung mindestens 6 Stunden am Tag gearbeitet haben oder
- Krankentagegeld eines privaten Krankenversicherers erworben hat und diese Zahlung eingestellt wird. Grund für die Einstellung der Zahlung muss eine medizinisch begründete Berufsunfähigkeit nach den Bedingungen der Krankentagegeldversicherung sein.

Leistungen

Als Überbrückungshilfe erbringen wir **einmalig** folgende Leistungen für **maximal 6 Monate**:

- Wir zahlen die versicherte Berufsunfähigkeitsrente und
- wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu bezahlen.

Beginn und Ende des Leistungsanspruches

Der Anspruch auf Überbrückungshilfe entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Zahlungen des privaten oder gesetzlichen Krankenversicherers entfallen. Erhalten wir die Mitteilung darüber erst nach der Einstellung der Leistung des Krankenversicherers, entsteht der Anspruch auf Überbrückungshilfe erst mit Beginn des Monats, in dem uns die Mitteilung zugegangen ist. Voraussetzung dafür ist, dass zu diesem Zeitpunkt noch Versicherungsschutz bei uns besteht. Dies gilt nicht, wenn die *versicherte Person* kein Verschulden an der verspäteten Mitteilung trifft.

Der Anspruch auf Überbrückungshilfe endet mit Ablauf des Monats, in dem **mindestens eine** der folgenden Voraussetzungen eintritt:

- Wir haben eine Entscheidung darüber getroffen, ob wir die Berufsunfähigkeit anerkennen,
- wir haben bereits 6 Monate Überbrückungshilfe gezahlt,
- die *versicherte Person* stirbt oder
- die *Leistungsdauer* des Vertrags endet.

Beantragung und Nachweis

Sie können Überbrückungshilfe nur dann beantragen, wenn Sie zeitgleich Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragen. Als Nachweis benötigen wir die Mitteilung des Krankenversicherers, dass die Leistung eingestellt wurde. Die Beantragung muss in *Textform* erfolgen.

Verhältnis von Überbrückungshilfe zu anderen Leistungen

- Sie haben keinen Anspruch auf Überbrückungshilfe, wenn wir für den gleichen Zeitraum bereits Leistungen infolge Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit oder eine Sofortrente wegen schwerer Erkrankung erbringen oder erbracht haben.
- Erkennen wir Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit rückwirkend an oder besteht ein Anspruch auf eine Sofortrente wegen schwerer Erkrankung, rechnen wir die bereits gezahlte Überbrückungshilfe auf diese Leistungen an.
- Leisten wir Überbrückungshilfe, bedeutet dies nicht zugleich, dass wir die Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit nach diesen Bedingungen anerkennen oder ein Anspruch auf eine Sofortrente wegen schwerer Erkrankung besteht.
- Ergibt unsere Prüfung, dass nach unseren Bedingungen keine Berufsunfähigkeit vorliegt, müssen Sie die bereits erhaltene Überbrückungshilfe nicht an uns zurückzahlen.

5.4 Medizinische und berufliche Rehabilitations- und Integrationsberatung

Wird die *versicherte Person* berufsunfähig, bieten wir ihr auf Wunsch eine kostenlose Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration an. Dafür beauftragen wir anerkannte Spezialisten, die sinnvolle Maßnahmen einleiten und begleiten. Wir erkennen eine Maßnahme als sinnvoll an, wenn aus medizinischer Sicht und aus Sicht des Arbeitsmarktes eine begründete Aussicht besteht, dass die *versicherte Person* anschließend wieder arbeiten kann.

Die *versicherte Person* entscheidet selbst, ob sie diese Hilfe annimmt.

Wir übernehmen während der *Versicherungsdauer* die Kosten für **eine oder mehrere** vollständig durchgeführte Maßnahmen, und zwar in Summe bis zum sechsfachen der vereinbarten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente, **höchstens** jedoch bis zur Höhe von **12.000 Euro**. Soweit eine Entschädigung betreffend diese Maßnahmen aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungspflichten vor. Ihnen steht es jedoch frei, wen Sie in Anspruch nehmen. Nehmen Sie uns in Anspruch, werden wir im Rahmen der Bedingungen in Vorleistung treten

5.5 Unterstützungs- und Beratungsleistungen

Wir beraten und unterstützen Sie während der gesamten Laufzeit des Vertrags. Gerne beantworten wir Ihnen auch telefonisch Fragen beispielsweise zum Umfang Ihrer Versicherung, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung. Ebenso informieren wir Sie über erforderliche Unterlagen, Nachweise oder die Beschreibung der beruflichen Tätigkeit sowie entsprechende Fragebögen.

5.6 Leistungen aus der Überschussbeteiligung

Außer den garantierten Leistungen, die im *Versicherungsschein* ausgewiesen sind, können Sie weitere Leistungen aus der *Überschussbeteiligung* erhalten (siehe Abschnitt "Woraus ergeben sich *Überschüsse* und wie sind Sie an ihnen beteiligt?").

5.7 Unterstützung zur Wiedereingliederung und Umorganisation



Unter dem Abschnitt "Änderungen der Bedingungen für versicherte Personen, die bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben" finden Sie Anpassungen für diese Personengruppe.

Im Einzelfall können Sie eine finanzielle Unterstützung zur Wiedereingliederung bzw. Umorganisation beantragen,

- wenn durch Aneignung neuer Kenntnisse und Fähigkeiten eine neue berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut konkret ausgeübt werden kann und

- diese auch der Lebensstellung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht (siehe Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit").

Bei niedergelassen oder freiberuflich tätigen, *versicherten Person* können Sie eine entsprechende Unterstützung im Einzelfall beantragen,

- wenn die Umorganisation im Sinne des Abschnittes "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?" betrieblich sinnvoll ist. Dafür muss sie wirtschaftlich zweckmäßig sein. Ebenso muss die Umorganisation vom Versicherungsnehmer oder der *versicherten Person* aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden können.
- Zusätzlich muss die Lebensstellung (Stellung als Betriebsinhaber) derjenigen vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entsprechen. Das heißt, die Umorganisation darf nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führen und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordern.

Voraussetzung für die Zahlung einer Wiedereingliederungs- oder Umorganisationshilfe ist außerdem, dass eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert ist, aus der noch mindestens 12 Monate Leistungen fließen könnten.

Ein Anspruch auf Unterstützung zur Wiedereingliederung oder Umorganisation besteht jedoch nicht.

5.8 Optionale Leistungen



Ihrem *Versicherungsschein* können Sie entnehmen, ob Sie optional folgendes vereinbart haben:

- Eine "garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall" und/oder
- "Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit"

Dann gelten ergänzend die folgenden Regelungen.

5.8.1 Garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall

Ist eine garantierte Steigerung der Rente vereinbart, führen wir diese, nachdem wir unserer Leistungspflicht anerkannt haben, erstmals zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns durch. Eine weitere Steigerung erfolgt jährlich, solange der Anspruch auf Leistung besteht. Während der Dauer des Anspruchs auf Leistung zahlen Sie keine Beiträge - auch nicht für die garantierten Steigerungen der Rente.

Mit dem Ende unserer Leistungspflicht beginnt für Sie wieder die Pflicht, Beiträge zu bezahlen. Zur nächsten Beitragsfälligkeit fallen wieder die gleichen Beiträge wie vor Beginn der Leistung an. Die Höhe der garantierten Rente entspricht dann auch wieder der Höhe, wie vor unserer Leistungspflicht. Sollte erneut ein Anspruch auf Leistung aus diesem Vertrag entstehen, bildet die ursprünglich garantierte Rente die Ausgangsbasis für mögliche weitere Steigerungen im Leistungsfall.

Wünschen Sie hingegen als garantierte Rente die Rentenhöhe, die durch die Rentensteigerung während des Leistungsbezuges erreicht wurde, gilt: Innerhalb von 2 Monaten ab Erhalt unseres Schreibens zur Beendigung der Leistungspflicht müssen Sie dies in *Textform* beantragen. Dadurch würde sich auch Ihr Beitrag erhöhen.

5.8.2 Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Definition

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die *versicherte Person* Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung(en) (siehe Abschnitt "Beantragung und Nachweise" weiter unten in diesem Abschnitt) vorlegt und eine der folgenden Anforderungen erfüllt ist:

- Es liegt eine Bescheinigung vor, aus der sich eine Arbeitsunfähigkeit für einen zusammenhängenden Zeitraum von **voraussichtlich mindestens 6 Monaten** ergibt, oder
- es liegen mehrere Bescheinigungen vor, aus denen sich eine Arbeitsunfähigkeit für einen zusammenhängenden Zeitraum von insgesamt voraussichtlich mindestens 6 Monaten ergibt. Es ist unerheblich, wie sich diese 6 Monate auf Vergangenheit und Zukunft verteilen.

Wird die *versicherte Person* innerhalb von 6 Monaten nach Ende der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung wieder arbeitsunfähig geschrieben, besteht der erneute Anspruch auf Leistung sofort.

Es liegt keine Arbeitsunfähigkeit vor, wenn ein Dritter im Rahmen einer Nachprüfung einen Amts- bzw. Schularzt oder den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) beauftragt, die Arbeitsunfähigkeit zu überprüfen und diese nicht bestätigt werden konnte.

Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch V stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar. Bei Mitgliedern einer privaten Krankenkasse stellt eine Teilarbeitsunfähigkeit

nur dann keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar, wenn die Arbeitsunfähigkeit mit mindestens 50 % bescheinigt wird. Diese Teilarbeitsunfähigkeit erkennen wir für höchstens 6 Wochen an.

Leistungen

Haben Sie "Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit" vereinbart und liegt bei der *versicherten Person* Arbeitsunfähigkeit nach der oben genannten Definition vor, erbringen wir für **insgesamt maximal 24 Monate** folgende Leistungen:

- Wir zahlen eine Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente und
- wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu bezahlen.

Haben wir bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit aus dieser Versicherung erbracht, werden diese Zeiträume auf die maximale *Leistungsdauer* von 24 Monaten angerechnet.

Wir erbringen Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit jeweils befristet für den Zeitraum, für den uns die *versicherte Person* ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit vorlegt.

Beginn und Ende des Leistungsanspruches

Der Anspruch auf Rente und auf Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitsunfähigkeit beginnt, frühestens jedoch zum vereinbarten Leistungsbeginn der Versicherung.

Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit besteht jedoch nur, wenn aufgrund derselben Ursache noch keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit und keine Überbrückungshilfe oder Sofortrente wegen schwerer Erkrankung gezahlt worden ist.

Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit endet mit Beginn des Monats, in dem wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen oder eine Überbrückungshilfe oder Sofortrente wegen schwerer Erkrankung zahlen. Ansonsten endet der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit mit Ablauf des Monats, in dem **mindestens eine** der folgenden Voraussetzungen eintritt:

- Wir haben bereits 24 Monate Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht,
- die *versicherte Person* ist nicht mehr arbeitsunfähig (d. h. es liegt keine Bescheinigung mehr vor),
- die *versicherte Person* stirbt oder
- die *Leistungsdauer* des Vertrages endet.

Beantragung und Nachweise

Um Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit zu erhalten, ist es erforderlich, dass die Person, die den Anspruch stellt, uns *unverzüglich* folgende Unterlagen vorlegt:

- Personen, die einen gesetzlichen Anspruch auf Entgeltfortzahlung, einen Anspruch auf Krankengeld oder eine Anzeigepflicht der Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Agentur für Arbeit haben: Wir benötigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die den in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen entsprechen.
- Andere Personen (z. B. Selbstständige ohne gesetzlichen Krankengeldanspruch, Beamte, Studenten, Schüler und Hausfrauen/-männer oder nicht erwerbstätige Personen): Wir benötigen entsprechende privatärztliche Atteste, wie etwa Bescheinigungen zur Beantragung von Krankentagegeld, Dienstunfähigkeitsbescheinigungen oder Bescheinigungen zur Beurlaubung vom Unterricht aus gesundheitlichen Gründen.

Liegen amts- bzw. schulärztliche Bescheinigungen sowie Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vor, benötigen wir diese ebenfalls.

Die Bescheinigungen müssen von einem in der EU oder Nordamerika zugelassenen und praktizierenden Arzt ausgestellt sein. Praktiziert der Arzt nicht in dem Land, in dem die *versicherte Person* ihren Wohnsitz oder ihren Arbeitsplatz hat, behalten wir uns vor, eine Bescheinigung von einem unabhängigen, am Wohnsitz oder Arbeitsplatz ansässigen Arzt zu verlangen.

Die Bescheinigungen müssen die Diagnosen enthalten, die der Arbeitsunfähigkeit zu Grunde liegen. Sie müssen den aktuellen in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen (Diagnoseschlüssel entsprechend der jeweils geltenden internationalen Klassifikation - ICD) entsprechen. Mindestens eine der Bescheinigungen muss von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung ausgestellt sein.

Bescheinigungen der *versicherten Person* selbst, des *Versicherungsnehmers*, oder einer Person, die in einem Verwandtschaftsverhältnis zur *versicherten Person* steht, gleich welcher Profession, reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

Nachprüfung und Mitwirkungspflichten

Erbringen wir Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit, sind wir berechtigt nachzuprüfen, ob die Arbeitsunfähigkeit der *versicherten Person* fortbesteht. Dazu können wir entsprechend dem vorherigen Abschnitt "Beantragung und Nachweise" Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen verlangen, die dies belegen.

Die Person, die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit bezieht oder einen entsprechenden Antrag gestellt hat, muss uns *unverzüglich* informieren, sobald keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.

Sonstige Regelungen

- Sie können die Vereinbarung zur Arbeitsunfähigkeit jederzeit zum Ende des laufenden Monats in *Textform* kündigen. Voraussetzung dafür ist, dass keine Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden oder beantragt sind. Bei Kündigung wird kein Rückkaufswert fällig.
- Erbringen wir Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit bedeutet das nicht automatisch, dass auch einen Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit besteht. Beide Leistungen werden unabhängig voneinander geprüft und bewilligt.
- Während wir Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit zahlen, dürfen wir prüfen, ob die versicherte Person berufsunfähig nach diesen Bedingungen ist. Ist letzteres der Fall, erbringen wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nach Maßgabe dieser Bedingungen.
- Erkennen wir aus diesem Vertrag einen Anspruch auf eine Rente wegen Berufsunfähigkeit oder eine Sofortrente wegen schwerer Erkrankung oder Überbrückungshilfe für einen Zeitraum an, für den wir bereits eine Rente wegen Arbeitsunfähigkeit gezahlt haben, gilt:
 - Wir verrechnen die bereits gezahlte Rente wegen Arbeitsunfähigkeit mit der Rente wegen Berufsunfähigkeit oder der Sofortrente wegen schwerer Erkrankung oder der Überbrückungshilfe. Wir leisten nicht zwei Renten für den gleichen Zeitraum.
 - Diesen Zeitraum, für den wir ursprünglich Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, rechnen wir nicht auf die 24 Monate an, für die wir insgesamt höchstens eine Rente wegen Arbeitsunfähigkeit leisten.

6 Wer ist Empfänger und wie erfolgt die Auszahlung von Leistungen?

6.1 Empfänger der Leistungen

Die Leistungen aus Ihrem Vertrag zahlen wir an Sie als *Versicherungsnehmer* oder an eine von Ihnen benannte Person (*Bezugsberechtigter*). Die Benennung eines *Bezugsberechtigten* müssen Sie uns in *Textform* mitteilen. Sie bedarf gegebenenfalls zusätzlich der Zustimmung eines Dritten (z. B. bei Abtretung an eine Bank), ebenfalls in *Textform*.

Bitte beachten Sie: Sie können nur eine der folgenden Personen als *Bezugsberechtigten* benennen:

- Die *versicherte Person*,
- einen *Angehörigen* der *versicherten Person* gemäß § 15 Abgabenordnung oder
- einen nahen *Angehörigen* der *versicherten Person* gemäß § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz.

6.1.1 Widerrufliches und unwiderrufliches Bezugsrecht

Es gibt 2 Arten des Bezugsrechts:

- Wenn Sie eine Person **widerruflich** als *Bezugsberechtigten* benennen, erwirbt diese das Recht auf die Leistung erst mit Eintritt des *Versicherungsfalls*. Bis dahin können Sie Ihre Bestimmung jederzeit ohne Zustimmung des *Bezugsberechtigten* ändern.
- Wenn Sie uns eine Person **unwiderruflich** als *Bezugsberechtigten* benannt haben, erwirbt diese sofort das Recht auf die Leistung. In diesem Fall können Sie das Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflichen *Bezugsberechtigten* ändern.

In beiden Fällen können Sie das Bezugsrecht nur bis zum Eintritt des *Versicherungsfalls* aufheben oder einschränken. Ihre Mitteilung muss uns in *Textform* zugegangen sein, bevor der *Versicherungsfall* eingetreten ist. Das gilt auch für die Zustimmung eines unwiderruflichen *Bezugsberechtigten* zur Änderung des Bezugsrechts.

6.1.2 Abtretung und Verpfändung

Sie können Ihre Rechte aus dem Vertrag an Dritte abtreten oder verpfänden. Dies setzt Folgendes voraus:

- Es darf dem kein gesetzliches Abtretungsverbot entgegenstehen. Ein solches kann sich beispielsweise aus Pfändungsschutzvorschriften ergeben.
- Wenn Sie einem Dritten bereits Rechte an Ihrem Vertrag eingeräumt haben, muss dieser Dritte der Abtretung oder Verpfändung in *Textform* zustimmen. Dieser Dritte kann zum Beispiel eine Person sein,
 - die Sie unwiderruflich als *Bezugsberechtigten* benannt oder
 - der Sie Ihre Rechte aus dem Vertrag bereits abgetreten haben.

Eine Abtretung oder Verpfändung wird uns gegenüber erst wirksam, wenn Sie uns diese in *Textform* mitgeteilt haben. Wenn wir Ihnen bestätigen, dass wir die Abtretung oder Verpfändung berücksichtigen, erheben wir dafür eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen".

6.1.3 Inhaber des Versicherungsscheins

Wir dürfen jede Person, die uns den *Versicherungsschein* vorlegt, als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen und Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir sind nicht verpflichtet, diese Berechtigung zu überprüfen, können aber einen Nachweis darüber verlangen.

6.2 Auszahlung der Leistungen

Die Überweisung der Versicherungsleistung erfolgt innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums auf unsere Kosten. Wir überweisen Ihnen die Leistungen auch in einen Staat außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums. Voraussetzung dafür ist, dass Sie bei Abschluss des Vertrages Ihren Wohnsitz innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums hatten und dieser im Versicherungsvertrag genannt ist. Bitte beachten Sie, dass die Überweisung in diesem Fall auf Kosten und auf Gefahr des *Versicherungsnehmers* bzw. des *Bezugsberechtigten* erfolgt.

7 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, wodurch der *Versicherungsfall* verursacht worden ist. Um Ihnen unsere Leistungen langfristig und stabil anbieten zu können, sind jedoch einige Risiken vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.



- Die folgenden Ausschlüsse gelten für alle Leistungen aus diesem Vertrag.
- Zusätzlich können individuelle Ausschlüsse zu Ihrem Vertrag vereinbart sein.
- Auch bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (siehe Abschnitt "Warum ist es wichtig, dass Ihre Angaben richtig und vollständig sind?" oder bei *arglistiger* Täuschung kann der Anspruch auf Leistung entfallen.

Ist der *Versicherungsfall* durch eines der folgenden Ereignisse verursacht, leisten wir grundsätzlich nicht (Ausschlüsse). Unter bestimmten Voraussetzungen bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen (versicherte Ausnahmen).

Verursachende Ereignisse (Risiken)	Ausschlüsse: Wir leisten nicht, wenn der <i>Versicherungsfall</i> durch eines der folgenden Ereignisse verursacht ist:	Versicherte Ausnahmen: Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch unter folgenden Voraussetzungen bestehen:
Kriegerische Ereignisse und innere Unruhen	Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen, sofern die <i>versicherte Person</i> auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.	<ul style="list-style-type: none"> • Die <i>versicherte Person</i> war während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen ausgesetzt, aber nicht aktiv daran beteiligt (z. B. im Rahmen humanitärer Hilfeleistungen, wie z. B. Ärzte ohne Grenzen); • Der <i>Versicherungsfall</i> ist Folge eines Einsatzes, an dem die <i>versicherte Person</i> als Angehöriger der Deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich beauftragter Organisationen teilgenommen hat, sofern es sich um rein humanitäre Hilfeleistungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland handelt.

Verursachende Ereignisse (Risiken)	Ausschlüsse: Wir leisten nicht, wenn der Versicherungsfall durch eines der folgenden Ereignisse verursacht ist:	Versicherte Ausnahmen: Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch unter folgenden Voraussetzungen bestehen:
Vorsätzliche Straftaten	Die <i>versicherte Person</i> hat <i>vorsätzlich</i> eine Straftat oder ein Vergehen ausgeführt oder auszuüben versucht.	Bei Verkehrsdelikten oder fahrlässigen Verstößen
Absichtliche Herbeiführung eines Versicherungsfalls	Die <i>versicherte Person</i> hat absichtlich <ul style="list-style-type: none"> • Krankheit oder Kräfteverfall herbeigeführt oder • eine Selbstverletzung oder den Versuch einer Selbsttötung vorgenommen. 	Es wird nachgewiesen, dass die <i>versicherte Person</i> diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat, der die freie Willensbestimmung ausschließt.
Widerrechtliche Handlungen	Durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als <i>Versicherungsnehmer</i> den <i>Versicherungsfall</i> bei der <i>versicherten Person</i> <i>vorsätzlich</i> herbeigeführt haben.	
Strahlen infolge von Kernenergie	Durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.	Es handelt sich nur um Einzelfälle und nicht um Großschadensereignisse. Erläuterungen hierzu finden Sie unter dieser Tabelle
Atomare, biologische oder chemische Waffen	Unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den <i>vorsätzlichen</i> Einsatz oder die <i>vorsätzliche</i> Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen geeignet sind, das Leben oder die Gesundheit vieler Personen zu gefährden.	Es handelt sich nur um Einzelfälle und nicht um Großschadensereignisse. Erläuterungen hierzu finden Sie unter dieser Tabelle.

Unsere Leistungspflicht für die letzten beiden Punkte ist nur dann eingeschränkt, wenn es sich hierbei um Großschadensereignisse handelt, die das Leben oder die Gesundheit vieler Personen gefährden. Voraussetzung dafür ist, dass die Gefährdung zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den versicherungsmathematischen Berechnungsgrundlagen führt und die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies ist der Fall, wenn mehr als 1 ‰ des Versichertenbestandes davon betroffen ist. Ob diese Voraussetzungen vorliegen, muss ein unabhängiger Treuhänder prüfen und gutachterlich bestätigen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf der Prüfung fällig. Den Nachweis über den Leistungsausschluss erbringen wir.

8 Warum ist es wichtig, dass Ihre Angaben richtig und vollständig sind?



- In diesem Abschnitt geben wir Ihnen einen Überblick zum Thema Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.
- Einzelheiten dazu finden Sie in unserer "Mitteilung nach § 19 Absatz 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" in Ihren Antragsunterlagen.

8.1 Bedeutung unserer Fragen vor Vertragsabschluss

Vor Vertragsabschluss stellen wir Ihnen verschiedene Fragen - zum Beispiel zu aktuellen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Beschwerden sowie dem Rauchverhalten. Diese Angaben sind für uns bedeutsam, um das zu versichernde Risiko richtig einschätzen zu können. Alle Fragen, die wir Ihnen vor Ver-

tragsabschluss in *Textform* stellen, müssen Sie vollständig und richtig beantworten. Das heißt "vorvertragliche Anzeigepflicht".

Auch die *versicherte Person* muss - außer Ihnen - diese Fragen richtig und vollständig beantworten.

8.2 Auswirkungen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Verletzen Sie oder die *versicherte Person* diese Anzeigepflicht, kann das gravierende Folgen haben und den Versicherungsschutz gefährden. Es ist möglich, dass wir vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen.

Welche Folgen im Einzelfall eintreten und wie sich diese auf den Versicherungsschutz auswirken, hängt insbesondere von folgenden Faktoren ab:

- ob die Anzeigepflichtverletzung schuldhaft erfolgte,
- vom Grad eines möglichen Verschuldens,
- von der Frage, ob wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht oder nicht richtig mitgeteilten Umstände geschlossen hätten (wenn auch zu anderen Bedingungen).

Im Falle von Rücktritt und Kündigung erlischt der Vertrag, ohne dass eine Leistung fällig wird. Sie haben keinen Anspruch auf Rückzahlung der eingezahlten Beiträge.

Abweichend von den gesetzlichen Vorschriften verzichten wir zu Ihren Gunsten darauf, den Vertrag zu kündigen oder anzupassen, wenn Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht verschuldet haben.

8.3 Bedeutung unserer Fragen bei Leistungserweiterungen

Die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (siehe unsere "Mitteilung nach § 19 Absatz 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht") gelten entsprechend, wenn

- Sie im Laufe des Vertrages Ihren Versicherungsschutz erweitern oder
- Sie nach einer Beitragsfreistellung den Versicherungsschutz wiederherstellen und wieder Beiträge zahlen.

Unsere Rechte und die dafür geltenden Fristen beziehen sich dann auf den erweiterten oder wiederhergestellten Teil Ihres Vertrages.

8.4 Anfechtung wegen arglistiger Täuschung

Wenn Sie oder die *versicherte Person* uns bei Vertragsabschluss *arglistig* getäuscht haben, können wir den Vertrag auch anfechten.

Die Anfechtung erklären wir Ihnen gegenüber. Dies ist auch möglich, wenn die *versicherte Person* die *arglistige* Täuschung begangen hat, ohne dass Sie dies wussten.

Wenn Sie unsere Anfechtungserklärung erhalten haben, ist der Versicherungsvertrag von Anfang an nichtig. Dies bedeutet, dass zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz bestand. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Frist für die Ausübung der Anfechtung

Die Anfechtung müssen wir innerhalb eines Jahres ab Kenntnis der *arglistigen* Täuschung in *Textform* ausüben. Unabhängig von dieser Kenntnis können wir die Anfechtung nur innerhalb von 10 Jahren seit Abschluss des Vertrages erklären.

9 Was müssen Sie beachten, während Sie Leistungen erhalten?

9.1 Ihre Pflichten während Sie Leistungen beziehen

Mitteilung einer Änderung der beruflichen Tätigkeit

Erhalten Sie Leistungen aus diesem Vertrag oder haben Sie diese beantragt, müssen Sie uns *unverzüglich* mitteilen, wenn die versicherte Person die berufliche Tätigkeit wieder aufnimmt oder sich diese in Art oder Umfang ändert.

Pflichten bei laufender Rentenzahlung

Erbringen wir laufende Rentenzahlungen, sind wir berechtigt, uns in angemessenen Zeitabständen zu erkundigen, ob die versicherte Person noch lebt. Dafür benötigen wir eine amtlich beglaubigte Bescheinigung.

Pflichten bei unrechtmäßig erhaltenen Leistungen

Zu Unrecht empfangene Leistungen sind *unverzüglich* an uns zurückzuzahlen.

Pflichten im Todesfall

Verstirbt die versicherte Person, müssen Sie uns dies *unverzüglich* mitteilen. Um eine Leistung im Todesfall erbringen zu können, benötigen wir eine amtliche Sterbeurkunde, die das Geburtsdatum und den Geburtsort der *versicherten Person* ausweist.

9.2 Recht zur Nachprüfung, ob die Leistungspflicht weiter besteht

9.2.1 Umfang der Nachprüfung

Haben wir unsere Pflicht zur Leistung anerkannt, sind wir berechtigt zu prüfen, ob der *Versicherungsfall* und der daraus resultierende Anspruch weiterhin bestehen. Wir legen dabei den Abschnitt "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?" zugrunde. Im Rahmen dieser Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte auf unsere Kosten anfordern. Darüber hinaus können wir einmal im Jahr umfassende Untersuchungen der *versicherten Person* durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

Sachdienliche Auskünfte sind Informationen zu

- Beginn, Ursache, Art und Verlauf der Krankheit sowie zu Störungen des Heilungsprozesses,
- medizinischen Behandlungen und gesundheitsrelevanten Lebensumständen,
- der beruflichen Tätigkeit und den wirtschaftlichen und steuerlichen Verhältnissen der *versicherten Person* sowohl vor Eintritt des *Versicherungsfalles* als auch deren Veränderungen bis zur aktuellen Nachprüfung.

Die Bestimmungen des Abschnittes "Wie beantragen Sie Leistungen und welche *Mitwirkungspflichten* haben Sie?" gelten entsprechend.

Wir können auch erneut prüfen, ob die *versicherte Person* eine andere berufliche Tätigkeit im Sinne des Abschnitts "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?" konkret ausübt. Dabei sind neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. durch Umschulung oder Fort- und Weiterbildung) zu berücksichtigen.

9.2.2 Finanzielle Unterstützung zur Wiedereingliederung

Im Einzelfall kann die *versicherte Person* auch eine finanzielle Unterstützung zur Wiedereingliederung beantragen, um wieder berufsfähig zu werden. Die Voraussetzungen dafür sowie deren Umfang finden Sie in den Erläuterungen im Abschnitt "Welche anderen Leistungen beinhaltet Ihr Vertrag?".

9.3 Verletzung von Mitwirkungspflichten

Im Rahmen der Nachprüfung gelten die gleichen *Mitwirkungspflichten* wie bei der Beantragung von Leistungen. Wie Sie Ihre *Mitwirkungspflichten* erfüllen und welche Folgen eine Verletzung hat, können Sie in Abschnitt "Wie beantragen Sie Leistungen und welche *Mitwirkungspflichten* haben Sie?" nachlesen.

10 Welche vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie?

10.1 Anpassung des Versicherungsschutzes

Sie können Ihren Versicherungsschutz im Rahmen von Optionen ohne erneute Gesundheitsprüfung anpassen, sofern Ihr Vertrag "Bedingungen für die Ausübung von Optionen für Heilberufe in der Privatversorgung" enthält. Einzelheiten sind in diesen Bedingungen geregelt.

10.2 Überprüfung des Beitrags bei Berufseinstieg ("Zukunftsgarantie")

Im Rahmen der Zukunftsgarantie vergleichen wir den Beitrag für die ausgeübte berufliche Tätigkeit, die wir bei Antragsstellung zugrunde gelegt haben, mit dem Beitrag für die ausgeübte berufliche Tätigkeit der *versicherten Person* beim Start ins Berufsleben.

Kann die berufliche Tätigkeit beim Start ins Berufsleben zu einem günstigeren Beitrag versichert werden, stellen wir die Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung auf diesen günstigeren Beitrag um (Zukunftsgarantie). Diese Möglichkeit können Sie einmalig nutzen. Dafür müssen die in den nächsten Absätzen genannten Voraussetzungen erfüllt sein.

Voraussetzungen

- Die Umstellung kann nur erfolgen, wenn die *versicherte Person* bei Beginn der Versicherung
 - Student, Referendar, Auszubildender oder Beamtenanwärter war oder
 - den Bundesfreiwilligendienst (BFD), das Freiwillige Soziale Jahr (FSJ) oder das Freiwillige Ökologische Jahr (FJÖ) geleistet hat.
- Die *versicherte Person* hat
 - ein *Studium* an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule oder ein Referendariat oder

- eine *Ausbildung* in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf abgeschlossen.
- Die *versicherte Person* nimmt nach dem vorgenannten Abschluss eine berufliche Tätigkeit auf. Diese muss unbefristet und bei uns versicherbar sein. Ein Referendariat oder der Status als Beamter auf Widerruf oder auf Probe (BaW / BaP) gilt als unbefristet.
- Die neue berufliche Tätigkeit muss bei uns versicherbar sein.
- Die Versicherung darf nicht beitragsfrei gestellt sein.
- Zur Versicherung besteht kein Beitragsrückstand und es ist keine *Stundung* der Beiträge vereinbart.
- Der Beginn der Versicherung darf nicht länger als 5 Jahre zurückliegen.
- Es liegt bei der *versicherten Person* weder eine Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit noch eine Erwerbsminderung vor und es ist objektiv auch keine andere Situation eingetreten, die einen Leistungsanspruch begründet.
- Es wurde noch
 - keine Leistung aufgrund von Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung und
 - keine Sofortrente gemäß Abschnitt "Sofortrente wegen schwerer Erkrankung" und
 - keine Leistung aufgrund von Arbeitsunfähigkeit gemäß Abschnitt "Optionale Leistungen" unter der Überschrift "Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit" bezogen oder beantragt.
- Der Zeitpunkt, zu dem Sie eine Umstellung des Beitrags verlangen, darf nicht in den Zeitraum fallen, in dem eine Arbeitsunfähigkeit nach diesen Versicherungsbedingungen vorliegt. Das gilt auch, wenn sich dies erst durch das Hinzukommen weiterer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen herausstellt.

Fristen und Nachweise

Die Beantragung der Zukunftsgarantie muss innerhalb folgender Fristen erfolgen:

- Innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss der *Ausbildung*, des *Studiums* oder des Referendariats und der Aufnahme der erstmaligen beruflichen Tätigkeit. Abweichend gilt für Lehrkräfte eine Frist von 18 Monaten.
- Die *versicherte Person* übt die berufliche Tätigkeit seit mindestens 6 Monaten aus.

Bitte beantragen Sie die Zukunftsgarantie in *Textform* und reichen uns Nachweise über den Abschluss der *Ausbildung*, des *Studiums* oder des Referendariats und der beruflichen Tätigkeit ein. Erfüllen Sie alle genannten Voraussetzungen und liegen uns alle notwendigen Unterlagen vor, stellen wir Ihren Vertrag zum 01. des Folgemonats um. Eventuell vorhandene Zuschläge und Klauseln, insbesondere Leistungseinschränkungen, bleiben bestehen.

10.3 Verlängerungsoption

Wenn die Regelaltersgrenze in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung oder den berufsständischen Versorgungswerken für die *versicherte Person* erhöht wird, können Sie die *Versicherungs- und Leistungsdauer* Ihres Vertrags **ohne erneute Risikoprüfung** verlängern. Die Verlängerung müssen Sie in *Textform* beantragen.

Die Verlängerung erfolgt maximal um die Anzahl der Monate, um die sich die gesetzliche Regelaltersgrenze der *versicherten Person* erhöht.

Mit der Verlängerung der *Versicherungsdauer* verlängert sich die vereinbarte *Leistungsdauer* entsprechend. Sie können die *Versicherungsdauer* auch unverändert lassen und nur die *Leistungsdauer* verlängern.

Die Verlängerung ist an folgende Voraussetzungen gebunden, die **alle** erfüllt sein müssen:

- Die gültige Regelaltersgrenze für die *versicherte Person* verschiebt sich um mindestens zwölf Monate nach hinten.
- Die Verlängerung geht nicht über den 69. Geburtstag der *versicherten Person* hinaus.
- Sie müssen das Recht auf Verlängerung **innerhalb von zwölf Monaten** nachdem eine gesetzliche Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in Kraft getreten ist, ausüben.
- In Ihrem Vertrag ist für die *versicherte Person* eine *Versicherungsdauer* bis zum Endalter von mindestens 62 Jahren vereinbart.
- Die zum Verlängerungszeitpunkt gültigen Annahmerichtlinien lassen im konkreten Fall ein höheres Endalter zu.
- Die *versicherte Person* darf maximal 50 Jahre alt sein.
- Der Vertrag ist nicht beitragsfrei gestellt.
- Zum Vertrag besteht kein Beitragsrückstand und es ist keine *Stundung* der Beiträge vereinbart.
- Es liegt bei der *versicherten Person* weder eine Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit noch eine Erwerbsminderung vor und es ist objektiv auch keine andere Situation eingetreten, die einen Leistungsanspruch begründet.
- Es wurde noch
 - keine Leistungen aufgrund von Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung und
 - keine Sofortrente gemäß Abschnitt "Sofortrente wegen schwerer Erkrankung" und
 - keine Leistung aufgrund von Arbeitsunfähigkeit gemäß Abschnitt "Optionale Leistungen" unter der Überschrift "Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit" bezogen oder beantragt.

- Der Zeitpunkt, zu dem Sie eine Verlängerung verlangen, darf nicht in den Zeitraum fallen, in dem eine Arbeitsunfähigkeit nach diesen Versicherungsbedingungen vorliegt. Das gilt auch, wenn sich dies erst durch das Hinzu-kommen weiterer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen herausstellt.

Üben Sie die Verlängerungsoption aus, erhöhen sich infolge des höheren Alters und der längeren Vertragsdauer Ihre Beiträge. Wir berechnen den Beitrag für Ihren Vertrag deshalb nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu und teilen Ihnen die angepassten Beiträge in *Textform* mit. Dabei berücksichtigen wir folgende Faktoren:

- das zum Zeitpunkt der Verlängerung erreichte Alter der *versicherten Person*,
- die Restlaufzeit des Vertrages einschließlich der Verlängerung sowie
- gegebenenfalls vereinbarte Zuschläge.

Eventuell vorhandene Zuschläge und Klauseln, insbesondere Leistungseinschränkungen, gelten auch für die verlängerte *Versicherungsdauer*.

11 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Wenn Sie Ihren Beitrag vorübergehend nicht bezahlen können (zum Beispiel wegen Arbeitslosigkeit oder Elternzeit), Ihren Versicherungsschutz aber erhalten wollen, haben Sie folgende Möglichkeiten:

11.1 Änderung der Beitragszahlung

Sie können mit uns die Änderung der Zahlweise zum Ende einer jeden *Versicherungsperiode* vereinbaren. Einzelheiten entnehmen Sie dem Abschnitt "Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?".

11.2 Im ersten Versicherungsjahr: Beginn- und Ablaufverlegung

Sie können beantragen, dass der Beginn der Versicherung um die Anzahl der Monate nach hinten verlegt wird, für die Sie keine Beiträge bezahlt haben. Verschiebt sich der Versicherungsbeginn dadurch in ein neues Kalenderjahr, erhöht sich das Eintrittsalter der *versicherten Person*. Das kann zu einem höheren Beitrag führen.

Eine Beginn- und Ablaufverlegung ist

- im ersten *Versicherungsjahr*
- einmalig möglich,
- wenn der Vertrag seit Abschluss nicht geändert wurde.

Eine Beginn- und Ablaufverlegung darf nur zum Ausgleich offener Beiträge erfolgen. Nachdem die Beginn- und Ablaufverlegung durchgeführt wurde, müssen die Beiträge sofort wieder bezahlt werden.

Wir werden Ihrem Antrag zustimmen, wenn keine erheblichen versicherungstechnischen Gründe dagegensprechen. Das sind zum Beispiel eine Überschreitung des möglichen versicherbaren Endalters der *versicherten Person* oder eine Unterschreitung der Mindestrente.

11.3 Ab dem zweiten Versicherungsjahr: Stundung der Beiträge

Sie können mit uns vereinbaren, Ihre Beiträge **bis zu 24 Monate** ganz oder teilweise auszusetzen (*Stundung*).

Voraussetzungen und Durchführung

Für eine Stundungsvereinbarung müssen insbesondere die folgenden Voraussetzungen **alle** erfüllt sein:

- Sie haben die Beiträge für die ersten 12 Monate vollständig bezahlt.
- Der Vertrag befindet sich noch nicht im Mahnverfahren nach § 38 VVG.
- Sie haben den Vertrag weder gekündigt noch beitragsfrei gestellt.
- Nach Ablauf der *Stundung* beträgt die Dauer der Beitragszahlung noch mindestens 2 Jahre.

Ist Ihr Vertrag in 2 Phasen unterteilt, kann eine *Stundung* erst erfolgen, nachdem die 2. Phase begonnen hat. Den planmäßigen Beginn der 2. Phase können Sie Ihrem *Versicherungsschein* entnehmen. Die *Stundung* beginnt frühestens, wenn Ihr nächster Beitrag fällig ist. Während des Zeitraumes der *Stundung* finden keine dynamischen Anpassungen Ihres Vertrages statt.

Zinsen

Für eine *Stundung* berechnen wir grundsätzlich Zinsen. Die Höhe richtet sich nach den Sätzen, die zu Beginn der *Stundung* gültig sind. Die aktuellen Zinssätze teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

In folgenden Fällen berechnen wir keine Zinsen:

- Sie befinden sich in der gesetzlichen Elternzeit oder

- Sie nehmen ein Sabbatical (Sabbatjahr) oder
- Sie sind erwerbsgemindert oder pflegebedürftig.

Als Nachweis benötigen wir zum Beispiel den Bescheid eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers oder Versorgungswerks oder des Arbeitgebers. Trifft keiner der genannten Fälle mehr zu, müssen Sie uns darüber informieren. Für die weitere *Stundung* berechnen wir dann Zinsen.

Rückzahlung

Mit Ablauf des vereinbarten Zeitraumes informieren wir Sie über die Höhe der gestundeten Beiträge und der gegebenenfalls erhobenen Zinsen. Innerhalb eines Monats müssen Sie dann mit der Rückzahlung des offenen Betrags beginnen. Hierfür haben Sie 2 Möglichkeiten:

- Vollständige Zahlung in einem Betrag oder
- Zahlung in gleichmäßigen Raten von höchstens 48 Monaten. Beträgt die verbleibende Dauer der Beitragszahlung weniger als 48 Monate, können Sie den Betrag maximal über die verbleibenden Monate zurückzahlen. Eine Rate muss mindestens 25 Euro betragen. Die Raten können Sie jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich bezahlen.

Ist Ihnen die Zahlung des gestundeten Betrages plus Zinsen nicht möglich, können Sie beantragen, dass wir den offenen Betrag mit dem *Deckungskapital* der Versicherung verrechnen. Dazu muss ausreichend *Deckungskapital* vorhanden sein. Dabei bleibt der Beitrag der Versicherung grundsätzlich unverändert, allerdings werden die versicherten Leistungen herabgesetzt. Alternativ können Sie verlangen, dass die versicherten Leistungen gleichbleiben, sich aber der zukünftige Beitrag entsprechend erhöht. Die zukünftigen Leistungen und Beiträge berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Dafür verwenden wir die *Rechnungsgrundlagen*, die bei Vertragsabschluss galten.

Ist eine Verrechnung des gestundeten Betrages plus Zinsen mit dem *Deckungskapital* nicht möglich oder ist der Leistungsfall eingetreten, verrechnen wir den gestundeten Betrag plus Zinsen mit dem *Überschussguthaben* oder einer fälligen Leistung aus diesem Vertrag.

Kann ein offener Betrag nicht durch Verrechnung beglichen werden, mahnen wir den offenen Betrag an. Unter Umständen endet dann der Versicherungsschutz (siehe Abschnitt "Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?").

Voraussetzung für eine weitere *Stundung*

Eine weitere *Stundung* ist zudem erst möglich, wenn Sie den offenen Betrag vollständig bezahlt haben.

11.4 Vorrübergehende Herabsetzung des Beitrags

Sie können während der Vertragslaufzeit bis zu zweimal in *Textform* beantragen, den Beitrag vorübergehend herabzusetzen und später wieder anzuheben. Während des Zeitraums, in welchem der Beitrag herabgesetzt ist, reduzieren sich die versicherten Leistungen.

Diese Option besteht, wenn einer der folgenden Anlässe eingetreten ist:

- Die *versicherte Person* bekommt ein Kind oder adoptiert ein Kind.
- Die *versicherte Person* pflegt einen Angehörigen und erhält hierfür kein Arbeitseinkommen. Die Pflegebedürftigkeit nach §14 SGB XI wird durch die zuständige Pflegekasse festgestellt oder
- Eintritt der Arbeitslosigkeit der *versicherten Person*.

Den jeweiligen Anlass müssen Sie uns durch entsprechende Dokumente nachweisen. Den Anlass "Eintritt der Arbeitslosigkeit" können Sie nur einmal beantragen.

Voraussetzungen

Die vorübergehende Herabsetzung des Beitrages ist nur möglich, wenn folgende Voraussetzungen alle erfüllt sind:

- Die verbleibende versicherte Rente beträgt monatlich mindestens 25 % der bisherigen versicherten Rente, mindestens jedoch 50 Euro im Monat.
- Der verbleibende Beitrag beträgt mindestens 180 Euro jährlich.
- Haben Sie diese Option zuvor bereits in Anspruch genommen, können Sie diese erst nach Anhebung des Beitrages erneut nutzen.
- Bei einem Vertrag mit 2 Phasen muss die 2. Phase begonnen haben.

Durchführung der Herabsetzung des Beitrages

Die Herabsetzung des Beitrages muss innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt des Anlasses beantragt werden. Entsprechen wir Ihrem Antrag, wird die Änderung zum Ende der *Versicherungsperiode* wirksam, in der sie beantragt wurde.

Durch die Herabsetzung des Beitrages verringern sich die versicherten Leistungen. Die reduzierten Leistungen und Beiträge berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Dafür verwenden wir die Rechnungsgrundlagen, die bei Vertragsabschluss galten.

Möglichkeiten zur Anhebung des Beitrages

Innerhalb von 36 Monaten (bei dem Anlass "Eintritt der Arbeitslosigkeit" innerhalb von 12 Monaten) nach einer Herabsetzung können Sie den Beitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder anheben. Dabei gibt es folgende Optionen:

- Wiederherstellung des bisherigen Versicherungsschutzes: Dabei erhöht sich der zukünftige Beitrag gegenüber dem Beitrag vor Herabsetzung.
- Wiederherstellung des bisherigen Beitrages: Dabei ergeben sich geringere Leistungen als vor Herabsetzung des Beitrages.

Die zukünftigen Beiträge und Leistungen berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Dafür verwenden wir die *Rechnungsgrundlagen*, die bei Vertragsabschluss galten.

Tritt während der Zeit der Herabsetzung des Beitrages eines der nachstehenden Ereignisse ein, kann die Anhebung des Beitrages nur mit erneuter Gesundheitsprüfung erfolgen:

- Es ist eine Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. eine Erwerbsminderung oder objektiv eine andere Situation eingetreten, die einen Leistungsanspruch begründet oder
- es wurde
 - eine Leistung aufgrund von Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder
 - eine Leistung aufgrund von Arbeitsunfähigkeit gemäß dem Abschnitt "Optionale Leistungen" unter der Überschrift "Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit" oder
 - eine Sofortrente gemäß Abschnitt "Sofortrente wegen schwerer Erkrankung" bezogen oder beantragt.
- Der Zeitpunkt, zu dem Sie die Anhebung des Versicherungsschutzes verlangen, darf nicht in den Zeitraum fallen, in dem eine Arbeitsunfähigkeit nach diesen Versicherungsbedingungen vorliegt. Das gilt auch, wenn sich dies erst durch das Hinzukommen weiterer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen herausstellt.

Eventuell vorhandene Zuschläge und Klauseln, insbesondere Leistungseinschränkungen, bleiben bei der Herabsetzung und Anhebung des Beitrags erhalten.

Regelung zur Dynamik

Während der Beitrag herabgesetzt ist, erfolgen keine dynamischen Anpassungen. Sobald Sie den Beitrag wieder anheben, lebt das Recht auf dynamische Anpassungen im ursprünglichen Umfang wieder auf.

12 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

12.1 Beitragsfreistellung und deren Auswirkungen

Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Ende der laufenden *Versicherungsperiode* für unbestimmte Zeit beitragsfrei stellen. Bei einer Beitragsfreistellung reduziert sich die versicherte Rente. Hat die *versicherte Person* zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung einen Anspruch auf Leistung aus Ihrer Versicherung, bleibt dieser Anspruch trotz Beitragsfreistellung bestehen.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für eine Beitragsfreistellung sind:

- Sie müssen uns Ihren Wunsch, keine Beiträge mehr zu zahlen, in *Textform* mitteilen.
- Die künftige monatliche Rente (unter Berücksichtigung der Beitragsfreistellung) muss **mindestens 75 Euro** betragen. Wird dieser Betrag nicht erreicht, können Sie die Versicherung nicht beitragsfrei stellen. Wir führen die Versicherung dann beitragspflichtig fort.

Ermittlung der beitragsfreien Rente

Wir ermitteln die beitragsfreie Rente nach den gesetzlichen Vorgaben zum Schluss der laufenden *Versicherungsperiode* aus dem *Deckungskapital* der Versicherung. Dabei wenden wir die anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation an (siehe § 165 Abs. 2 VVG in Verbindung mit § 169 Absätze 3 bis 5 VVG). Wir berücksichtigen dabei eventuelle Beitragsrückstände und nehmen einen Abzug vor, den wir Ihnen weiter unten in diesem Abschnitt erläutern.

Das *Deckungskapital* hat bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung mindestens den Wert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten - unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze - auf die ersten 5 *Versicherungsjahre*, höchstens jedoch auf die Dauer der Beitragszahlung, ergibt.

Wie hoch die beitragsfreien Renten sind, finden Sie in der Werteentwicklung in Ihrem *Versicherungsschein*. Voraussetzung für den Ausweis dort ist, dass Ihre Versicherung die beitragsfreie Mindestrente in Höhe von monatlich 75 Euro während der Laufzeit des Vertrages erreicht.

Bitte beachten Sie: In der Anfangszeit Ihres Vertrages sind wegen der Verrechnung von Kosten, insbesondere der Abschluss- und Vertriebskosten (siehe Abschnitt "Welche Kosten und Gebühren fallen an?") keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Rente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen daher wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel zur Verfügung, um eine beitragsfreie Rente zu bilden.

Abzug

Wir vereinbaren mit allen unseren *Versicherungsnehmern* aus folgenden Gründen einen angemessenen Abzug:

- **Schutz der Risikogemeinschaft:** Ihre Versicherung ist nach dem Prinzip der Risikogemeinschaft kalkuliert. Diese setzt sich aus *Versicherungsnehmern* mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammen. *Versicherungsnehmer* mit einem geringeren Risiko verlassen die Risikogemeinschaft eher als jene mit einem höheren Risiko.

Stellen Sie die Versicherung vorzeitig beitragsfrei, müssen wir Ihre Interessen mit den Interessen derjenigen, die ihren Vertrag beitragspflichtig weiterführen, ausgleichen. Dieser Ausgleich erfolgt durch einen Abzug, der das Risikokapital des beitragspflichtigen Bestandes stärkt und damit sicherstellt, dass die Risikogemeinschaft durch die Beitragsfreistellung eines Vertrages nicht benachteiligt wird.

- **Zusätzliche Verwaltungskosten:** Durch die Beitragsfreistellungen entstehen uns zusätzliche, nicht geplante Verwaltungskosten. Damit der Risikogemeinschaft hierdurch keine Nachteile entstehen, gleichen wir dies im Rahmen des Abzuges aus.

Wie hoch der Abzug für jedes einzelne *Versicherungsjahr* ist, finden Sie in der Werteentwicklung in Ihrem *Versicherungsschein*. Voraussetzung für den Ausweis dort ist, dass Ihre Versicherung die beitragsfreie Mindestrente in Höhe von monatlich 75 Euro während der Laufzeit des Vertrages erreicht.

Im Streitfall müssen wir beweisen, dass der Abzug angemessen ist. Haben wir dies getan und Sie weisen uns nach, dass unsere pauschalen Annahmen in Ihrem Fall:

- nicht zutreffen,
 - teilweise nicht zutreffen oder
 - der Abzug in Ihrem Fall niedriger sein muss,
- erheben wir keinen oder nur einen reduzierten Abzug.

12.2 Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Beitragsfreistellung (Wiederinkraftsetzung)

Durch die Beitragsfreistellung hat sich Ihr Versicherungsschutz reduziert. Zahlen Sie erneut Beiträge, können Sie Ihren Versicherungsschutz wieder erhöhen.

Voraussetzungen

Voraussetzungen dafür sind:

- die Versicherung muss noch bestehen,
- der *Versicherungsfall* darf noch nicht eingetreten sein,
- Sie teilen uns Ihren Wunsch in *Textform* mit und
- der Beitrag muss mindestens 120 Euro pro Jahr betragen.

Fristen

Sie können Ihren Vertrag nur innerhalb von 36 Monaten, nachdem Sie ihn beitragsfrei gestellt haben, wieder in Kraft setzen. Ob eine erneute *Risikoprüfung* notwendig ist, hängt vom Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung ab:

- Nehmen Sie die Beitragszahlung innerhalb von 6 Monaten nach einer Beitragsfreistellung wieder auf, verzichten wir auf eine erneute *Risikoprüfung*. Bestanden zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung offene Beiträge (zum Beispiel durch *Stundung*), beginnt die Frist von 6 Monaten ab dem Zeitpunkt der letzten vollen Beitragszahlung.
- Nehmen Sie die Beitragszahlung nach Ablauf von 6 Monaten, aber innerhalb von 36 Monaten nach Beitragsfreistellung wieder auf, werden wir eine *Risikoprüfung* der *versicherten Person* durchführen. Diese umfasst den Gesundheitszustand und die finanziellen Einkommensverhältnisse. Versicherungsschutz stellen wir wieder her, wenn die *versicherte Person* zu diesem Zeitpunkt eine vergleichbare neue Versicherung zu unseren dann gültigen Annahmegrundsätzen abschließen könnte.

Bitte beachten Sie, dass bei einer Wiederinkraftsetzung mit *Risikoprüfung* die Fristen für die vorvertragliche Anzeigepflicht für den wiederhergestellten Teil neu beginnen (siehe Abschnitt "Warum ist es wichtig, dass Ihre Angaben richtig und vollständig sind?").

Umfang des Versicherungsschutzes

Bei der Wiederinkraftsetzung können Sie zwischen folgenden Möglichkeiten wählen:

- Sie wollen Leistungen in gleicher Höhe versichern wie zuvor. In diesem Fall ist der Beitrag höher als vor der Beitragsfreistellung.
- Sie wollen maximal den gleichen Beitrag zahlen wie zuvor. In diesem Fall sind die versicherten Leistungen geringer als vor der Beitragsfreistellung.

Den erhöhten Beitrag bzw. die reduzierten Leistungen berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Dafür verwenden wir die *Rechnungsgrundlagen*, die bei Vertragsabschluss galten.

Zusätzlich haben Sie innerhalb von 6 Monaten nach Beitragsfreistellung die Möglichkeit, den Versicherungsschutz wie vor der Beitragsfreistellung wiederherzustellen, indem Sie die Beiträge für die Zeit der Beitragsfreistellung einmalig nachzahlen und anschließend den Beitrag in gleicher Höhe wie vor Beitragsfreistellung weiterzahlen.

Wenn wir Ihren Vertrag wieder in Kraft setzen, berechnen wir dafür eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen".

13 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

Sie können Ihre Versicherung kündigen. Die Kündigung muss in *Textform* erfolgen und wird zum Ende der jeweiligen *Versicherungsperiode* wirksam. Mit der Kündigung erlischt die Versicherung. In diesem Fall zahlen wir keine Leistungen aus und es besteht kein Anspruch auf einen Rückkaufwert. Wir erstatten auch keine Beiträge zurück. Hat die *versicherte Person* zum Zeitpunkt der Kündigung einen Anspruch auf Leistung aus ihrer Versicherung, bleibt dieser Anspruch trotz Kündigung bestehen.

14 Wann können Sie die Leistungen Ihrer Versicherung herabsetzen?

Sie können die Leistungen Ihrer Versicherung herabsetzen. Dies muss in *Textform* erfolgen und wird zum Ende der jeweiligen *Versicherungsperiode* wirksam. Ab dem Zeitpunkt der Änderung verringert sich auch der zu zahlende Beitrag. Die reduzierten Leistungen und zukünftigen Beiträge berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Dafür verwenden wir die *Rechnungsgrundlagen*, die bei Vertragsabschluss galten.

Folgende Voraussetzungen müssen **alle** erfüllt sein, damit wir die Versicherungsleistungen herabsetzen können:

- Die verbleibende versicherte Rente beträgt monatlich mindestens 50 Euro.
- Der verbleibende Beitrag beläuft sich auf mindestens 180 Euro jährlich.
- Bei einem Vertrag mit 2 Phasen: Die 2. Phase hat begonnen.

Wird eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, ist eine Herabsetzung der Leistungen nicht möglich.

Wenn wir die Leistungen Ihres Vertrages herabsetzen, berechnen wir dafür eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen".

15 Was gilt für unser Vertragsverhältnis?

15.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt um **12 Uhr mittags** an dem im *Versicherungsschein* genannten Datum. Sollten Sie Ihren ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, entfällt Ihr Versicherungsschutz. (Einzelheiten siehe Abschnitt "Verwendung Ihrer Beiträge").

15.2 Weltweiter Versicherungsschutz

Der Schutz Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung besteht weltweit, es sei denn, es wurde vertraglich etwas anderes vereinbart.

15.3 Rauchverhalten

Bieten wir diese Versicherung als Raucher- und Nichtraucherversicherung an, gelten die folgenden Regelungen.

Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung kein Nikotin konsumiert hat und auch beabsichtigt, dies in Zukunft nicht zu tun.

Unter Konsumieren von Nikotin verstehen wir beispielsweise

- das Rauchen unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen,
- das Rauchen unter Verwendung eines elektrischen Hilfsmittels, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shisha oder Tabakerhitzer (Heat-not-burn),

- die Verwendung von Wasserpfeifen,
- das Kauen oder Schnupfen von Tabak einschließlich der Nutzung von Oraltabak (zum Beispiel Snus) oder
- die Verwendung von Nikotinplastern oder Nikotinkaugummi.

Das Rauchverhalten, das die versicherte Person bei Antragsstellung angibt, legt fest, ob sie im Sinne dieser Versicherung Nichtraucher oder Raucher ist. Der Raucherstatus zum Zeitpunkt der Antragstellung hat bei gleichen Leistungen Einfluss auf die Beitragshöhe. Eine spätere Änderung des Rauchverhaltens der versicherten Person muss uns jedoch nicht angezeigt werden.

15.4 Versicherungsdauer und Leistungsanspruch

Bei Vertragsbeginn vereinbaren wir 2 Zeiträume mit Ihnen:

- Die **Versicherungsdauer** ist der Zeitraum, in dem die *versicherte Person* durch diesen Vertrag abgesichert ist.
- Die **Leistungsdauer** ist der Zeitraum, für den wir die vereinbarten Leistungen zahlen, wenn ein *Versicherungsfall* während der *Versicherungsdauer* eingetreten ist und ein Leistungsanspruch besteht.

15.4.1 Beginn des Leistungsanspruches bei Berufsunfähigkeit

Der Anspruch auf Leistung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der *Versicherungsfall* eintritt. Haben wir mit Ihnen einen späteren Leistungsbeginn vereinbart, beginnt die Leistung frühestens zu diesem Termin.

15.4.2 Ende des Leistungsanspruches bei Berufsunfähigkeit

Der Anspruch auf Leistung endet mit Ablauf des Monats, in dem **mindestens eine** der folgenden Voraussetzungen eintritt:

- Berufsunfähigkeit (siehe Abschnitt "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?") liegt nicht mehr vor.
Hinweis: In diesem Fall informieren wir Sie und teilen dem Anspruchsberechtigten das Ende der Leistungszahlung ebenfalls mit. Beides erfolgt in *Textform*. Mit Ablauf des dritten Monats, nachdem Ihnen die Information zugegangen ist, endet die Leistungszahlung.
Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch wieder Beiträge zahlen, sofern die Versicherung bei Eintritt des *Versicherungsfalls* beitragspflichtig war.
- Die *versicherte Person* stirbt.
- Die *Leistungsdauer* des Vertrages endet.

15.4.3 Wiederaufleben der Leistung nach Ablauf der Versicherungsdauer

Ist die *Leistungsdauer* länger als die vereinbarte *Versicherungsdauer* und wurde die Leistung vor dem Ende der *Leistungsdauer* eingestellt, weil keine Berufsunfähigkeit mehr vorliegt, gilt Folgendes:

Wird die *versicherte Person* wegen der ursprünglichen Ursache erneut mindestens 6 Monate ununterbrochen berufsunfähig, dann wird die Leistung weitergezahlt. Dies gilt auch, wenn die *Versicherungsdauer* schon abgelaufen ist.

Die Bestimmungen des Abschnittes "Recht zur Nachprüfung, ob die Leistungspflicht weiter besteht" gelten entsprechend.

15.5 Nachträgliche Anpassung von Beiträgen oder Leistungen

Unter den Voraussetzungen von § 163 VVG sind wir berechtigt, den Beitrag neu festzusetzen oder die Versicherungsleistung herabzusetzen. Sollte eine Erhöhung der Beiträge erforderlich sein, können Sie stattdessen die Herabsetzung der Versicherungsleistung verlangen. Dabei muss ein unabhängiger Treuhänder die Rechtmäßigkeit der Anpassung überprüfen und bestätigen. Änderungen nach § 163 VVG werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, nachdem wir Sie benachrichtigt haben.

15.6 Änderungen bestehender Bestimmungen

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir unter den Voraussetzungen des § 164 VVG diese durch eine neue Regelung ersetzen. Eine neue Regelung wird 2 Wochen nach Mitteilung wirksam.

15.7 Mitteilungen zu diesem Vertrag

Alle an uns gerichtete Mitteilungen zu diesem Vertrag müssen in *Textform* erfolgen.

Im Falle Ihres Todes dürfen wir unsere Mitteilungen an eine der folgenden Personen schicken:

- den *Bezugsberechtigten*,
- eine von Ihnen bevollmächtigte Person oder
- den Inhaber des *Versicherungsscheins*, wenn kein *Bezugsberechtigter* vorhanden ist oder wir seinen Aufenthalt nicht ermitteln konnten.

Halten Sie sich längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland auf, nennen Sie uns bitte einen Ansprechpartner in Deutschland, der bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen an Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter). Sie können jederzeit Kopien Ihrer *Erklärungen* zu Ihrem Vertrag anfordern.

15.8 Änderung Ihres Namens oder Ihrer Anschrift

Teilen Sie uns bitte *unverzüglich* mit, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name geändert hat. Es können sonst Nachteile für Sie entstehen.

So können wir unsere an Sie zu richtenden Willenserklärungen per Einschreiben an Ihre letzte, uns bekannte Anschrift senden. Unsere *Erklärung* gilt dann 3 Tage nach Versand als zugegangen. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsnehmer ein Gewerbebetrieb ist und seine gewerbliche Niederlassung verlegt hat.

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass wir Ihre Anschrift ermitteln müssen, berechnen wir eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen". Können Sie uns nachweisen, dass uns nur ein geringerer oder gar kein Schaden entstanden ist, verringert sich die Gebühr entsprechend oder entfällt.

15.9 Geltendes Recht und Gerichtsstand

15.9.1 Geltendes Recht

Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

15.9.2 Gerichtsstand

Wo der Gerichtsstand im Einzelfall liegt, ist im Wesentlichen von 3 Faktoren abhängig:

- Handelt es sich um eine natürliche oder *juristische Person*?
- Wer klagt?
- Wo liegt Ihr Wohnsitz bzw. unser Sitz?

	Wohnsitz im Inland und		Wohnsitzwechsel ins Ausland
	---Sie klagen	---wir klagen	
Natürliche Person	Sie können Klage gegen uns beim zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem <ul style="list-style-type: none"> • wir unseren Sitz haben, • die für Ihren Vertrag zuständige Niederlassung ihren Sitz hat, • Sie Ihren Wohnsitz haben oder • Sie sich gewöhnlich in Deutschland aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben. 	Wir können Klage gegen Sie beim zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem <ul style="list-style-type: none"> • Sie Ihren Wohnsitz haben oder • Sie sich gewöhnlich in Deutschland aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben. Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können wir Sie vor dem für unseren Sitz zuständigen Gericht verklagen.	Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts nach Vertragsabschluss ins Ausland verlegen, gilt Folgendes: Sowohl Sie als auch wir können Klagen zu dem Vertrag ausschließlich beim zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem <ul style="list-style-type: none"> • wir unseren Sitz haben oder • die für Ihren Vertrag zuständige Niederlassung ihren Sitz hat.
Juristische Person	Zuständig ist das Gericht, in dessen Bezirk die <i>juristische Person</i> ihren Sitz oder ihre Niederlassung in Deutschland hat.		

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

15.10 Ansprechpartner, wenn Sie mit uns nicht zufrieden sind

Wenn Sie mit unseren Entscheidungen nicht zufrieden sind, haben Sie insbesondere folgende Möglichkeiten:

15.10.1 Versicherungsombudsmann e.V.

Als Verbraucher können Sie sich an den Versicherungsombudsmann e.V. wenden. Diesen erreichen Sie derzeit unter folgenden Kontaktdaten:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de
Telefon: 0800 3696000

Der Versicherungsombudsmann e.V. ist eine unabhängige Schlichtungsstelle, die für Verbraucher kostenfrei arbeitet. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Das ist aber nur möglich, solange in der gleichen Angelegenheit kein Rechtsstreit anhängig ist. Das Schlichtungsverfahren ist bis zu einem Beschwerdewert von 100.000 Euro möglich.

15.10.2 Versicherungsaufsicht

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

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

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

15.10.3 Rechtsweg

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten. Das geltende Recht und den zuständigen Gerichtsstand finden Sie im Abschnitt "Geltendes Recht und Gerichtsstand".

16 Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?

16.1 Verwendung Ihrer Beiträge

Ihre Beiträge decken das versicherte Risiko (sogenannter Risikobeitrag) sowie die Abschluss- und Verwaltungskosten ab. Nähere Informationen zu den Kosten finden Sie in dem Abschnitt "Welche Kosten und Gebühren fallen an?".

16.2 Modalitäten der Beitragszahlung

16.2.1 Zahlweise und Versicherungsperiode

Je nach Vereinbarung sind die Beiträge jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zu zahlen.

Von der vereinbarten Zahlweise hängt die *Versicherungsperiode* ab, d. h. bei jährlicher Beitragszahlung umfasst sie ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung beträgt sie einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Sie können mit uns die Änderung der Zahlweise zum Ende einer jeden *Versicherungsperiode* vereinbaren. Dies müssen Sie uns mindestens 1 Monat vorher mitteilen. Die Höhe der Beiträge hängt von der gewählten Zahlweise ab. Die vereinbarten Leistungen bleiben unverändert.

Ist Ihr Vertrag in 2 Phasen unterteilt, können Sie die Zahlweise erst ändern, nachdem die 2. Phase begonnen hat.

16.2.2 Fälligkeit der Beiträge

Der erste Beitrag ist abweichend von der gesetzlichen Regelung (§ 152 Absatz 3 VVG) *unverzüglich* nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor Beginn der Versicherung. Das Datum des Versicherungsbeginns finden Sie im *Versicherungsschein*.

Alle folgenden Beiträge werden jeweils zum Beginn der vereinbarten *Versicherungsperiode* fällig. Sie haben uns die Beiträge auf Ihre Kosten zu übermitteln. Ebenso tragen Sie die Gefahr, dass wir die Beiträge fristgerecht erhalten. Der Beitrag gilt als fristgerecht gezahlt, wenn Sie alles getan haben, damit der Beitrag rechtzeitig bei uns eingeht.

16.2.3 Besonderheiten beim Lastschriftverfahren

Sie können mit uns das Lastschriftverfahren vereinbaren. Dann ziehen wir Ihre Beiträge am Anfang einer jeden *Versicherungsperiode* von dem Konto ein, das Sie uns genannt haben. Ihr Beitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn wir diesen am Fälligkeitstag einziehen konnten und Sie dem nicht widersprechen.

Wenn wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn:

- Sie nicht zu vertreten haben, dass wir den Beitrag nicht einziehen konnten,
- wir Sie aufgefordert haben zu zahlen und
- Sie Ihren Beitrag dann *unverzüglich* überweisen.

Für eine fehlgeschlagene Abbuchung erheben wir eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen". Können Sie uns nachweisen, dass uns nur ein geringerer oder gar kein Schaden entstanden ist, verringert sich die Gebühr entsprechend oder entfällt.

Haben Sie es wiederholt verschuldet, dass wir den Beitrag nicht einziehen konnten, können wir eine andere Zahlungsart verlangen.

16.2.4 Verrechnung fälliger Beiträge

Wenn Sie fällige Beiträge nicht gezahlt haben, verrechnen wir diese offenen Beiträge mit einem vorhandenen Überschussguthaben oder einer fälligen Leistung. Bis wir die offenen Beiträge verrechnen, erheben wir Verzugszinsen. Nähere Informationen hierzu finden Sie im Abschnitt "Folgen, einer nicht rechtzeitigen Zahlung der Beiträge?".

16.2.5 Dauer der Beitragszahlung

Grundsätzlich müssen Sie Ihre Beiträge bis zu dem Zeitpunkt zahlen, den wir vereinbart haben. Bei Tod der *versicherten Person*, müssen Sie die Beiträge bis zum Ende der *Versicherungsperiode* zahlen, in der die *versicherte Person* stirbt.

16.3 Folgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung der Beiträge

Bei den Folgen der verspäteten Zahlung unterscheiden wir zwischen dem 1. Beitrag (Erstbeitrag) und allen folgenden Beiträgen (Folgebeitrag).

16.3.1 Erstbeitrag

Solange Sie den 1. Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Tritt der *Versicherungsfall* ein, bevor Sie Ihren 1. Beitrag gezahlt haben, müssen wir nicht leisten. Das gilt aber nur, wenn wir Sie durch einen auffälligen Hinweis im *Versicherungsschein* auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.

In folgendem Fall müssen wir trotzdem zahlen: Sie weisen uns nach, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

16.3.2 Folgebeitrag

Zahlen Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie uns aus dem Vertragsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig, erhalten Sie auf Ihre Kosten eine Mahnung von uns. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen.

Begleichen Sie Ihren Zahlungsrückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, hat dies folgende Auswirkungen auf Ihren Vertrag:

- Ihr Versicherungsschutz vermindert sich wie bei einer Beitragsfreistellung. Nähere Informationen zur Beitragsfreistellung finden Sie in Abschnitt "Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?".
- Ist eine Beitragsfreistellung nicht möglich, entfällt Ihr Versicherungsschutz vollständig.

Auf diese Rechtsfolgen weisen wir Sie in unserer Mahnung ausdrücklich hin.

Für jede Mahnung berechnen wir eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen". Können Sie nachweisen, dass uns durch die verspätete Zahlung kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist, verringert sich die Gebühr oder sie entfällt.

16.3.3 Folgen des Verzugs

Wenn Sie Ihre Beiträge verspätet zahlen, berechnen wir Verzugszinsen in gesetzlicher Höhe (§ 288 BGB). Dieser Zinssatz entspricht aber mindestens dem Zinssatz, den wir für Policendarlehen für Rentenversicherungen in der Privatversorgung durchschnittlich erheben.

Soweit die Zinsen nicht gesondert in Rechnung gestellt und ausgeglichen werden, verrechnen wir sie mit einem vorhandenen Überschussguthaben oder einer fälligen Leistung.

Die Verzugsfolgen treten nur ein, wenn Sie den Verzug verschuldet haben.

17 Welche Kosten und Gebühren fallen an?

17.1 Kosten

Ihre Beiträge decken das von uns versicherte Risiko (sogenannter Risikobeitrag) sowie folgende Kosten:

- **Abschlusskosten** umfassen Aufwendungen, die unmittelbar mit dem Vertragsabschluss in Zusammenhang stehen. Dies sind im Wesentlichen:
 - Abschlussvergütungen an die Versicherungsvermittler (Vertriebskosten),
 - Aufwendungen für die Aufnahme des Vertrages in den Versicherungsbestand und
 - Aufwendungen für die *Risikoprüfung* im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages.

Die Abschlusskosten umfassen auch Aufwendungen, die mittelbar mit dem Vertragsabschluss in Zusammenhang stehen. Dies sind im Wesentlichen:

- Produktentwicklungskosten,
 - allgemeine Werbeaufwendungen und
 - Aufwendungen im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung und Policierung.
- **Verwaltungskosten** umfassen insbesondere Aufwendungen für
 - den Einzug des Beitrags,
 - die Verwaltung des Bestands und
 - die Regulierung von Versicherungsfällen.

Ein Teil dieser Verwaltungskosten wird in Abhängigkeit von der Höhe Ihres Beitrags kalkuliert, ein anderer Teil fällt als fester Betrag für Ihren Vertrag an (Stückkosten).

17.2 Verrechnung der Kosten

Für Ihren Versicherungsvertrag wenden wir das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Die ersten Beiträge ziehen wir zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heran. Voraussetzung dafür ist, dass die Beiträge nicht für Folgendes bestimmt sind:

- für Leistungen im Versicherungsfall,
- für die Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen *Versicherungsperiode*,
- zur Bildung der *Deckungsrückstellung* aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV i.V.m. § 169 Absatz 3 VVG.

Der so zu tilgende Betrag ist auf 2,5 % der Beiträge beschränkt, die Sie während der Laufzeit des Vertrages bezahlen.

Bei beitragsfreien Versicherungen (siehe Abschnitt "Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?") entnehmen wir die laufenden Verwaltungskosten aus Ihrem *Deckungskapital*.

17.3 Gebühren

Veranlassen Sie Leistungen oder Geschäftsvorfälle, die über die übliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen, können für Sie zusätzliche Gebühren anfallen. Diese Leistungen und Geschäftsvorfälle sowie die derzeitige Höhe der Gebühren finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen".

Während der Vertragsdauer können weitere gebührenpflichtige Geschäftsvorfälle oder Leistungen hinzukommen, die es zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch nicht gab und die über die gewöhnliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen. Die Höhe der Gebühren richten sich nach den Aufwänden, die bei uns durchschnittlich entstehen. Wir setzen die Höhe der Gebühren nicht willkürlich, sondern nach billigem Ermessen fest.

Können Sie uns nachweisen, dass uns nur ein geringerer oder gar kein Aufwand entstanden ist, als wir bei der Festsetzung der Gebühr angenommen haben, verringert sich die Gebühr entsprechend oder entfällt.

Wir können Ihnen die Gebühren gesondert in Rechnung stellen oder wir verrechnen sie mit einem vorhandenen Überschussguthaben oder mit einer fälligen Leistung.

18 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?



- *Überschüsse* können sich aus unterschiedlichen Quellen ergeben.
- Sie können insbesondere entstehen, wenn der Verlauf des versicherten Risikos günstiger ist (*Risikoüberschuss*) und/oder die Kosten niedriger ausfallen (*Kostenüberschuss*), als bei der Tarifkalkulation angenommen.
- Zusätzlich können während des Rentenbezugs *Überschüsse* aus Kapitalanlageerträgen entstehen. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn die tatsächlichen Kapitalerträge höher sind, als wir bei der Kalkulation angenommen haben (*Zinsüberschüsse*).
- Bewertungsreserven entstehen, wenn der aktuelle Marktpreis der Kapitalanlagen in unserem Sicherungsvermögen über dem Wert liegt, mit dem diese Kapitalanlagen in unserer Bilanz ausgewiesen sind. Die Höhe der Bewertungsreserven kann abhängig vom Kapitalmarkt steigen oder sinken. Es kann auch sein, dass keine Bewertungsreserven entstehen.
- Sofern *Überschüsse* bzw. Bewertungsreserven entstehen, beteiligen wir Sie angemessen in der jeweils aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Höhe.
- Wie die *Überschüsse* ermittelt und verteilt werden, beschreiben wir in den folgenden Absätzen.

18.1 Überschussermittlung

Die *Überschüsse* aus Kapitalanlageerträgen ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches und stellen sie jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses fest. Wir ermitteln *Risiko- und Kostenüberschüsse* auf der Grundlage des Jahresabschlusses. Dabei vergleichen wir den tatsächlichen mit dem erwarteten Risiko- und Kostenverlauf aller bei uns bestehenden Versicherungen. Den Jahresabschluss prüfen unabhängige Wirtschaftsprüfer und wir reichen ihn bei unserer Aufsichtsbehörde ein.

Der Verantwortliche Aktuar schlägt dem Vorstand unseres Unternehmens jedes Jahr die Höhe der Überschussanteilsätze vor. Daraufhin legt der Vorstand sie fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem *Geschäftsbericht*, den Sie jederzeit bei uns anfordern können.

Die Bewertungsreserven ermitteln wir jeden Monat nach den gesetzlichen Vorschriften neu. Dabei vergleichen wir den aktuellen Marktpreis der Kapitalanlagen in unserem Sicherungsvermögen mit dem Wert, mit dem diese Kapitalanlagen in unserer Bilanz ausgewiesen sind. Die Höhe der Bewertungsreserven, die sich zum Ende eines Geschäftsjahres ergeben, weisen wir im Lagebericht unseres *Geschäftsberichtes* aus.

18.2 Überschussverteilung

Die Erträge unserer Kapitalanlagen verwenden wir zunächst zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen. An verbleibenden Erträgen aus Kapitalanlagen sowie an den Kosten- und Risikoüberschüssen beteiligen wir die Verträge der *Versicherungsnehmer* in der jeweils aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Höhe.

Soweit die *Überschüsse* nicht unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben werden (Direktgutschrift), führen wir sie der *Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)* zu. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die *Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer* verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der *Versicherungsnehmer* auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes sowie zur Verlustabdeckung und zur Erhöhung der *Deckungsrückstellung* heranziehen (§ 140 Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG). Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

Eine Beteiligung an *Überschüssen* kann in Form einer laufenden Beteiligung und/oder einer einmaligen Ausschüttung bei Fälligkeit der Leistung erfolgen.

Eine Beteiligung der einzelnen *Versicherungsnehmer* an den Bewertungsreserven erfolgt gemäß § 153 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verursachungsorientiert.

Bei der Berechnung der dem einzelnen Vertrag zustehenden verteilungsfähigen Bewertungsreserve berücksichtigen wir die Laufzeit und die Höhe des zinserzeugenden Kapitals. Die Ihrem Vertrag zuzuordnenden vorhandenen Bewertungsreserven werden monatlich neu ermittelt und unterliegen Schwankungen. Bei Beendigung der Versicherung (durch Ablauf, Tod oder Kündigung) teilen wir den für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelten Betrag Ihrer Versicherung zur Hälfte zu.

18.3 Überschusshöhe

Die Höhe der künftigen *Überschussbeteiligung* kann nicht garantiert werden und kann gegebenenfalls auch ganz entfallen. Sie hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind - insbesondere wegen der langen Vertragslaufzeit - nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Bei der Ermittlung, Feststellung und Verteilung der *Überschüsse* auf die einzelnen Versicherungen steht uns im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ein Ermessensspielraum zu.

18.4 Bestandsgruppen

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zur Bildung von *Überschüssen* bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Wenn wir diese bilden, berücksichtigen wir derzeit beispielsweise

- das versicherte Risiko (z. B. Tod, Langlebigkeit, Berufsunfähigkeit),
- die Art der Kapitalanlage (z. B. konventionell, fondsgebunden).

Die Verteilung der *Überschüsse* auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu ihrer Entstehung beigetragen haben. Des Weiteren berücksichtigen wir insbesondere

- die Grundlagen der Beitragskalkulation (z. B. Rechnungszins, Sterbetafel),
- die Art des Versicherungsvertrages (z. B. laufende Beitragszahlung, Einmalbeitrag),
- die Kapitalmarktverhältnisse.

Ihre Versicherung erhält Anteile an den *Überschüssen* derjenigen Bestandsgruppe, der Ihr Vertrag zugeordnet ist. Das ist im Einzelgeschäft die Bestandsgruppe 114, im Kollektivgeschäft die Bestandsgruppe 125.

18.5 Überschussbeteiligung vor Eintritt des Versicherungsfalls

Die *Überschussbeteiligung* vor Eintritt des *Versicherungsfalls* kann sich zusammensetzen aus:

- dem jährlichen *Zinsüberschussanteil* in Prozent des maßgeblichen Deckungskapitals,
- dem jährlichen *Kostenüberschussanteil* in Prozent des Bruttobeitrages und
- dem jährlichen *Risikoüberschussanteil* in Prozent des Risikobeitrages.

Bis zur Zuteilung von *Überschüssen* bestehen bei den Überschussssystemen Leistungsfallbonus und Beitragsverrechnung keine Wartezeiten.

18.6 Überschussbeteiligung nach Eintritt des Versicherungsfalls

Die *Überschussbeteiligung* nach Eintritt des *Versicherungsfalls* kann aus dem jährlichen *Zinsüberschussanteil* in Prozent des maßgeblichen Deckungskapitals bestehen.

Überschüsse nach Eintritt des *Versicherungsfalls* können jährlich zugeteilt werden. Die Zuteilung erfolgt erstmals nach Ablauf eines Jahres seit Versicherungsbeginn. Dies gilt aber nur dann, wenn seit Anerkennung der Leistung zu diesem Zeitpunkt 6 Monate vergangen sind. Ansonsten erfolgt die Zuteilung ein Jahr später.

18.7 Überschussysteme

Folgende Überschussysteme können - abhängig von dem mit Ihnen vereinbarten Tarif - gewählt werden:

Vor Eintritt des Versicherungsfalls:

- **Leistungsfallbonus:** Die im Leistungsfall fällige Rente wird um einen bestimmten Prozentsatz erhöht und zusammen mit dieser ausgezahlt. Solange der Leistungsfall noch nicht eingetreten ist, wird der für den Leistungsfallbonus maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) jährlich neu festgesetzt. Er kann ggf. auch Null betragen. Bei Beginn der Rentenzahlung wird der aktuelle Prozentsatz verbindlich festgelegt, damit ist die Höhe der Rente aus dem Leistungsfallbonus für die weitere Dauer der Rentenzahlung garantiert. Bei einer Beitragsfreistellung der Versicherung wird der Bonus in demselben Verhältnis herabgesetzt wie die garantierte Rente. Tritt der Leistungsfall nicht ein, werden aus dem Leistungsfallbonus keine Leistungen fällig.
- **Beitragsverrechnung:** Die Überschussanteile werden mit dem Tarifbeitrag der Versicherung verrechnet, so dass sich ein geringerer zu zahlender Beitrag ergibt. Eine beitragsfreie Versicherung erhält keine *Überschussbeteiligung* in Form der Beitragsverrechnung.

Haben Sie das Überschussystem "**Leistungsfallbonus**" gewählt, die Versicherung ist beitragspflichtig und der Leistungsfall ist noch nicht eingetreten, gilt Folgendes:

Sollte der für den Leistungsfall maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) künftig herabgesetzt werden, sind Sie berechtigt, zu dem Termin, an dem die Änderung wirksam wird, die versicherte Rente gegen einen zusätzlichen Beitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Dies können Sie nur innerhalb von 3 Monaten verlangen, nachdem wir Sie

über die Änderung informiert haben. Sie können den Versicherungsschutz nur soweit ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen, bis der bisherige Versicherungsschutz einschließlich der Rente aus dem Leistungsfallbonus wieder erreicht wird.

Nach Eintritt des *Versicherungsfalls*:

- **Dynamische Gewinnrente:** Die Rente kann sich um einen jährlich neu festgelegten Prozentsatz erhöhen. Dies ist nicht garantiert und hängt von der Überschussentwicklung ab.

Welches Überschusssystem Sie gewählt haben, können Sie Ihrem *Versicherungsschein* entnehmen. Ein Wechsel des Überschusssystems ist während der Vertragslaufzeit nicht möglich.

19 Änderungen der Bedingungen für versicherte Personen, die bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben

Folgende Abschnitte gelten abweichend von den oben genannten Regelungen für *versicherte Personen*, die als letzte Tätigkeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit oder anderer leistungsbegründender Umstände keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben:

1.1 Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit

1.1.1 Voraussetzungen

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und ärztlich nachgewiesen sind:

- Die *versicherte Person* kann ihren Beruf
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen
- zu mindestens 50 % nicht mehr ausüben.

Ursache für die Beeinträchtigung ist

- Krankheit,
- Körpervletzung oder
- ein Verfall der Kräfte (auch dem Alter entsprechend).

Maßgeblich ist dabei der zuletzt ausgeübte Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung konkret ausgeübt wurde.

Das gilt auch für den Fall, dass die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vorübergehend oder endgültig aus dem Berufsleben ausgeschieden ist.

Sind die Voraussetzungen nicht vollständig erfüllt, besteht kein Anspruch auf die Leistungen.

1.1.2 Auswirkungen einer neuen beruflichen Tätigkeit (Verweisung)

Hier unterscheiden wir 2 Fälle:

Konkrete Verweisung:

Die *versicherte Person* nimmt - obwohl sie in der bisherigen Tätigkeit berufsunfähig ist - eine neue berufliche Tätigkeit auf.

In diesem Fall prüfen wir, ob die neue Tätigkeit mit der Tätigkeit bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vergleichbar ist. Ist dies der Fall, liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor.

Die konkrete Verweisung wird bei Prüfung der Berufsunfähigkeit immer betrachtet.

Als vergleichbar wird eine Tätigkeit nur dann angesehen, wenn sie der *Ausbildung* oder Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung der *versicherten Person* entspricht. D. h. die neue Tätigkeit:

- erfordert keine deutlich abweichenden Kenntnisse und Fähigkeiten,
- hat eine vergleichbare Wertschätzung und
- ein vergleichbares Einkommen.

Dabei gilt in der Regel eine Einkommensminderung von maximal 20 % gegenüber dem jährlichen Bruttoeinkommen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als zumutbar. Bei Selbstständigen oder Freiberuflern betrachten wir den durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der letzten 3 Jahre.

Wir berücksichtigen dabei die individuellen Gegebenheiten sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung. So kann in begründeten Einzelfällen auch eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar sein.

Abstrakte Verweisung:

Geht die *versicherte Person* keiner anderen beruflichen Tätigkeit nach, zahlen wir die Leistung bei Fortbestehen der Berufsunfähigkeit weiter. Wir prüfen nicht, ob die *versicherte Person* theoretisch noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte. Das heißt, wir verzichten auf die abstrakte Verweisung.

1.2 Punktuelle Anpassung der allgemeinen Definition der Berufsunfähigkeit für bestimmte Personengruppen

Für einige Personengruppen passen wir die allgemeine Definition bezogen auf die

- berufliche Tätigkeit und
- die Prüfung der konkreten Verweisung

gegenüber Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit" an. **Alle** anderen Regelungen zur allgemeinen Definition der Berufsunfähigkeit bleiben unberührt.

Personengruppen	Punktuelle Anpassungen gegenüber Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit". Ansonsten bleiben die Regelungen des obigen Abschnittes unverändert.
Selbstständige und freiberuflich Tätige	<p>Ist eine <i>versicherte Person</i> selbstständig oder freiberuflich tätig, setzt Berufsunfähigkeit zusätzlich Folgendes voraus: Auch durch zumutbare Umorganisation des Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereichs ist es nicht möglich, ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das eine Berufsfähigkeit von mindestens 50 % ermöglicht. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn alle im folgenden aufgeführten Punkte zutreffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die <i>versicherte Person</i> kann ihre Stellung als Betriebsinhaber/in erhalten. • Es ist kein erheblicher Kapitaleinsatz erforderlich. • Die Umorganisation ist wirtschaftlich zweckmäßig. • Die <i>versicherte Person</i> kann die Umorganisation aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens veranlassen (Direktions- und Weisungsrecht). • Es liegt keine dauerhaft ins Gewicht fallende Einkommensminderung vor. Eine dauerhaft ins Gewicht fallende Einkommensminderung liegt vor, wenn sie mehr als 20 % des vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erzielten durchschnittlichen jährlichen Einkommens der letzten drei Jahre beträgt. Dann gilt die Einkommensminderung in jedem Fall als unzumutbar. Sollte die herrschende Rechtsprechung einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, wenden wir diesen an. In einem begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein. <p>Wir verzichten bei Betrieben auf die Prüfung einer Umorganisation, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Betrieb weniger als fünf Mitarbeitende beschäftigt (Als Mitarbeitende in diesem Sinne zählen ausschließlich aus- oder angelehrte Angestellte. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudierende bleiben dabei unberücksichtigt.) oder • die selbstständig oder freiberuflich tätige versicherte Person in ihrer täglichen Arbeitszeit zu mindestens 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten in dem Betrieb ausübt.
Teilzeitbeschäftigte	<p>Ist die <i>versicherte Person</i> ausschließlich in Teilzeit beschäftigt (eine oder mehrere sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten gemäß § 2 Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge - Teilzeit- und Befristungsgesetz - TzBfG, Stand 22.11.2019), gilt: Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die zuletzt ausgeübte(n) Tätigkeit(en) aus gesundheitlichen Gründen im Durchschnitt nur noch maximal für 3 Stunden pro Tag ausgeübt werden kann/können. Diese besondere Regelung gilt nur, wenn die tägliche Arbeitszeit im Durchschnitt maximal 6 Stunden beträgt. Ansonsten gilt der Abschnitt Allgemeine "Definition der Berufsunfähigkeit". Übt die <i>versicherte Person</i> mehrere Teilzeittätigkeiten aus, betrachten wir alle ausgeübten Tätigkeiten jeweils zusammen.</p>
Auszubildende	<p>Als ausgeübter Beruf gilt die zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles begonnene Berufsausbildung. Es liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor, wenn die versicherte Person</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine neue Berufsausbildung beginnt und mit dieser einen vergleichbaren Ausbildungsstand erreicht, wie mit der bisherigen Ausbildung oder • ohne erneute Berufsausbildung einen Beruf ergreift und mit diesem eine dem ursprünglich erzielten Ausbildungsstand vergleichbare Lebensstellung (soziale Wertschätzung und Einkommen) erreicht. <p>Wurde bei Eintritt der Berufsunfähigkeit mindestens die Hälfte der vorgesehenen Ausbildungszeit absolviert, ist die Lebensstellung mit der vergleichbar, die üblicherweise mit dem erfolgreichen Abschluss einer solchen Berufsausbildung verbunden ist.</p>

Personengruppen	Punktuelle Anpassungen gegenüber Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit". Ansonsten bleiben die Regelungen des obigen Abschnittes unverändert.
Studierende	<p>Als ausgeübter Beruf gilt das zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls ausgeübte <i>Studium</i>. Als <i>Studium</i> gilt ein Vollzeitstudium an einer staatlichen oder einer staatlich anerkannten Hochschule, einer Fachhochschule sowie einer vergleichbaren Ausbildungseinrichtung. Der angestrebte akademische Studienabschluss muss in Deutschland anerkannt sein.</p> <p>Es liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor, wenn die <i>versicherte Person</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ein anderes <i>Studium</i> abschließt oder • eine ihrem <i>Studium</i> entsprechende berufliche Tätigkeit konkret ausübt oder • ein neues <i>Studium</i> beginnt und einen vergleichbaren Studienstand erreicht. <p>Bei Prüfung der Berufsunfähigkeit legen wir die Lebensstellung (soziale Wertschätzung und Einkommen) zugrunde, die typischerweise mit dem erfolgreichen Abschluss des <i>Studiums</i> verbunden ist. Voraussetzung dafür ist, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens die Hälfte der Regelstudienzeit nach Studienordnung absolviert und • die Regelstudienzeit nicht mehr als um fünf Semester überschritten wurde. <p>Ist das <i>Studium</i> nicht so weit fortgeschritten, wird die Lebensstellung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit zugrunde gelegt.</p>
Hausfrauen und -männer ohne Erwerbstätigkeit	Als ausgeübter Beruf gilt die zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls im Haushalt konkret ausgeübten Tätigkeiten.
Personen, die einen Freiwilligendienst* leisten	<p>Als ausgeübter Beruf gilt die zuletzt vor Eintritt des <i>Versicherungsfalls</i> ausgeübte Tätigkeit. Wenn die <i>versicherte Person</i> noch keine Tätigkeit ausgeübt hat, muss sie außer Stande sein, eine Berufsausbildung oder ein <i>Studium</i> aufzunehmen.</p> <p>* Unter Freiwilligendienst verstehen wir: Freiwilligen Wehrdienst (FWD), Bundesfreiwilligendienst (BFD), Freiwillige Soziale Jahr (FSJ) oder Freiwillige Ökologische Jahr (FÖJ)</p>

1.3 Berufsunfähigkeit nach Ausscheiden aus dem Berufsleben

Scheidet die *versicherte Person* vorübergehend oder endgültig aus dem Berufsleben aus, wird bei der Prüfung der Leistungsansprüche gemäß den obenstehenden Abschnitten auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung abgestellt.

5.7 Unterstützung zur Wiedereingliederung und Umorganisation

Im Einzelfall können Sie eine finanzielle Unterstützung zur Wiedereingliederung bzw. Umorganisation beantragen,

- wenn durch Aneignung neuer Kenntnisse und Fähigkeiten eine neue berufliche Tätigkeit konkret ausgeübt werden kann und
- diese auch der Lebensstellung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht (siehe Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit").

Voraussetzung für die Zahlung einer Wiedereingliederungs- oder Umorganisationshilfe ist, dass aus der Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens 12 Monate Leistungen fließen könnten.

Bei einer niedergelassen oder freiberuflich tätigen *versicherten Person* können Sie eine entsprechende Unterstützung im Einzelfall beantragen,

- wenn die *versicherte Person* ihren Betrieb im Sinne des Abschnittes "Punktuelle Anpassung der allgemeinen Definition der Berufsunfähigkeit für bestimmte Personengruppen?" sinnvoll ist. Die Umorganisation muss wirtschaftlich zweckmäßig sein und von der *versicherten Person* aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden können.
- Die Lebensstellung (Stellung als Betriebsinhaber) muss außerdem derjenigen vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entsprechen. Das heißt, die Umorganisation darf nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führen und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordern.

Ein Anspruch auf Unterstützung zur Wiedereingliederung oder Umorganisation besteht jedoch nicht.

20 Versicherungsmathematische Hinweise

Für die Ermittlung der Beiträge, die erforderlich sind, um die Leistungen zu erbringen, haben wir als **Rechnungszins 1,00 % p. a.** angesetzt. Außerdem verwenden wir folgende unternehmenseigene, geschlechtsunabhängige Wahrscheinlichkeitstabellen:

- Sterbetafel "DÄV 2026 AT_BU"
- Invalidisierungstafel "DÄV 2026 I_BU"
- Invalidensterbetafel "DÄV 2026 TI_BU"
- Reaktivierungstafel "DÄV 2026 RI_BU"

Bei einer Erhöhung der Leistungen (zum Beispiel durch dynamische Anpassung) berechnen wir hinzukommende Leistungen in der Regel mit den *Rechnungsgrundlagen*, die wir bei Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegt haben. Wir sind berechtigt, den Erhöhungen die *Rechnungsgrundlagen* für Neuverträge zugrunde zu legen. Sollte dieser Fall eintreten, werden wir Sie darüber informieren.

21 Glossar

Angehörige: Dieser Personenkreis wird in § 15 Abgabenordnung und in § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz bestimmt. Dies sind nach derzeitigem Stand (Dezember 2021):

- *Angehörige* nach § 15 Abgabenordnung sind
 1. der Verlobte,
 2. der Ehegatte oder Lebenspartner,
 3. Verwandte und Schwägerter gerader Linie,
 4. Geschwister,
 5. Kinder der Geschwister,
 6. Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner,
 7. Geschwister der Eltern,
 8. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder).

Angehörige sind die oben aufgeführten Personen auch dann, wenn

- in den Fällen der Nummern 2, 3 und 6 die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht;
- in den Fällen der Nummern 3 bis 7 die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist;
- im Fall der Nummer 8 die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind.
- Nahe *Angehörige* nach § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz sind
 - Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
 - Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
 - Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Arglist / arglistig: Wenn jemand bewusst falsche Angaben macht oder Informationen verschweigt mit dem Vorsatz, uns in die Irre zu führen. Sie handeln *arglistig*, wenn Sie bei uns *vorsätzlich* einen Irrtum hervorrufen, um uns zur Abgabe einer Willenserklärung zu veranlassen. Diese Täuschung kann durch Vorspiegelung falscher Tatsachen, aber auch durch einfaches Verschweigen einer Tatsache hervorgerufen werden. Hierzu müssen Sie wissen, oder es zumindest in Erwägung ziehen, dass die vorgespiegelten Tatsachen falsch sind.

Ausbildung: Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder Laufbahnausbildung für Beamte.

Bezugsberechtigter: Diesen bestimmt ausschließlich der *Versicherungsnehmer*. Sie erhält die vereinbarte/n vertragliche Leistung/en. In bestimmten Fällen kann nur ein naher *Angehöriger* der *versicherten Person* bezugsberechtigt sein.

Deckungskapital/Deckungsrückstellung: Die Versicherer sind gesetzlich verpflichtet, für ihre Verpflichtungen gegenüber ihren *Versicherungsnehmern* *Deckungskapitalien* zu bilden. Sie entsprechen dem Betrag, der bereitgestellt werden muss, damit zusammen mit künftigen Versicherungsbeiträgen die garantierten Versicherungsleistungen finanziert werden können. Das zu Bilanzierungszwecken berechnete *Deckungskapital* nennt man *Deckungsrückstellung*.

Erklärungen: Mitteilungen, die mindestens in *Textform* erfolgen müssen und einen rechtlichen Charakter haben können. Beispiel: Mitteilung zur Änderung des *Bezugsberechtigten*, Beantragung einer Beitragsfreistellung oder Kündigung.

Geschäftsbericht: Vermittelt Informationen über den Geschäftsverlauf des vergangenen Geschäftsjahres eines Unternehmens. Er enthält u. a. die deklarierten *Überschüsse* für das jeweilige Geschäftsjahr. Er kann über unsere Internetseite www.aerzteversicherung.de eingesehen werden.

Höchstrichterliche Rechtsprechung: Gesamtheit rechtskräftiger Entscheidungen der Oberen Instanzen. Für Versicherungsangelegenheiten ist insbesondere der Bundesgerichtshof von Bedeutung. Darüber hinaus können auch Entscheidungen der Oberlandesgerichte sowie des Europäischen Gerichtshofs als höchstrichterliche Rechtsprechung angesehen werden. Die höchstrichterliche Rechtsprechung ist insofern von Bedeutung, als dass sie bei der Rechtsauslegung als Orientierung für andere Gerichte dient.

Juristische Personen: Eine rechtlich selbstständige Vereinigung von Personen oder eine Vermögensmasse, die Träger von Rechten und Pflichten ist und daher am Rechtsverkehr teilnehmen kann. Deshalb kann sie zum Beispiel Verträge abschließen. Eine GmbH ist ein Beispiel für eine *juristische Person*.

Kostenüberschüsse/-überschussanteile: Diese entstehen, wenn die tatsächlichen Kosten niedriger sind, als wir bei der Kalkulation des Tarifes angenommen haben.

Leistungsdauer: Zeitraum, für den wir die vereinbarten Leistungen zahlen, wenn ein *Versicherungsfall* während der *Versicherungsdauer* eingetreten ist.

Mitwirkungspflichten: Bei der Feststellung von Leistungen aus dieser Versicherung sind wir auf das Mitwirken von Ihnen, der *versicherten Person* und dem Anspruchsteller angewiesen. Sie haben beispielsweise die Pflicht, die von uns für die Leistungsprüfung benötigten Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Rechnungsgrundlagen: Verwendete Parameter, die den versicherungsmathematischen Berechnungen zugrunde liegen.

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

Risikoprüfung: Sie wird zur individuellen Risikoeinstufung durchgeführt. Sie besteht aus der Gesundheitsprüfung und weiteren Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person (z. B. Beruf, Tätigkeitsmerkmale, ausgeübte Sportarten, Hobbys und Rauchverhalten) sowie der finanziellen Angemessenheitsprüfung.

Risikoüberschüsse/-überschussanteile: Diese entstehen, wenn der tatsächliche Risikoverlauf günstiger ist, als wir bei der Kalkulation des Tarifes angenommen haben. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn weniger Versicherte berufsunfähig werden als ursprünglich angenommen.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB): Wir führen einen Teil der *Überschüsse* zunächst der Rückstellung für die Beitragsrückerstattung zu. Hieraus erfolgt ggf. zu einem späteren Zeitpunkt die einzelvertragliche *Überschussbeteiligung* Ihres Vertrages im Rahmen der laufenden *Überschussbeteiligung* und des Schlussüberschusses. Würden wir die Gewinne direkt den einzelnen Verträgen zuordnen, könnte deren Gewinnbeteiligung von Jahr zu Jahr beträchtlich schwanken.

Studium: *Studium* an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule.

Stundung: Sie können unter bestimmten Voraussetzungen für eine begrenzte Zeit die Zahlung Ihrer Beiträge aussetzen. Der Versicherungsschutz bleibt während dieser Zeit bestehen. Die nicht gezahlten Beiträge müssen Sie später verzinst nachzahlen.

Textform: Ihre Mitteilungen an uns genügen der *Textform*, wenn sie als E-Mail verschickt werden. Ein unterschriebener Brief ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Überschüsse: Diese ergeben sich aus Gewinnen, die aus unterschiedlichen Quellen stammen können. Diese sind: *Kostenüberschüsse*, *Zinsüberschüsse* und *Risikoüberschüsse*. Sie werden regelmäßig, beispielsweise jährlich, neu festgelegt.

Unverzüglich: Bedeutet ohne schuldhaftes Zögern, d. h. so schnell wie möglich.

Versicherte Person: Die im Vertrag bezeichnete Person, für die wir Versicherungsschutz gewähren. Diese können Sie als *Versicherungsnehmer* oder auch eine dritte Person sein. Fallen *Versicherungsnehmer* und *versicherte Person* auseinander, bedarf es der Zustimmung der *versicherten Person* zur Wirksamkeit des Vertrages.

Versicherungsdauer: Zeitraum, in dem die *versicherte Person* durch diesen Vertrag abgesichert ist. D. h., wenn innerhalb dieses Zeitraums der *Versicherungsfall* eintritt, erbringen wir die vereinbarte Leistung.

Versicherungsfall: Ereignis, das eintritt und die vertraglich vereinbarte Leistungspflicht auslöst. Zum Beispiel: Die *versicherte Person* wird berufsunfähig.

Versicherungsjahr: Das erste Versicherungsjahr fängt mit dem Beginn der Versicherung an und dauert 12 Monate. Alle folgenden *Versicherungsjahre* beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beginnt beispielsweise eine Versicherung am 01. April, dann endet das Versicherungsjahr am 31. März des folgenden Jahres, jeweils um 12:00 Uhr.

Versicherungsnehmer: Unser Vertragspartner, der im *Versicherungsschein* genannt ist und diesen erhält. *Versicherungsnehmer* kann nur eine einzelne natürliche oder *juristische Person* sein.

Versicherungsperiode: Zeitraum, nach welchem die Beiträge berechnet werden. Sie hängt von der vereinbarten Zahlweise ab, d. h. bei jährlicher Beitragszahlung umfasst sie ein Jahr, bei unterjährlicher Beitragszahlung beträgt sie einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Versicherungsschein (Police): Ihr Nachweis über den Versicherungsvertrag. Er gibt Auskunft über die wesentlichen Vertragsinhalte. Im Einzelfall benötigen Sie diesen Nachweis, wenn Sie Ihre Ansprüche auf Leistungen aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

Vorsätzlich: Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie den Eintritt eines Ereignisses für sicher oder zumindest für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen bzw. herbeiführen oder nicht verhindern wollen.

Zinsüberschüsse/-überschussanteile: Sie entstehen, wenn die Erträge unserer Kapitalanlagen höher sind als der Betrag, den wir zur Finanzierung unserer garantierten Leistungen benötigen.

22 Anhang - Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

§ 43 Sozialgesetzbuch (SGB) VI in der Fassung vom 22.12.2023

§ 43 Rente wegen Erwerbsminderung

(1) Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie

1. teilweise erwerbsgemindert sind,
2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und
3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

(2) Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie

1. voll erwerbsgemindert sind,
2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und
3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Voll erwerbsgemindert sind auch

1. Versicherte nach § 1 Satz 1 Nr. 2, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, und

2. Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

(3) Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

(4) Der Zeitraum von fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um folgende Zeiten, die nicht mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit belegt sind:

1. Anrechnungszeiten und Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit,
2. Berücksichtigungszeiten,
3. Zeiten, die nur deshalb keine Anrechnungszeiten sind, weil durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit nicht unterbrochen ist, wenn in den letzten sechs Kalendermonaten vor Beginn dieser Zeiten wenigstens ein Pflichtbeitrag für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit oder eine Zeit nach Nummer 1 oder 2 liegt,
4. Zeiten einer schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres bis zu sieben Jahren, gemindert um Anrechnungszeiten wegen schulischer Ausbildung.

(5) Eine Pflichtbeitragszeit von drei Jahren für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit ist nicht erforderlich, wenn die Erwerbsminderung aufgrund eines Tatbestandes eingetreten ist, durch den die allgemeine Wartezeit vorzeitig erfüllt ist.

(6) Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren und seitdem ununterbrochen voll erwerbsgemindert sind, haben Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie die Wartezeit von 20 Jahren erfüllt haben.

(7) Wird neben einer Rente nach Absatz 1 oder 2 unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes eine Erwerbstätigkeit ausgeübt, deren Umfang das der Rentengewährung zugrunde liegende zeitliche Leistungsvermögen überschreitet, besteht für einen Zeitraum von regelmäßig sechs Monaten ab Beginn der Ausübung weiterhin Anspruch auf die gewährte Rente.

Bedingungen für die Dynamik der Berufsunfähigkeitsversicherung für Heilberufe

(D_1457_21015190_04.26_D)

Inhaltsverzeichnis

1 Was bedeutet Dynamik?	1
2 Wie berechnet sich die Dynamik und wie erhöht sich der Beitrag dadurch?	1
2.1 Rechnungsgrundlagen der Dynamik	1
2.2 Formen der Dynamik	1
2.3 Besonderheiten für Schüler	1
3 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Leistungen?	1
4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Dynamik?	2
5 Wann wird die Dynamik ausgesetzt?	2
6 Wann endet die Dynamik?	2

1 Was bedeutet Dynamik?

Ihrem Versicherungsschein können Sie entnehmen, ob und in welchem Umfang Sie eine dynamische Anpassung (Dynamik) vereinbart haben.

Durch die Dynamik erhöhen sich der Beitrag und die Versicherungsleistungen planmäßig ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich jedoch nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. Dies liegt im Wesentlichen daran, dass die versicherte Person immer älter und die verbleibende Vertragslaufzeit immer kürzer wird.

2 Wie berechnet sich die Dynamik und wie erhöht sich der Beitrag dadurch?

2.1 Rechnungsgrundlagen der Dynamik

Um die Dynamik zu berechnen, wenden wir die bei Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen an. Wir sind berechtigt, für die dynamischen Anpassungen die Rechnungsgrundlagen für Neuverträge zugrunde zu legen. Sollte dieser Fall eintreten, werden wir Sie informieren.

2.2 Formen der Dynamik

Sie können folgende Formen der Dynamik vereinbaren:

- Der Beitrag erhöht sich jährlich im gleichen Verhältnis, wie sich der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung erhöht, mindestens jedoch um 5 %. Die jährliche Erhöhung muss mindestens 30 Euro betragen.
- Der Beitrag erhöht sich jährlich um einen gleichbleibenden ganzzahligen Prozentsatz. Dieser kann zwischen 3 % und 5 % betragen. Die jährliche Erhöhung muss mindestens 30 Euro betragen.
- StarterDynamik: Der Beitrag erhöht sich jährlich um einen gleichbleibenden ganzzahligen Prozentsatz. Dieser liegt vom zweiten bis sechsten Vertragsjahr (bei den ersten fünf möglichen Erhöhungen) bei 10 %. Ab dem siebten Vertragsjahr beträgt die Erhöhung gleichbleibend 5 %. Die jährliche Erhöhung beträgt jeweils mindestens 30 Euro. Diese Dynamikform kann nur bei Vertragsbeginn und nicht nachträglich gewählt werden.

Welche Form der Dynamik Sie vereinbart haben und wie hoch der ggf. vereinbarte Prozentsatz bei der unter b) genannten Dynamikform ist, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

2.3 Besonderheiten für Schüler

Bei Personen, die in Berufsgruppe K oder Berufsgruppe K+ eingestuft sind oder waren, ist Folgendes zu berücksichtigen:

Eine Dynamik kann nur erfolgen, wenn Sie das Überschussystem Beitragsverrechnung vereinbart haben. In diesem Fall ist nur die unter b) aufgeführte Dynamikform mit den dort beschriebenen Grenzen zulässig.

3 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Leistungen?

Die Beiträge und Leistungen erhöhen sich **einmal im Jahr** grundsätzlich zum Ersten des Monats, in dem die Versicherung begonnen hat. Die erste Erhöhung erfolgt - sofern nichts anderes vereinbart ist - zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

Haben Sie einen Tarif mit abgesenktem Anfangsbeitrag abgeschlossen, erfolgt die Erhöhung zum ersten Mal ein Jahr, nachdem Sie den vollen Beitrag bezahlen.

Wir informieren Sie rechtzeitig vor jeder Erhöhung darüber, wie hoch der neue Beitrag ist. Der erhöhte Versicherungsschutz beginnt jeweils am Tag der Erhöhung.

4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Dynamik?

Des Weiteren gilt folgendes:

- Alle Regelungen Ihres Versicherungsvertrages insbesondere die Versicherungsbedingungen sowie Bezugsrechtsverfügungen gelten - soweit nichts anderes vereinbart ist - auch für die erhöhten Beiträge und Versicherungsleistungen.
- Die Fristen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und bei Selbsttötung beginnen nicht von Neuem.
- Haben Sie eine garantierte Steigerung der Rente nach Eintritt der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit vereinbart, bleibt Ihr Anspruch auf diese Steigerung unverändert, auch wenn Ihr Recht auf eine dynamische Anpassung nach Abschnitt "Wann endet die Dynamik?" nicht mehr besteht.

5 Wann wird die Dynamik ausgesetzt?

Die dynamische Anpassung entfällt rückwirkend, wenn:

- Sie der Erhöhung bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder
- Sie den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen oder
- zwischen dem Eintritt des Versicherungsfalles und der Anerkennung einer Leistung eine oder mehrere Erhöhungen durchgeführt wurden.

Wir bieten Ihnen jedes Jahr eine Erhöhung an. Sie entscheiden, ob Sie die Erhöhung annehmen oder nicht. Sie können den dynamischen Anpassungen beliebig oft und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Ebenso können Sie auf Ihr Recht einer dynamischen Anpassung jederzeit generell verzichten. Dann erhalten Sie zukünftig kein weiteres Angebot auf eine dynamische Anpassung.

Verzicht und Widerspruch müssen Sie uns in Textform (Brief, E-Mail) mitteilen.

Solange wir Leistungen erbringen, erhalten Sie kein Angebot auf eine dynamische Anpassung.

Unterbliebene dynamische Anpassungen können Sie mit unserer Zustimmung und nach einer Gesundheitsprüfung nachholen. Im folgenden Jahr erhöhen wir Ihre Beiträge wieder planmäßig.

6 Wann endet die Dynamik?

Die Dynamik endet, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

- Die versicherte Person ist älter als 58 Jahre.
- Sie müssen nur noch weniger als fünf Jahre Beiträge zahlen.
- Die Gesamtrente erreicht den Höchstbetrag von 90.000 Euro jährlich.
- Bei versicherten Personen, der Berufsgruppe K oder Berufsgruppe K+, gilt:
Die Gesamtrente erreicht den Höchstbetrag von 15.000 Euro (Berufsgruppe K) bzw. 18.000 Euro (Berufsgruppe K+) jährlich.
Ist die versicherte Person älter als 22 Jahre, entfallen diese beiden Grenzen und es gilt dann ein Höchstbetrag von 60.000 Euro jährlich.

Eine Rente aus dem Überschusssystem Leistungsfallbonus wird bei den Höchstbeträgen jeweils berücksichtigt.

Haben Sie Ihren Versicherungsvertrag in der Privatversorgung abgeschlossen, gilt zusätzlich:

Hat die jährliche Gesamtrente den Betrag von 48.000 Euro erreicht oder überschritten, behalten wir uns vor, weitere dynamische Anpassungen auf ihre wirtschaftliche Angemessenheit hin zu prüfen. War die versicherte Person bei Vertragsabschluss in Berufsgruppe K oder Berufsgruppe K+ eingestuft, gilt als Grenze eine jährliche Gesamtrente von 30.000 Euro. Für diese Prüfung können wir Unterlagen von Ihnen verlangen.

Dabei betrachten wir alle Berufs-, Dienst- und Erwerbsunfähigkeitsrenten einschließlich der Rente aus dem Überschusssystem Leistungsfallbonus aus bestehenden Verträgen bei der Deutsche Ärzteversicherung AG. Ebenso werden sonstige Renten aus Berufs-, Dienst- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen aus privaten sowie betrieblichen Versorgungsleistungen, berufsständischen Versorgungsleistungen und Ansprüchen aus der Beamtenversorgung berücksichtigt. All diese Renten werden addiert ("Gesamtrente"). Bei der Prüfung der wirtschaftlichen Angemessenheit wird die versicherte Gesamtrente in Relation zum Bruttoeinkommen der versicherten Person (bei Selbstständigen und Freiberuflern zum Gewinn vor Steuern) gesetzt.

Wirtschaftliche Angemessenheit liegt vor, wenn die Gesamtrente

- maximal 60 % des Jahres-Bruttolohns bei Angestellten bzw. des Jahresbruttoeinkommens aus freiberuflicher oder selbstständiger Tätigkeit beträgt,

- maximal 80 % der bestehenden Versorgungslücke bei Beamten auf Lebenszeit und Berufssoldaten, bei Beamten auf Widerruf bzw. auf Probe maximal 80 % der erwarteten Nettoversorgungslücke als Beamter auf Lebenszeit beträgt. Unter der Nettoversorgungslücke verstehen wir das Nettoeinkommen aus ruhegehaltstfähigen Dienstbezügen ohne kindergeldbezogenen Anteil des Familienzuschlags, abzüglich beamtenrechtlicher Versorgungsbezüge.

Bei Soldaten auf Zeit darf die insgesamt versicherte Gesamtrente der versicherten Person eine Jahresrente von 24.000 Euro nicht übersteigen.

Bei versicherten Personen, die

- kein regelmäßiges Einkommen (z. B. Schüler, Studenten, Hausfrauen / -männer) haben oder
- bei denen wir bei Abschluss keine Angaben zum Einkommen verlangen (z. B. Azubis),

kann die versicherte Gesamtrente aber maximal die Rentenhöhe erreichen, die wir für diese beruflichen Tätigkeiten als höchstmögliche Rente festgelegt haben (Pauschalgrenzen im Rahmen unserer Annahmerichtlinien).

Bedingungen für die Ausübung von Optionen für Heilberufe in der Privatversorgung (D_1441_21015191_04.26_D)

Inhaltsverzeichnis

1 Welche Möglichkeiten zur Erhöhung des Versicherungsschutzes haben Sie?	1
1.1 Voraussetzungen für die Durchführung einer Erhöhung im Rahmen der Erhöhungsoptionen und der Karriereoption	1
1.2 Erhöhungsoptionen	2
1.3 Karriereoption	6
1.4 Durchführung der Erhöhung im Rahmen der Erhöhungsoptionen und der Karriereoption	7
2 Wie kann ich meine Berufsunfähigkeitsabsicherung von der Privat- in die Basisversorgung umschichten?	7



Diese Optionsbedingungen gelten für:

- Selbstständige Risikolebensversicherungen (**ausgenommen Risikolebensversicherungen Standard**),
- Risikolebenszusatzversicherungen,
- Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherungen sowie
- Berufsunfähigkeitszusatzversicherungen

1 Welche Möglichkeiten zur Erhöhung des Versicherungsschutzes haben Sie?

Ist Ihr Vertrag mit einer Gesundheitsprüfung zustande gekommen, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen eine Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes verlangen. Dabei führen wir lediglich eine finanzielle Angemessenheitsprüfung durch. Eine weitergehende Risikoprüfung findet nicht statt. Insbesondere ist **keine erneute Gesundheitsprüfung** erforderlich.

Die Möglichkeiten zur Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes richten sich nach den Regelungen zu den Erhöhungsoptionen bzw. zur Karriereoption.

Für Risikolebens- (Zusatz-)Versicherungen stehen nur die Erhöhungsoptionen zur Verfügung.

Für Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherungen stehen die Erhöhungsoptionen und zusätzlich die Karriereoption zur Verfügung. Dabei gilt:



1. Erhöhungsoptionen (Abschnitt 1.2)

Das Ausüben ist bei Berufsunfähigkeitsversicherungen sowie entsprechenden Zusatzversicherungen bis zu einer Summe der bei uns versicherten Jahresrenten von 36.000 Euro unter den jeweiligen Voraussetzungen möglich.

2. Karriereoption (Abschnitt 1.3)

Das Ausüben ist bei Berufsunfähigkeitsversicherungen sowie entsprechenden Zusatzversicherungen ab einer Summe der bei uns versicherten Jahresrenten von 36.001 Euro unter den jeweiligen Voraussetzungen möglich.

Inwiefern wir Befreiungsrenten einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bei diesen Grenzen berücksichtigen, finden Sie im Abschnitt 1.2.3.

1.1 Voraussetzungen für die Durchführung einer Erhöhung im Rahmen der Erhöhungsoptionen und der Karriereoption

Eine Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes ist an folgende Voraussetzungen gebunden, die alle erfüllt sein müssen:

- Der Vertrag ist mit Gesundheitsprüfung zustande gekommen.
- Die versicherte Person ist maximal 50 Jahre alt.
Abweichend gilt bei Anlässen im Rahmen einer Berufsunfähigkeitsabsicherung für Schüler: Die versicherte Person ist maximal 22 Jahre alt.
- Der Vertrag ist nicht beitragsfrei gestellt.
- Zur Versicherung besteht kein Beitragsrückstand und es ist keine Stundung der Beiträge vereinbart.
- Die Restlaufzeit der (Zusatz-)Versicherung beträgt noch mindestens fünf Jahre.
- Der Vertrag befindet sich nicht in "FamilyPlus" (Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeitszusatzversicherung bei Inanspruchnahme von Elterngeld - vgl. Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, Ziffer 16.10 "FamilyPlus").

- Es liegt bei der versicherten Person weder eine Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit noch eine Erwerbsminderung vor und es ist objektiv auch keine andere Situation eingetreten, die einen Leistungsanspruch begründet.
- Es wurden noch
 - keine Leistungen aufgrund von Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung und
 - keine Sofortrente wegen schwerer Erkrankung gemäß Definition in den "Versicherungsbedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung für Heilberufe" bzw. "Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für Heilberufe" und
 - keine Leistungen aufgrund von Arbeitsunfähigkeit gemäß Definition in den "Versicherungsbedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung für Heilberufe" bzw. "Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für Heilberufe" bezogen oder beantragt.
- Der Zeitpunkt, zu dem Sie eine Erhöhung verlangen, darf nicht in den Zeitraum fallen, in dem eine Arbeitsunfähigkeit nach den vorstehend genannten Versicherungsbedingungen vorliegt. Das gilt auch, wenn sich dies erst durch das Hinzukommen weiterer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen herausstellt.

Stellen wir nach Durchführung einer Erhöhung fest, dass zum Zeitpunkt, zu dem Sie die Erhöhung verlangt haben, eine der oben aufgeführten Voraussetzungen nicht vorlag, dann gilt:

- Wir machen die Erhöhung wieder rückgängig.
- Beiträge, die für diese Erhöhung gezahlt wurden, erstatten wir.
- Möglicherweise von uns erbrachte Leistungen sind uns von Ihnen zu erstatten.

1.2 Erhöhungsoptionen

1.2.1 Erhöhung aus einem bestimmten Anlass

Sie haben die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz bei bestimmten Anlässen innerhalb der im Abschnitt "Umfang der Erhöhung im Rahmen der Erhöhungsoption" definierten Grenzen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen.

Private Anlässe	
Volljährigkeit	Die versicherte Person wird volljährig.
Heirat	Die versicherte Person heiratet.
Scheidung und Aufhebung der Partnerschaft	Die versicherte Person lässt sich scheiden oder hebt die Partnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes auf.
Geburt und Adoption	Die versicherte Person bekommt oder adoptiert ein Kind.
Wiederaufnahme des Berufs nach der Elternzeit	Die versicherte Person nimmt ihre berufliche Tätigkeit nach dem Ende der Elternzeit (spätestens innerhalb von drei Jahren nach der Geburt des Kindes) wieder auf. Voraussetzung für die Ausübung der Option ist, dass noch keine Erhöhung aus dem Anlass "Geburt und Adoption" des Kindes erfolgt ist. Ebenso darf noch keine Erhöhung aufgrund der bereits erfolgten Wiederaufnahme des Berufs nach einer vorherigen Elternzeit vorgenommen worden sein.
Erwerb und Finanzierung einer Immobilie	Die versicherte Person erwirbt und finanziert eine Immobilie zur eigenen oder gewerblichen Nutzung (Praxis- oder Apothekenfinanzierung) mit einem Kaufpreis von mindestens 100.000 Euro.

Berufliche Anlässe	
Aufnahme einer selbstständigen oder freiberuflichen Tätigkeit	Die versicherte Person nimmt eine selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit in einem kammerpflichtigen Beruf oder in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf auf. Aus dieser Tätigkeit bezieht die versicherte Person auch ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen.
Abschluss der Berufsausbildung (z. B. Approbation) und Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit	Die versicherte Person schließt die Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder das Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule erfolgreich ab und nimmt eine berufliche Tätigkeit auf.

Berufliche Anlässe	
Akademische Weiterqualifizierung	Die versicherte Person qualifiziert sich erfolgreich akademisch weiter (z. B. Master, Promotion) und übt eine berufliche Tätigkeit aus, die ihrer Ausbildung entspricht.
Einkommenserhöhung	Das Brutto-Arbeitseinkommen der versicherten Person aus nichtselbstständiger Tätigkeit in der Ausübung ihrer Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut erhöht sich um mindestens 10 % im Vergleich zum Vorjahr (auch durch Aufstocken einer Teilzeittätigkeit). Unter dem Brutto-Arbeitseinkommen verstehen wir das Grundgehalt ohne Tantiemen und ohne Sonderzahlungen, Urlaubs- und Weihnachtsgeld werden berücksichtigt.
Wechsel auf eine Vollzeitstelle	Die versicherte Person wechselt von einer mindestens seit einem Jahr laufenden Teilzeittätigkeit auf eine unbefristete Vollzeitstelle.
Ernennung zum Prokuristen	Die versicherte Person wird zum Prokuristen ernannt.
Steigerung des erwirtschafteten Gewinns aus selbstständiger Tätigkeit	Die versicherte Person erhöht den erwirtschafteten Gewinn vor Steuern aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit in der Ausübung ihrer Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut der letzten drei Kalenderjahre um mindestens 30 % im Vergleich zum erwirtschafteten Gewinn vor Steuern in den drei vorherigen Kalenderjahren. Es werden also insgesamt die letzten sechs Jahre betrachtet.
Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze	Die versicherte Person erzielt erstmalig ein Einkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit, das die jährliche Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland überschreitet (Anlage 2a SGB VI in ihrer jeweils gültigen Fassung).
Änderung der Berufsunfähigkeitsrente aus betrieblicher Versorgung	Die Ansprüche der versicherten Person auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus einer betrieblichen Versorgung fallen weg oder verringern sich.

Anlässe im Rahmen einer Berufsunfähigkeitsabsicherung für Schüler - von diesen Anlässen können Sie nur einen nutzen -	
Erstmalige Aufnahme eines Studiums	Die versicherte Person nimmt nach Abschluss der Schule erstmalig ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule auf.
Erstmalige Aufnahme einer Berufsausbildung	Die versicherte Person nimmt nach Abschluss der Schule erstmalig eine Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf auf.
Erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit	Die versicherte Person nimmt nach Abschluss der Schule erstmalig eine zeitlich unbefristete oder auf mindestens zwei Jahre befristete berufliche Tätigkeit auf.

Zusätzliche berufliche Anlässe für akademische Heilberufe	
Facharzt	Die versicherte Person erwirbt zum ersten Mal die Anerkennung als Facharzt oder erhält erstmalig eine Gebietsbezeichnung als Fachzahnarzt, Fachtierarzt oder Fachapotheker.
Eintragung Zahnarztregister	Die versicherte Person ist nach Ableistung der Vorbereitungszeit erstmalig als "Zahnarzt" in ein Zahnarztregister eingetragen worden.
Chefarzt	Die versicherte Person wird zum ersten Mal Chefarzt.
Niederlassung	Die versicherte Person lässt sich als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut nieder.

Der Anlass muss während der Versicherungsdauer eingetreten sein.

Sie können die Erhöhung nur:

- **innerhalb von zwölf Monaten** nach Eintritt des Anlasses
- gegen Vorlage geeigneter Nachweise (beispielsweise Urkunden und Gehaltsnachweise)

- in Textform verlangen.

Nehmen Sie eine selbstständige Tätigkeit außerhalb des Berufsbildes eines Arztes, Zahnarztes, Tierarztes, Apothekers oder Psychotherapeut auf, können Sie die Erhöhung

- frühestens zwei Jahre nach Aufnahme der Tätigkeit und
- spätestens drei Jahre nach Aufnahme der Tätigkeit
- gegen Vorlage geeigneter Nachweise
- in Textform verlangen.
- Zu diesem Zeitpunkt müssen Sie die selbstständige Tätigkeit noch ausüben.

Überschreiten Sie die genannten Fristen oder reichen Sie die erforderlichen Nachweise nicht innerhalb eines Monats nach Ablauf der Fristen nach, ist eine Erhöhung aufgrund dieses Anlasses nicht mehr ohne erneute Risikoprüfung (inklusive Gesundheitsprüfung) möglich.

Können für ein persönliches Ereignis gleichzeitig mehrere Anlässe zutreffen, können Sie für dieses Ereignis trotzdem nur einmal eine Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes verlangen.

1.2.2 Erhöhung ohne Anlass

Gilt nur für Berufsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeitszusatzversicherungen

In den **ersten fünf Jahren** nach Abschluss des Vertrages können Sie Ihren Versicherungsschutz innerhalb der im Abschnitt "Umfang der Erhöhung im Rahmen der Erhöhungsoption" definierten Grenzen einmalig ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen, ohne dass ein privater oder beruflicher Anlass vorliegt. Voraussetzung dafür ist, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt der Erhöhung **maximal 40 Jahre** alt ist.

Wenn als Dynamikform die "StarterDynamik" gewählt wurde, wird der Dynamiksatz ab Ausübung der anlasslosen Erhöhung angepasst. Dieser beträgt dann fest 5 % pro Jahr.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Verträge mit einer Berufsunfähigkeitsabsicherung, kann der Versicherungsschutz nur für einen Vertrag ohne Anlass erhöht werden. Weitere Erhöhungen aufgrund der aufgeführten privaten oder beruflichen Anlässe sind frühestens zwölf Monate nach der letzten Erhöhung möglich.

1.2.3 Umfang der Erhöhung im Rahmen der Erhöhungsoptionen



Für Ihren Vertrag gelten nur die Textpassagen, die sich auf das von Ihnen abgeschlossene Produkt beziehen.

Risikolebensversicherung (ausgenommen Risikolebensversicherungen Standard) und Risikolebenszusatzversicherung

Sie können Ihre Todesfallsumme um einen Betrag zwischen 3.000 Euro und 50.000 Euro erhöhen. Die Gesamtheit aller Erhöhungen der Todesfallsumme darf 100.000 Euro nicht überschreiten und maximal 100 % der ursprünglichen mit uns vereinbarten Todesfallsumme betragen. Außerdem darf die neue Gesamt-Todesfallsumme aller auf die versicherte Person abgeschlossenen Versicherungen 350.000 Euro nicht überschreiten.

Berufsunfähigkeitsversicherung sowie entsprechende Zusatzversicherungen

Begriffserklärungen

Versicherte Jahresrente:

Jährlich garantierte Rente der versicherten Person zuzüglich ggf. vorhandener

- Rente aus dem Überschusssystem "Leistungsfallbonus" und
- dynamischer Anpassungen.

Da jede Erhöhung als rechtlich selbständiger Vertrag geführt wird, liegt jedem Ursprungs- und auch jedem Erhöhungsvertrag eine versicherte Jahresrente zugrunde.



Summe der bei uns versicherten Jahresrenten:

Summe der versicherten Jahresrenten aus allen bei uns bestehenden Berufsunfähigkeitsversicherungen sowie entsprechender Zusatzversicherungen der versicherten Person.

Summe aller versicherten Jahresrenten:

Summe der versicherten Jahresrenten aus allen Berufsunfähigkeitsversicherungen sowie entsprechender Zusatzversicherungen der versicherten Person aus

- privaten sowie betrieblichen Versorgungsleistungen,
- berufsständischen Versorgungsleistungen und
- Ansprüchen aus der Beamtenversorgung.

Hierunter zählen alle Renten aus bei uns bestehenden Verträgen und solche Renten, auf welche die versicherte Person einen Anspruch aufgrund vertraglicher Vereinbarung gegen Dritte hat.

Der Umfang einer Erhöhung ist folgendermaßen begrenzt:

- Die Summe der bei uns versicherten Jahresrenten darf 36.000 Euro nicht übersteigen.
Hinweis: Jede Zusatzversicherung beinhaltet - neben einer ggf. vereinbarten Rente - die volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung. Wir nennen dies eine Befreiungsrente. Bei der Grenze von 36.000 Euro berücksichtigen wir Befreiungsrenten nur dann, wenn sie in Summe den Betrag von 6.000 Euro jährlich übersteigen. In diesem Fall werden wir nur den übersteigenden Betrag auf die Grenze von 36.000 Euro anrechnen.
- Jede einzelne Erhöhung der versicherten Jahresrente ist auf 100 % der bisherigen Jahresrente des Ursprungsvertrages und auf maximal 7.200 Euro begrenzt.
 - Abweichend gilt bei einer Erhöhung ohne Anlass: Jede einzelne Erhöhung der versicherten Jahresrente ist auf 50 % der bisherigen Jahresrente des Ursprungsvertrages und auf maximal 7.200 Euro begrenzt.
 - Abweichend gilt bei dem Anlass "Abschluss der Berufsausbildung und Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit": Ist die versicherte Person nach Abschluss einer Berufsausbildung und Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut maximal 36 Jahre alt, kann die versicherte Jahresrente des Ursprungsvertrages einmalig verdoppelt werden (maximal auf 36.000 Euro). Die genannte Erhöhungsgrenze von 7.200 Euro gilt dabei nicht.
- Die Summe aller versicherten Jahresrenten muss in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen (**finanzielle Angemessenheitsprüfung**). Das ist der Fall, wenn diese Summe
 - maximal 60 % des Jahres-Bruttolohns bei Angestellten bzw. des Jahresbruttoeinkommens aus freiberuflicher oder niedergelassener Tätigkeit beträgt,
 - maximal 80 % der bestehenden Nettoversorgungslücke bei Beamten auf Lebenszeit und Berufssoldaten, bei Beamten auf Widerruf bzw. auf Probe maximal 80 % der erwarteten Nettoversorgungslücke als Beamter auf Lebenszeit beträgt. Unter der Nettoversorgungslücke verstehen wir das Nettoeinkommen aus ruhegehaltfähigen Dienstbezügen ohne kindergeldbezogenen Anteil des Familienzuschlags, abzüglich beamtenrechtlicher Versorgungsbezüge.

Bei Soldaten auf Zeit darf die Summe aller versicherten Jahresrenten einen Betrag von 24.000 Euro nicht übersteigen.

Bei versicherten Personen, die bei Beantragung der Erhöhung

- kein regelmäßiges Einkommen (z. B. Schüler, Studenten, Hausfrauen / -männer) haben oder
 - bei denen wir bei Abschluss keine Angaben zum Einkommen verlangen (z. B. Azubis),
- kann die Summe aller versicherten Jahresrenten aber maximal die Rentenhöhe erreichen, die wir für diese beruflichen Tätigkeiten als höchstmögliche Rente festgelegt haben (Pauschalgrenzen im Rahmen unserer Annahmerichtlinien).

Auf unsere Anforderung hin müssen Sie uns geeignete Nachweise zur finanziellen Situation (beispielsweise Gehaltsbescheinigungen) der versicherten Person überlassen.

1.3 Karriereoption

Erreicht die Summe der bei uns versicherten Jahresrenten die Höchstgrenze für die Erhöhungsoptionen (Definition siehe Abschnitt 1.2.3), können Sie Ihren Versicherungsschutz im Rahmen der Karriereoption bei folgenden Karrieresprüngen auch darüber hinaus ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen:

Karrieresprung bei Angestellten

- Die versicherte Person ist als sozialversicherungspflichtiger Angestellter in der Privatwirtschaft oder im öffentlichen Dienst in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis beschäftigt und
- das regelmäßige jährliche Brutto-Arbeitseinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit hat sich um mindestens 5 Prozent im Vergleich zum Vorjahr erhöht. Unter dem Brutto-Arbeitseinkommen verstehen wir das Grundgehalt ohne Tantiemen und ohne Sonderzahlungen. Urlaubs- und Weihnachtsgeld werden berücksichtigt.

Karrieresprung bei Niedergelassenen und freiberuflich Tätigen

- Die versicherte Person ist seit mindestens drei Jahren ausschließlich und ununterbrochen niedergelassen oder übt eine freiberufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut aus und
- der durchschnittliche, erwirtschaftete Gewinn vor Steuern aus den letzten 3 Kalenderjahren aus niedergelassener oder freiberuflicher Tätigkeit hat sich:

Bei der ersten Erhöhung (3 Jahre nach der Niederlassung):

im Vergleich zu dem vorherigen Einkommen im Anstellungsverhältnis um mindestens 15 % erhöht. Dabei muss das letzte Jahr vor der Erhöhung eine Gewinnsteigerung gegenüber dem Vorjahr aufweisen.

Bei weiteren Erhöhungen (Niederlassung vor mindestens 4 Jahren):

um mindestens 15 % gegenüber dem Gewinn vor 4 Jahren erhöht. Dabei muss das letzte Jahr vor der Erhöhung eine Gewinnsteigerung gegenüber dem Vorjahr aufweisen.

Beispiel: 2030 soll die Karriereoption genutzt werden. Dann wird der durchschnittliche Gewinn der letzten 3 Jahre (2027-2029) mit dem Gewinn aus dem Jahr 2026 verglichen.

Eine Erhöhung des Versicherungsschutzes im Rahmen der Karriereoption ist nur unter den im Abschnitt "Voraussetzungen für die Durchführung einer Erhöhung im Rahmen der Erhöhungsoptionen und der Karriereoption" genannten Voraussetzungen möglich.

Zusätzlich gilt:

- Die letzte Erhöhung des Versicherungsschutzes aufgrund einer Erhöhungsoption erfolgte vor mindestens 12 Monaten.
- Der Karrieresprung muss während der Versicherungsdauer eingetreten sein.
- Die Erhöhung muss innerhalb von 12 Monaten nach erfolgtem Karrieresprung in Textform beantragt werden.
- Auf unsere Anforderung hin müssen Sie uns geeignete Nachweise zu Ihrer finanziellen Situation (beispielsweise Gehaltsbescheinigungen) überlassen.

Überschreiten Sie die genannte Frist oder reichen Sie die erforderlichen Nachweise nicht innerhalb eines Monats nach Ablauf der Frist nach, ist eine Erhöhung aufgrund dieses Karrieresprunges nur noch mit erneuter Risikoprüfung (inklusive Gesundheitsprüfung) möglich.

Sie können die Karriereoption auch mehrfach in Anspruch nehmen. Bei Angestellten frühestens 12 Monate, bei Niedergelassenen und freiberuflich Tätigen, frühestens 3 Jahre nach der letzten Erhöhung.

Umfang der Erhöhung im Rahmen der Karriereoption

Die Erhöhung des Versicherungsschutzes im Rahmen der Karriereoption kann im selben Verhältnis erfolgen, in dem sich

- bei **Angestellten** das Brutto-Arbeitseinkommen im Vergleich zum Vorjahr erhöht hat; unter dem Brutto-Arbeitseinkommen verstehen wir das Grundgehalt ohne Tantiemen und ohne Sonderzahlungen (Urlaubs- und Weihnachtsgeld werden berücksichtigt),
- bei **Niedergelassenen oder freiberuflich Tätigen** der erwirtschaftete Gewinn vor Steuern der letzten 3 Kalenderjahre im Vergleich zu dem vorherigen Einkommen im Anstellungsverhältnis (bei erstmaliger Erhöhung 3 Jahre nach der Niederlassung) bzw. dem Gewinn aus dem Kalenderjahr vor 4 Jahren (bei Erhöhungen ab 4 Jahren nach der Niederlassung) erhöht hat, höchstens aber um 20 %.

Bezugsgröße ist dabei die versicherte Jahresrente aus dem Ursprungsvertrag zuzüglich aller daraus möglicherweise entstandenen Jahresrenten aus Erhöhungsverträgen.

Der Umfang einer Erhöhung ist jedoch folgendermaßen begrenzt:

- Die Summe der bei uns versicherten Jahresrenten darf 72.000 Euro nicht übersteigen.

- Die Summe aller versicherten Jahresrenten muss in einem angemessenen Verhältnis zu ihrem Einkommen stehen (**finanzielle Angemessenheitsprüfung**). Sie finden die Details hierzu im Abschnitt "Umfang der Erhöhung im Rahmen der Erhöhungsoptionen".

1.4 Durchführung der Erhöhung im Rahmen der Erhöhungsoptionen und der Karriereoption

Jede Erhöhung erfolgt nach den von uns zu diesem Zeitpunkt angebotenen Tarifen, Versicherungsbedingungen und Annahmerichtlinien. Sie wird als rechtlich selbstständiger Versicherungsvertrag mit gesonderten Beiträgen und Leistungen abgeschlossen.

Die Beiträge für den gewählten Umfang der Erhöhung errechnen sich nach:

- dem Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Erhöhung,
 - der Laufzeit des neu hinzukommenden Versicherungsschutzes,
 - dem dann gültigen Tarif,
 - dem dann gültigen Mindestbeitrag und
 - der ausgeübten beruflichen Tätigkeit der versicherten Person zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses.
- War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses Schüler, ist die ausgeübte berufliche Tätigkeit zum Zeitpunkt der Erhöhung maßgeblich.
- Sollte die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses ausgeübte berufliche Tätigkeit in dem für das Neugeschäft gültigen Tarif nicht mehr versicherbar sein, gilt für den Erhöhungsvertrag der Beitrag der Berufsgruppe mit dem höchsten Berufsunfähigkeitsrisiko.

Für den Erhöhungsvertrag gilt außerdem:

- Durch die Erhöhung entstehen Abschluss- und Vertriebskosten. Nähere Informationen dazu finden Sie in den entsprechenden Versicherungsbedingungen jeweils unter den Stichworten "Beiträge" und "Kosten".
- Die Fristen für eventuelle steuerliche Vergünstigungen und für Leistungsausschlüsse, z. B. wegen (versuchter) Selbsttötung beginnen für diesen Erhöhungsvertrag von neuem.
- Eine Verlängerung der Versicherungs- und der Leistungsdauer gegenüber dem Ursprungsvertrag ist nicht möglich.
- Soweit keine anderslautenden Vereinbarungen getroffen werden, gelten für die Erhöhung alle im Ursprungsvertrag getroffenen Vereinbarungen (insbesondere Leistungseinschränkungen und Angaben zum Bezugsrecht).
- Ist im Ursprungsvertrag eine dynamische Anpassung des Beitrags vereinbart, darf auch der Erhöhungsvertrag eine solche Dynamik im gleichen Umfang beinhalten.
- Ist im Ursprungsvertrag eine "Leistung bei Arbeitsunfähigkeit" vereinbart, darf auch der Erhöhungsvertrag diese beinhalten.
- Die Erhöhungen beinhalten selbst keine Optionen.
- Der Einschuss einer planmäßigen Beitragserhöhung für die Hauptversicherung, auch während der Berufsunfähigkeit (BUZD) und einer garantierten Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsfall sind ohne erneute Gesundheitsprüfung nicht möglich.
- Nutzen Sie eine Erhöhungsmöglichkeit aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung (oder einer entsprechenden Zusatzversicherung), können Sie für den neuen Vertrag zwischen den folgenden drei Möglichkeiten wählen:
 - einer selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung,
 - einer Berufsunfähigkeitszusatzversicherung in der Privatversorgung oder
 - einer Berufsunfähigkeitszusatzversicherung in der Basisversorgung
- Falls die Erhöhung oder die Umschichtung (siehe folgender Abschnitt "Wie kann ich meine Berufsunfähigkeitsabsicherung von der Privat- in die Basisversorgung umschichten?") in Form einer Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeitszusatzversicherung in der Basisversorgung abgeschlossen wird, muss der Beitrag zur Hauptversicherung (Altersvorsorgebeitrag) immer mehr als 50 % des für Haupt- und Zusatzversicherungen zu zahlenden Gesamtbeitrages betragen. Er darf maximal 55 % des Gesamtbeitrages ausmachen.

2 Wie kann ich meine Berufsunfähigkeitsabsicherung von der Privat- in die Basisversorgung umschichten?

Innerhalb der ersten fünf Jahre nach Vertragsabschluss können Sie Ihren Versicherungsschutz **ohne einen bestimmten Anlass** von der Privat- in die Basisversorgung umschichten. Dies ist jedoch an folgende Voraussetzungen gebunden, die alle erfüllt sein müssen:

- Der Vertrag in der Privatversorgung sieht als Leistung eine Berufsunfähigkeitsrente vor.
- Sie sind auch die versicherte Person.
- Sie sind zum Zeitpunkt der Umschichtung mindestens 15 und maximal 35 Jahre alt. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate eine Facharztanerkennung erhalten oder sich als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut niedergelassen, können Sie diese Möglichkeit nutzen, solange Sie maximal 40 Jahre alt sind.
- Sie haben keine teilweise oder vollständige Stundung beantragt.
- Der Vertrag ist nicht beitragsfrei gestellt.
- Es liegt bei der versicherten Person weder eine Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit noch eine Erwerbsminderung vor und es ist objektiv auch keine andere Situation eingetreten, die einen Leistungsanspruch begründet.

- Es wurde noch
 - keine Leistung aufgrund von Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung und
 - keine Sofortrente wegen schwerer Erkrankung gemäß Definition in den "Versicherungsbedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung für Heilberufe" bzw. "Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für Heilberufe" und
 - keine Leistung aufgrund von Arbeitsunfähigkeit gemäß Definition in den "Versicherungsbedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung für Heilberufe" bzw. "Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für Heilberufe" bezogen oder beantragt.
- Der Zeitpunkt, zu dem Sie eine Erhöhung verlangen, darf nicht in den Zeitraum fallen, in dem eine Arbeitsunfähigkeit nach den vorstehend genannten Versicherungsbedingungen vorliegt. Das gilt auch, wenn sich dies erst durch das Hinzukommen weiterer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen herausstellt.

Umschichten bedeutet, dass die bestehende Berufsunfähigkeitsrente in der Privatversorgung gekündigt und in gleicher Höhe in der Basisversorgung neu abgeschlossen wird. Dafür ist es erforderlich, den Beitrag für die Berufsunfähigkeitsrente neu zu berechnen. Zudem setzt die Basisversorgung immer eine Altersvorsorge voraus. Dafür ist ein zusätzlicher Beitrag zu zahlen. Gleiches gilt für die BUZ-Beitragsbefreiung (Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung) bei der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (BUZ). Den dafür erforderlichen Beitrag berechnen wir anhand des Beitrags für die Altersvorsorge.

Enthält der Vertrag in der Privatversorgung eine BUZ, bleiben die Hauptversicherung, die BUZ-Beitragsbefreiung und eine ggf. eingeschlossene planmäßige Beitragserhöhung der Hauptversicherung im Leistungsfall (BUZD) in der Privatversorgung erhalten.

Für den neuen Vertrag in der Basisversorgung gelten die Regelungen aus dem Abschnitt "Durchführung der Erhöhung im Rahmen der Erhöhungsoptionen und der Karriereoption" entsprechend.

Abweichend von diesen Regelungen gilt bei Umschichtungen:

- Die ausgeübte berufliche Tätigkeit der versicherten Person zum Zeitpunkt der Umschichtung wird berücksichtigt und diese muss nach unseren dann gültigen Annahmerichtlinien versicherbar sein.
- Hatten Sie in der Privatversorgung einen der folgenden Vertragsbestandteile gewählt, kann dieser in gleichem Umfang bzw. der gleichen Höhe in die Basisversorgung übernommen werden:
 - Dynamische Beitragsanpassung (Dynamik)
 - Garantierte Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsfall
 - Planmäßige Beitragserhöhung der Hauptversicherung im Leistungsfall (BUZD), wenn die unten genannte Voraussetzung erfüllt ist
- Bestehende Optionen bleiben im neuen, aus der Umschichtung entstandenen Vertrag erhalten.

Für die BUZD gilt dies nur, wenn der Jahresbeitrag bzw. die Summe der laufenden Beiträge für die Rentenversicherung pro Jahr nicht höher ist als für den bestehenden Vertrag in der Privatversorgung. Andernfalls kann die BUZD nur mit erneuter Gesundheitsprüfung eingeschlossen werden. Bei Übernahme der BUZD in die Basisversorgung ohne erneute Gesundheitsprüfung entfällt die BUZD in der Privatversorgung.

**Gebühren für besondere Leistungen in der Privatversorgung
(Stand bei Vertragsausfertigung)**

Privatversorgung

Bei bestimmten, von Ihnen verursachten Anlässen, entstehen uns zusätzliche Kosten. Diese Kosten stellen wir Ihnen entsprechend der nachfolgenden Gebührentabelle in Rechnung.

Anlass	Gebühr
Bestätigung einer Abtretung oder Verpfändung an den Abtretungsempfänger oder Pfandgläubiger ¹	40 Euro
Adressen-Recherche aufgrund nicht angezeigter Anschriftenänderung ⁵	20 Euro
Kosten des Ärzteausschusses (sofern die Möglichkeit der Anrufung vertraglich vereinbart ist und keine abweichende Bemessungsgrundlage für die Kosten vertraglich vereinbart ist)	Die Gebühr entspricht der versicherten garantierten Berufsunfähigkeitsrente für einen Monat
Entnahme in der Aufschubzeit (sofern die Möglichkeit vertraglich vereinbart ist) ^{2, 3, 7}	15 Euro
Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheines	25 Euro
Kapitalauszahlung während der Rentenbezugszeit (sofern die Möglichkeit vertraglich vereinbart ist) ^{2, 6}	15 Euro
Vom Zahlungspflichtigen zu vertretende fehlgeschlagene Lastschriftabbuchung nach §§ 280, 286 bis 288 BGB ⁵	1,51 Euro zuzüglich der Gebühr, die Ihre Bank uns für die fehlgeschlagene Lastschriftabbuchung in Rechnung stellt
Mahngebühr nach § 38 VVG, §§ 280, 286 bis 288 BGB ⁵	1,50 Euro
Übertragung von Fondsanteilen anstelle einer Geldleistung ⁴	0 Euro
Durchführung einer vom Versicherungsnehmer gewünschten Vertragsänderung , wie z. B. Änderung der Laufzeit, des Beitrages (Herabsetzung), der versicherten Summe oder Rente, Versicherungsnehmerwechsel etc.	40 Euro
Wiederinkraftsetzung einer beitragsfreigestellten Versicherung ohne Nachzahlung der Beiträge ⁸	40 Euro

Die Gebühren können angemessen an die Kostenentwicklung angepasst werden.

¹ gilt nicht bei Berufsunfähigkeitsversicherungen

² gilt nur bei Rentenversicherungen

³ gilt nicht für die Entnahme im Tarif DLVIP2, DLVIP7 und DLVFP2, DLVFP7 bei Alter der VP zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr, sowie bei fondsgebundenen Rentenversicherungen in der Abrufphase und Rentenbeginnphase

⁴ gilt nur bei Rentenversicherungen mit Indexbeteiligung, und fondsgebundenen Rentenversicherungen bzw. bei Vereinbarung eines fondsgebundenen Überschusssystem, z. B. Investmentbonus

⁵ Die Gebühr verringert sich oder entfällt ganz, wenn Sie uns nachweisen, dass uns kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist.

⁶ gilt nicht bei Entnahmen in der Aktivphase der Verrentungsarten Performance und Performance Flex

⁷ Die Gebühr entfällt für die in der Vergangenheit von der Aufsichtsbehörde genehmigten Tarife (regulierter Bestand).

⁸ gilt nicht für fondsgebundene Rentenversicherungen

Hinweise für die steuerlichen Regelungen Kapitalbildende Lebens- und Rentenversicherungen, Risiko- und Berufsunfähigkeitsversicherungen (Privatversorgung)

Stand: Januar 2022

A. Allgemeine Angaben über die Steuerregelung

Die folgenden Ausführungen enthalten Steuerhinweise zu kapitalbildenden Lebens- und Rentenversicherungen der Privatversorgung. Mit diesen Hinweisen geben wir Ihnen einen Überblick über die derzeit für Ihren Vertrag geltenden steuerlichen Bestimmungen in Deutschland.

Wegen der knappen Darstellung können die Steuerhinweise nicht vollständig sein und eine steuerliche Beratung nicht ersetzen. Die derzeitigen steuerlichen Rahmenbedingungen (Steuergesetze oder sonstige Bestimmungen der Finanzverwaltung) können sich in Zukunft ändern und gegenüber dem heutigen Stand zu einer ungünstigeren steuerlichen Behandlung Ihres Vertrages führen.

B. Ertragsteuern (Einkommen-, Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag)

1. Absetzbarkeit der Beitragszahlungen

Beiträge zu kapitalbildenden fondsgebundenen und konventionellen Lebens- und Rentenversicherungen, die nach dem 31.12.2004 abgeschlossen werden, sind nicht als Sonderausgaben abzugsfähig.

Beiträge zu reinen Risikolebensversicherungen und zu selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen gehören zu den sonstigen Vorsorgeaufwendungen gem. § 10 Abs. 1 Nr. 3 a EStG und sind im Rahmen der in § 10 Abs. 4 EStG genannten Höchstbeträge abzugsfähig. Gleiches gilt für Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen, die zu einer kapitalbildenden Rentenversicherung abgeschlossen und gesondert ausgewiesen werden. Die Höchstbeträge belaufen sich derzeit für abhängig Beschäftigte, Beamte und in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei mitversicherte Ehegatten und (eingetragene) Lebenspartner auf 1.900 Euro jährlich. Für Selbstständige und sonstige Personen, die Aufwendungen zu einer Krankenversicherung in vollem Umfang alleine tragen müssen, gilt ein Höchstbetrag von derzeit 2.800 Euro jährlich.

2. Besteuerung der Versicherungsleistungen

a) Kapitalleistungen

Kapitalleistungen im Erlebensfall (auch Kündigung bzw. Rückkauf) sind grundsätzlich mit ihren (Kapital-)Erträgen (= Versicherungsleistung abzüglich Summe der auf sie entrichteten Beiträge = Unterschiedsbetrag) als Einkünfte aus Kapitalvermögen ertragsteuerpflichtig. Bei fondsgebundenen Lebensversicherungen sind 15 Prozent des Unterschiedsbetrages steuerfrei oder dürfen nicht bei der Ermittlung der Einkünfte abgezogen werden, soweit der Unterschiedsbetrag aus Investmenterträgen stammt. Wird die Versicherungsleistung nach Vollendung des 62. Lebensjahres und nach Ablauf von 12 Jahren seit Vertragsabschluss ausgezahlt und erfüllt bei Vorliegen einer Kapitallebensversicherung der Vertrag die in § 20 Abs. 1 Nr. 6. EStG vorgeschriebene Anforderung an die Mindesttodesfallleistung (begünstigter Vertrag), unterliegt nur der hälftige Unterschiedsbetrag der Ertragsbesteuerung (zum Besteuerungsverfahren vgl. B 2 d)). Kapitalleistungen im Todesfall oder in Fällen der Berufsunfähigkeit unterliegen nicht der Ertragsbesteuerung.

b) Rentenleistungen

Renten aus privaten Rentenversicherungsverträgen gehören als wiederkehrende Bezüge zu den sonstigen Einkünften (§ 22 EStG).

- Lebenslange Leibrenten, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- und Hinterbliebenenrenten sind nur mit dem sog. Ertragsanteil zu versteuern. Das gleiche gilt, wenn für die Leibrenten eine Rentengarantiezeit vereinbart wurde und die vereinbarte Mindestlaufzeit nicht über die voraussichtliche durchschnittliche Lebenserwartung der versicherten Person hinausgeht.

Der Ertragsanteil von lebenslangen Leibrenten beträgt (für die gesamte Dauer des Rentenbezugs) bei erstmaligem Rentenbezug im vollendeten Alter von beispielsweise:

- 60 Jahren 22 %
 - 63 Jahren 20 %
 - 65 Jahren 18 %
 - 67 Jahren 17 % usw.
- Für Waisen- und Berufsunfähigkeitsrenten gelten besondere Ertragsanteile, die von der Rentendauer abhängen (§ 55 EStDV).

Auf andere, als die hier genannten Leistungen (insbesondere auf abgekürzte Leibrenten aus einer Altersversorgung), sind die Regelungen zur Auszahlung von Kapitalleistungen anzuwenden (vgl. B 2 a).

c) Einsatz der kapitalbildenden Lebens- oder Rentenversicherungen für ein Policendarlehen

Werden vor Ablauf von 12 Jahren seit Abschluss des Versicherungsvertrages und vor Vollendung des 60. Lebensjahres des Steuerpflichtigen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag mit dem Darlehen und/oder Darlehensentgelt verrechnet (Teil-/Rückkauf), unterliegen die im Verrechnungsbetrag enthaltenen Erträge in vollem Umfang der Einkommensteuer. Für Verträge, die nach dem 31. Dezember 2011 abgeschlossen werden, gilt anstatt des 60. Lebensjahres des Steuerpflichtigen, das 62. Lebensjahr.

d) Besteuerungsverfahren (Kapitalertragsteuer bzw. Abgeltungsteuer)

Wir sind nach derzeitigem Stand verpflichtet, bei Auszahlung von Kapitalleistungen sowohl bei begünstigten als auch bei nicht begünstigten Verträgen Kapitalertragsteuer in Höhe von 25% (zuzüglich Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer) des vollen Unterschiedsbetrages (siehe B 2 a)) einzubehalten und abzuführen.

- Bei begünstigten Verträgen muss der Steuerpflichtige die Kapitalerträge im Rahmen seiner Einkommensteuerveranlagung angeben (Pflichtveranlagung). Das Finanzamt erteilt dann die zuviel gezahlte Steuer.
- Bei nicht begünstigten Verträgen hat die Kapitalertragsteuer grundsätzlich abgeltende Wirkung. Der Steuerpflichtige kann jedoch beantragen, dass die Kapitalerträge nicht mit dem Abgeltungsteuersatz, sondern mit seinem individuellen Steuersatz besteuert werden. Hierzu muss der Steuerpflichtige die Kapitalerträge in seiner Einkommensteuererklärung angeben. Das Finanzamt prüft dann von Amts wegen, ob die Besteuerung mit dem individuellen Steuersatz für den Steuerpflichtigen günstiger ist (Günstigerprüfung).

Wir sind verpflichtet, für alle kirchensteuerpflichtigen Personen die Kirchensteuer auf private Kapitalerträge automatisch abzuführen, sofern der Steuerpflichtige diesem Verfahren nicht ausdrücklich durch Einlegung eines Sperrvermerks beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) widerspricht. Die erforderlichen Daten zur Religionszugehörigkeit erhalten wir vom BZSt. Vor Auszahlung der Versicherungsleistungen müssen wir die Kirchensteuerabzugsmerkmale beim BZSt erfragen. Im Falle eines Sperrvermerks erfolgt die Kirchensteuererhebung im

Rahmen des Veranlagungsverfahrens. Zur Sicherstellung der Nacherhebung der Kirchensteuer informiert das BZSt das zuständige Wohnsitzfinanzamt über den Sperrvermerk. Der Sperrvermerk verpflichtet den Kirchensteuerpflichtigen zur Abgabe einer Steuererklärung zum Zwecke der Veranlagung zur Kirchensteuer.

C. Erbschaft- und Schenkungsteuer

Ansprüche oder Leistungen aus privaten Kapital- und Rentenversicherungen sowie etwaigen Zusatzversicherungen unterliegen der Erbschaft- und Schenkungsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z. B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.

Sind an einem Versicherungsvertrag mehrere Versicherungsnehmer beteiligt, sind Leistungen für die Beteiligten jeweils in Höhe ihres Anteils an der Versicherungsleistung erbschaft-/schenkungsteuerfrei. Die Anteile der einzelnen Beteiligten bestimmen sich nach dem Verhältnis, nach dem sie intern zur Prämienzahlung verpflichtet waren. Bei Ehegatten unterstellt die Finanzverwaltung bis zum Beweis des Gegenteils eine hälftige Beitragszahlung.

Ob sich aus den steuerpflichtigen Versicherungsleistungen eine Steuerschuld tatsächlich ergibt, ist von den individuellen Verhältnissen (z. B. den zur Verfügung stehenden Freibeträgen) abhängig.

D. Melde- und Anzeigepflichten

Der Versicherer ist verpflichtet, Leibrenten und andere Leistungen nach § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a und § 22 Nr. 5 EStG zum Zwecke ihrer Besteuerung an die Deutsche Rentenversicherung Bund zu melden (§ 22a EStG).

Eine ihm bekannt gewordene Veräußerung von kapitalbildenden Lebens- und Rentenversicherungen muss der Versicherer beim für den Steuerpflichtigen zuständigen Finanzamt anzeigen (§ 20 Abs. 2 Nr. 6 S. 2 EStG).

Daneben bestehen auch Anzeigepflichten nach dem Erbschaftsteuergesetz, beispielsweise in den Fällen, in denen die Versicherungsleistung an eine andere Person als den Versicherungsnehmer ausgezahlt wird (§ 33 Abs. 3 ErbStG). Wir sind zur Anzeige auch verpflichtet, wenn bei einem Versicherungsvertrag mit mehreren Versicherungsnehmern die Versicherungsleistung nicht an alle Versicherungsnehmer ausgezahlt wird.

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen besteht außerdem die Verpflichtung, Informationen zur steuerlichen Ansässigkeit mittels Selbstauskunft zu erheben. Diese Informationen werden zusammen mit bestimmten weiteren Daten für den automatischen zwischenstaatlichen Informationsaustausch an das Bundeszentralamt für Steuern gemeldet, sofern es sich um einen meldepflichtigen Vertrag handelt.

E. Versicherungsteuer

Beiträge zu Kapitalebens- oder Rentenversicherungen unterliegen in Deutschland regelmäßig nicht der Versicherungsteuer (§ 4 Abs. 1 Nr. 5 a) VersStG). Ebenso von der Versicherungsteuer befreit sind Versicherungen gegen Berufs/Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. der verminderten Erwerbsunfähigkeit, wenn die Ansprüche aus der Versicherung der Versorgung der (natürlichen) Risikoperson (regelmäßig versicherte Person), oder der Versorgung von deren nahen Angehörigen gem. § 7 des Pflegezeitgesetzes bzw. § 15 der Abgabenordnung dienen (§ 4 Abs. 1 Nr. 5 b) VersStG). Nachträgliche Vertragsänderungen können möglicherweise eine Versicherungsteuerpflicht in Deutschland auslösen.

Zudem unterliegen o. g. Versicherungen in diversen anderen Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) der Versicherungsteuer. Die Steuerpflicht entsteht, wenn der Versicherungsnehmer bei Zahlung der Prämie seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, der die Versicherungsteuer auf Beiträge zu o. g. Versicherungen erhebt. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz nach Abschluss des Versicherungsvertrags aus Deutschland in einen solchen Staat verlegt. In diesen Fällen sind alle Lebensversicherer mit Sitz im EWR verpflichtet, die dort anfallende Versicherungsteuer (sowie ggfs. ähnliche Abgaben) zu erheben und abzuführen.

Hat der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat außerhalb des EWR, sind wir (als Versicherer mit Sitz im EWR) nicht verpflichtet eine evtl. in einem solchen Staat anfallende Versicherungsteuer auf Beiträge zu o. g. Versicherungen einzubehalten und abzuführen. In diesen Fällen hat der Versicherungsnehmer selbst für die Abführung der Versicherungsteuer zu sorgen.

F. Versorgungsausgleich

Im Falle eines Versorgungsausgleichs können für den Vertrag, der zu Gunsten der ausgleichsberechtigten Person begründet wird, bezüglich der Besteuerung der Leistungen (s. B 2.) abweichende Regelungen gelten.

Wurde der Ursprungsvertrag vor dem 1.1.2005 abgeschlossen, unterliegen Kapitalleistungen gem. § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG (i. d. Fassung vom 31.12.2004) der Einkommensbesteuerung. D.h., sie sind einkommensteuerfrei, wenn die Kapitalleistung:

- im Versicherungsfall (z. B. Ablauf des Vertrags oder bei Tod der versicherten Person) oder
- im Falle der Kündigung des Vertrags nach Ablauf von zwölf Jahren ausgezahlt oder mit Beiträgen verrechnet wird.

Werden diese Voraussetzungen nicht eingehalten, sind die in den Kapitalleistungen enthaltenen rechnungs- und außerrechnungsmäßigen Zinsen auf die Sparanteile einkommensteuerpflichtig.

Wurde der Ursprungsvertrag nach dem 31.12.2004 und vor dem 1.1.2012 abgeschlossen, gilt für die Erfüllung der Voraussetzung der hälftigen Besteuerung die Vollendung des 60. Lebensjahres. Im Übrigen vgl. B. 2. a).

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch Deutsche Ärzteversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese Informationen gelten auch für die zu versichernde Person. Wenn die zu versichernde Person nicht zugleich Interessent ist, wird der Interessent diese Informationen der zu versichernden Person weitergeben.

Verantwortliche für die Datenverarbeitung

Die in dem vorliegenden Dokument genannte Gesellschaft ist dabei der Verantwortliche für die Datenverarbeitung. Evtl. Wünsche auf Auskunft, Berichtigung oder Löschung der Daten sowie diesbezügliche Beanstandungen können Sie an ihren Vermittler richten.

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter AXA Lebensversicherung AG Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: Datenschutz@axa.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.aerzteversicherung.de/Datenschutz abrufen.

Fordern Sie ein Angebot bei uns an, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung.

Die zur Erstellung dieser Übersicht erhobenen Daten werden vom Vermittler ausschließlich für den Zweck des Versorgungsvorschlages verarbeitet.

Das Rechnen von Angeboten ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe in der Anbahnung ist, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Auftragnehmer und Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externe Auftragnehmer und Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.aerzteversicherung.de/Datenschutz entnehmen.

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte

Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2–4
40213 Düsseldorf

Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die Deutsche Ärzteversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung und Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Deutsche Ärzteversicherung AG unentbehrlich.

Es steht Ihnen frei, die Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: Deutsche Ärzteversicherung AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln, oder per E-Mail an service@aerzteversicherung.de. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von nach § 203 StGB geschützten Daten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Deutsche Ärzteversicherung AG.

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Datenaustausch im Rahmen von Kooperationen zur Gewährung von Vorteilsbedingungen

Ich willige ein, dass die Deutsche Ärzteversicherung AG, soweit auf Grund von Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen, Vereinen, Verbänden, Firmen oder sonstigen Dritten Vorteilsbedingungen gewährt werden, zwecks Prüfung, ob eine entsprechende Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit mit Anspruch auf Vorteilsbedingungen besteht, mit den genannten Dritten einen Datenabgleich vornimmt und entbinde insoweit den Versicherer von der Schweigepflicht.

2. Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Deutsche Ärzteversicherung AG

Die Deutsche Ärzteversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

2.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Deutsche Ärzteversicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der AXA-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Deutsche Ärzteversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Deutsche Ärzteversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Schweigepflichtentbindungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.aerzteversicherung.de/Datenschutz eingesehen oder bei dem in Ihren Vertragsunterlagen genannten Ansprechpartner/Betreuer angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Deutsche Ärzteversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung.

Ich willige ein, dass die Deutsche Ärzteversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Deutsche Ärzteversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der AXA Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Deutsche Ärzteversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.
Diese Einwilligung gilt entsprechend für die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z.B. Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.



Übersicht der Dienstleister im AXA Konzern

Stand 01.10.2025

Gesellschaften, die an einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten teilnehmen

<ul style="list-style-type: none"> - AXA Customer Care GmbH - AXA easy Versicherung AG - AXA Direktberatung GmbH - AXA Konzern AG - AXA Krankenversicherung AG - AXA Lebensversicherung AG - AXA Versicherung AG 	<ul style="list-style-type: none"> - AXA Services & Direct Solutions GmbH - AGER Lebensversicherung AG - Deutsche Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG - Deutsche Ärzteversicherung AG - E.C.A. LEUE GmbH + Co.KG 	<ul style="list-style-type: none"> - Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung - ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG - winExpertisa Gesellschaft zur Förderung beruflicher Vorsorge mbH
---	---	---

Dienstleister, deren Hauptgegenstand des Auftrags die Datenverarbeitung ist (Einzelnennung)

Alle Konzerngesellschaften	
Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
ARA GmbH	Telefonischer Kundendienst
AXA Assistance Deutschland GmbH	Telefonischer Kundendienst
AXA Customer Care GmbH	Telefonischer Kundendienst, Kundenbetreuung
AXA Group Operations Germany GmbH	Betrieb des Rechenzentrums
AXA Group Operations SAS	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen
AXA Konzern AG	Bearbeitung von Anträgen, Verträgen, Leistungen und Regressen, Betreuung der Vermittler:innen
AXA Logistik & Service GmbH	Bearbeitung von Post, Anträgen, Verträgen und Leistungen
AXA Services & Direct Solutions GmbH	Telefonischer Kundendienst, Kundenbetreuung/Bearbeitung von Vorgängen
GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittler:innen und Dienstleister:innen
GIE AXA	Hosting, Datenselektionen
unternehmen online GmbH & Co.KG	Betrieb von Online-Anwendungen (Angebots-/Antragsaufnahme)

AXA Krankenversicherung AG inkl. Zweigniederlassung DBV Deutsche Beamtenversicherung	
Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
IMB Consult GmbH	Medizinische Gutachten
MD Medicus Holding GmbH	Telefonischer Kundendienst Ausland, Bearbeitung von Leistungen aus Auslandsreisekrankenversicherungen
ROLAND Assistance GmbH, Medical Contact AG, Sanvartis GmbH	Diseasemanagement
HMM Deutschland GmbH	Prüfung von Leistungen
ViaMed GmbH	Prüfung von Leistungen

AXA Lebensversicherung AG inkl. Zweigniederlassung DBV Deutsche Beamtenversicherung	
Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
Verisk Med GmbH	Anforderung medizinischer Auskünfte
Fondsdepot Bank GmbH	Depotverwaltung für Fondspolizen
SP Consult AG	Bearbeitung von Anträgen und Leistungen, Verwaltung von Beständen



AXA Versicherung AG inkl. DBV Deutsche Beamtenversicherung Zweigniederlassung / Deutsche Ärzteversicherung Allgemeine Zweigniederlassung / AXA easy Versicherung AG

Dienstleister	Gegenstand und Zweck des Auftrags
Verisk Med GmbH	Telefonischer Kundendienst
April Deutschland AG	Telefonischer Kundendienst
AXA Assistance Deutschland GmbH	Diseasemanagement, Durchführung KFZ-Versicherungen für Inhaber von Kreditkarten, Verwaltung von Beständen, Bearbeitung von Leistungen für KFZ-Versicherungen von Mietwagen, Handwerker- und Dienstleisternetz, Anlage Neuschäden
Inter Partner Assistance S.A.	Schutzbriefleistungen
ROLAND Assistance GmbH	Schutzbriefleistungen
Versicherungsforen medi-part GmbH	Bearbeitung von Leistungen

Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Verarbeitung von Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist und/oder die Dienstleistung durch viele verschiedene Dienstleister erfolgt

Alle Konzerngesellschaften	
Dienstleisterkategorie	Gegenstand und Zweck des Auftrags
Adressermittler:in	Prüfung von Adressen
Aktenlager	Lagerung von Akten
Assekuradeure	Assekuradeurdienstleistungen
Assisteure	Assistanceleistungen
Ermittler:in/Unfallanalytiker:in	Betrugsabwehr
Entsorgungsunternehmen	Beseitigung von Abfällen
Gutachter:in/med. Expert:in/Berater:in	Prüfung von Anträgen, Leistungen, Regressen, Beratung
Inkassounternehmen/ Auskunftsteien	Bearbeitung von Forderungen, Existenznachweis, Bonitätsauskünfte, Hinweis- und Informationssystem („HIS“)
IT-Dienstleister	Wartung/Betrieb/Entwicklung von Systemen/Anwendungen/Onlineservices
Lettershops/Druckereien	Postsendungen/Newsletter (E-Mail)
Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung, Analysen der Kundenzufriedenheit
Rechtsanwaltskanzleien	Einzug von Forderungen, Rechtsstreitigkeiten, Beschaffung von Ermittlungsakten, sonstige Rechtsdienstleistungen
Rehabilitationsdienst	Rehabilitationsmanagement
Reparatur- und Sanierungsbetriebe, Schadendienstleister, Autovermieter	Reparatur von Sachschäden und begleitende Dienstleistungen
Routenplaner:in	Schadenbearbeitung/Terminplanung
Rückversicherer	Monitoring
Service-Gesellschaften	Bearbeitung von Leistungen und Beständen im Massengeschäft (techn. Versicherungen)
Telefonischer Kundendienst	Temporärer Kundendienst in besonderen Geschäftsprozessen, Kundenbetreuung
Vermittler:in	Bearbeitung von Anträgen, Leistungen und Schäden, Beratung

AXA Krankenversicherung AG	
Dienstleisterkategorie	Gegenstand und Zweck des Auftrags
Heil-/Hilfsmittellieferant	Lieferung von Heil- und Hilfsmitteln

Eine aktuelle Version dieser Übersicht der Dienstleister finden Sie im Internet unter www.AXA.de/Datenschutz.

Hinweis: Steht Ihre besondere persönliche Situation den berechtigten Interessen des Unternehmens an einer Beauftragung entgegen, können Sie sich mit einem Widerspruch an uns wenden.