Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium (Österreich)

Inhaltsverzeichnis

Umfang der Versicherung	1
§ 1 Was ist versichert?.....	1
§ 2 Wann liegt Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?	3
§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?.....	6
§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes	6
Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt von Berufsunfähigkeit	6
§ 5 Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages	6
§ 6 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?	7
§ 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?	8
Nachprüfung der Leistungspflicht	9
§ 8 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?.....	9
§ 9 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?.....	9
Überschussbeteiligung	10
§ 10 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?	10
Kosten	12
§ 11 Abschluss- und Vertriebskosten	12
§ 12 Gebühren	12
Änderungen des Vertrages bzw. der Beiträge	12
§ 13 Was gilt bei Kündigung?	12
§ 14 Was gilt bei Beitragsfreistellung und welche weiteren Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?.....	13
§ 15 Was gilt für die dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung?	14
§ 16 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente erhöhen?	16
Berufseinstieg	17
§ 17 Was gilt bei Berufseinstieg?.....	17
§ 18 Was gilt bei Einschluss einer Starter BU?	17
Sonstige Regelungen	18
§ 19 Wer erhält die Versicherungsleistung?.....	18
§ 20 Beitragszahlung.....	18
§ 21 Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Namensänderung, Umzug, Steuerpflicht im Ausland)	19
§ 22 Anwendbares Recht - Gerichtsstand.....	19
Anhang: Definition der versicherten schweren Krankheiten von Kindern der versicherten Person	20

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium (Österreich)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Umfang der Versicherung

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a. Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeitsversicherung
- b. Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente über die vertraglich vereinbarte Leistungsdauer

Die Rente zahlen wir entsprechend der vereinbarten Rentenzahlweise monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die Rentenzahlung erfolgt dabei grundsätzlich zu Beginn der Rentenzahlungsperiode. Bei vierteljährlicher, halbjährlicher oder jährlicher Rentenzahlweise wird die erste Rentenzahlung anteilig berechnet vom Beginn des Anspruchs auf Versicherungsleistung (gemäß Absatz 4) bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode. Eine Rentenzahlungsperiode ist bei jährlicher Rentenzahlweise der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden Stammtagen und bei anderen Rentenzahlweisen eine entsprechend anteilige Dauer. Samstag ist dabei der Erste des Monats, an dem Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung planmäßig ablaufen wird.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit als 50% besteht vorbehaltlich des Absatzes 2 kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

- (2) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 Abs. 8, so erbringen wir in jedem Fall unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit die Leistungen entsprechend Absatz 1.
- (3) Bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht stunden wir die Beiträge zinslos. Erkennen wir die Leistung nicht an, so sind die gestundeten Beiträge nachzuzahlen. Nach Vereinbarung können Sie die gestundeten Beiträge in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraumes von maximal 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen. Sofern möglich, werden wir Ihnen auf Wunsch weitere Vorschläge machen, wie die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erleichtert werden kann. Dazu gehört auch die Möglichkeit, die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung zu verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist. Dabei erhöhen wir nach Rücksprache entweder Ihren künftig zu zahlenden Beitrag oder wir setzen die versicherten Leistungen herab. Die herabgesetzten Leistungen dürfen jedoch die beitragsfreien Mindestsummen nicht unterschreiten. Über die Auswirkungen der Vertragsänderung informieren wir Sie gerne.
- (4) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum Beginn der Berufsunfähigkeitsversicherung. Wird uns die Berufsunfähigkeit nach ihrem Eintritt in geschriebener Form mitgeteilt, so leisten wir rückwirkend - gerechnet ab dem Monat der Meldung - für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit.
- (5) Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die versicherte Rente erst mit Ablauf der Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit nach Absatz 1 bzw. 2 während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Während der Karenzzeit sind keine Beiträge zu entrichten.
Der Anspruch auf Einmalleistungen gemäß Absatz 12 und 13 besteht auch während der Karenzzeit. Als Karenzzeit gilt der im Versicherungsschein vereinbarte Zeitraum in Kalendermonaten vom Eintritt der Berufsunfähigkeit bis zum Leistungsbeginn.

- (6) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt oder keine Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 Abs. 8 mehr besteht, wenn die versicherte Person stirbt oder den Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer erlebt.
- (7) Wenn eine Leistung nach anerkannter Berufsunfähigkeit gemäß § 8 Abs. 4 eingestellt wird, weil der Grad der Berufsunfähigkeit unter den im Absatz 1 genannten Mindestgrad gesunken ist oder keine Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 Abs. 8 mehr besteht, lebt die Leistung innerhalb der vertraglich vereinbarten Leistungsdauer auch nach Ablauf der Versicherungsdauer wieder auf, sofern die versicherte Person erneut wegen der ursprünglichen Ursache berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen wird.
- (8) Wenn nach Einstellung unserer Leistungen gemäß § 8 Abs. 4 die Berufsunfähigkeit aufgrund der ursprünglichen Ursache wieder eintritt und die vertraglich vereinbarte Leistungsdauer noch nicht beendet ist, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten angerechnet. Wurden bereits Leistungen gewährt, so entsteht keine neue Karenzzeit.
- (9) Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeitsversicherung besteht weltweit.
- (10) Wenn unsere Leistungspflicht endet, weil die versicherte Person eine Umschulungsmaßnahme erfolgreich abgeschlossen hat und wieder eine Tätigkeit ausübt, zahlen wir einmalig als Wiedereingliederungshilfe eine Kapitalleistung in Höhe einer halben Berufsunfähigkeitsjahresrente, insgesamt maximal 12.000 EUR für alle bei uns auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen.

Voraussetzung für die Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe ist, dass die versicherte Person im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr berufsunfähig ist und bei Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe die verbleibende Versicherungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens 12 Monate beträgt. Bei erneuter Berufsunfähigkeit innerhalb von 6 Monaten wird eine geleistete Wiedereingliederungshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche angerechnet.

- (11) Zahlen wir eine Berufsunfähigkeitsrente, so geht diese Rente bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer in eine lebenslange Altersrente gleicher Höhe über, wenn die Berufsunfähigkeit in Folge von Pflegebedürftigkeit gemäß § 2 Abs. 8 vor Vollendung des 45. Lebensjahres eingetreten ist, die Pflegebedürftigkeit bis zum Ende der Leistungsdauer ununterbrochen fortbesteht und die Leistungsdauer des Vertrages mindestens bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person vereinbart ist.
- (12) Bei einer erstmalig anerkannten Berufsunfähigkeit, die durch einen Unfall bedingt ist (unfallbedingte Berufsunfähigkeit), wird eine einmalige Zusatzzahlung in Höhe von drei Berufsunfähigkeitsmonatsrenten, maximal 3.000 EUR für alle bei uns auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen, erbracht.

Bei einer erstmalig anerkannten unfallbedingten Berufsunfähigkeit übernehmen wir die Kosten eines Rehamanagers sowie die Kosten für ambulante und stationäre Rehammaßnahmen zur Minderung der Unfallfolgen bis zu einer Höhe von neun Berufsunfähigkeitsmonatsrenten, insgesamt maximal 9.000 EUR für alle bei uns auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen, soweit die Kosten nicht von Dritten übernommen werden.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

- (13) An Anschaffungskosten im Rahmen einer Umorganisation gemäß § 2 Abs. 2 beteiligen wir uns auf Antrag in geschriebener Form mit einem Betrag in Höhe von bis zu sechs Monatsrenten, höchstens 12.000 EUR für alle bei uns auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen, wenn die entsprechende Anschaffung durch die konkrete gesundheitliche Beeinträchtigung bedingt ist und durch diese Anschaffung eine zumutbare und betrieblich sinnvolle Umorganisation gemäß § 2 Abs. 2 erreicht wird. Leistungen wegen Berufsunfähigkeit werden in diesem Fall nicht erbracht. Tritt innerhalb eines Jahres nach unserer Leistung dennoch Berufsunfähigkeit ein, werden die von uns geleisteten Anschaffungskosten mit den Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet.
- (14) Sofern der Versicherungsnehmer eine natürliche Person ist, erhält die versicherte Person eine zusätzliche Leistung, falls bei leiblichen oder adoptierten Kindern der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen eintritt und sie zu diesem Zeitpunkt mindestens ein Jahr

alt sind und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Dabei gelten ferner die folgenden Bedingungen:

- a. Wir erbringen eine Leistung, falls bei einem Kind der versicherten Person während der Versicherungsdauer eine der im Anhang definierten schweren Krankheiten eintritt. Unsere Leistung beträgt einmalig eine versicherte Jahresrente der versicherten Person, höchstens jedoch 24.000 EUR.
- b. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht im Regelfall nach Ablauf von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose, sofern das betreffende Kind diesen Zeitpunkt erlebt. Ausnahmen sind bei einzelnen schweren Krankheiten im Anhang ausdrücklich benannt.
- c. Die Leistung wird pro Kind nur einmal gezahlt. Das gilt auch bei gleichzeitigem Eintritt mehrerer schwerer Krankheiten.
- d. Ein etwaiger Anspruch auf Leistung aufgrund einer ärztlichen Diagnose bei Kindern der versicherten Person kann frühestens nach einer Vorlaufzeit von einem Jahr entstehen. Dieser Zeitraum bemisst sich ab Zahlung des ersten Beitrags bzw. ab der Geburt des betreffenden Kindes, je nachdem welcher Zeitpunkt später liegt.
- e. Ist das mitversicherte Kind im Rahmen von mehreren Verträgen mitversichert, erbringen wir die in diesem Absatz beschriebenen Versicherungsleistungen insgesamt nur einmal. Unterscheiden sich die Versicherungssummen der betroffenen Verträge, so ist die höhere Versicherungssumme die hier maßgebliche gültige Versicherungssumme.
- f. Es besteht ferner kein Anspruch auf Leistung,
 - wenn innerhalb des ersten Jahres nach Zahlung des ersten Beitrags oder im ersten Lebensjahr des betreffenden Kindes für eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen (vgl. Anhang) erstmalige Symptome auftreten oder
 - wenn die schwere Krankheit direkt oder indirekt auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist, die bereits im ersten Lebensjahr des betreffenden Kindes oder vor Vertragsabschluss oder zum Zeitpunkt der Adoption bestanden hat. Dabei spielt es keine Rolle, ob sich die Erkrankung durch Symptome bemerkbar gemacht hatte oder nicht.

(15) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 10).

(16) Wenn Sie Fragen zu Ihrem Vertrag haben, helfen wir Ihnen gerne. Wir beantworten außerdem gerne Fragen

- zum Umfang Ihres Versicherungsschutzes,
- zu den eingeschlossenen Zusatzleistungen sowie
- zu möglichen Optionen.

Wenn Sie eine Leistung beantragen, geben wir Ihnen auf Wunsch Auskunft,

- wie Sie eine Leistung beantragen,
- welche Unterlagen Sie uns einreichen müssen und
- wie Sie Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder eine schwere Krankheit nachweisen können.

§ 2

Wann liegt Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

- (1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn
 - a. die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich länger als sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, tätig zu sein, und
 - b. sie keiner anderen, ihrer Ausbildung, ihren Fähigkeiten und ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechenden beruflichen Tätigkeit nachgeht.

Wir verzichten auf die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung. Die Lebensstellung wird sowohl durch das Einkommen als auch durch die soziale Wertschätzung bestimmt, wie sie durch den zuletzt ausgeübten Beruf geprägt waren. Wir begrenzen die für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung im Vergleich zum jährlichen Bruttoeinkommen auf maximal 20 %.

- (2) Für Selbstständige und mitarbeitende Betriebsinhaber liegt keine Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person nach wirtschaftlich zumutbarer Umorganisation als Selbstständiger bzw. mitarbeitender Betriebsinhaber so weiter tätig sein könnte, dass eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen vermieden wird. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich sinnvoll ist und vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person auch durchgeführt werden kann. Ferner muss die bisherige Lebensstellung des Selbstständigen oder Betriebsinhabers gemäß Absatz 1 gewahrt bleiben. Für Gesellschafter-Geschäftsführer gilt dies entsprechend. Wir verzichten auf die Prüfung einer Umorganisation des Betriebs, wenn

- a. die versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in ihrer täglichen Arbeitszeit mindestens 90% kaufmännische, leitende, planerische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt, oder
 - b. der Betrieb weniger als 5 Mitarbeiter beschäftigt. Nicht zu den 5 Mitarbeitern zählen Auszubildende, Praktikanten und Werksstudenten.
- (3) Bei hauptberuflich tätigen Studenten wird während des Studiums für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das Mindestanforderungsprofil der Berufe zugrunde gelegt, für die der Studienabschluss im belegten Studienfach typischerweise Voraussetzung ist.
Bei Lehrlingen wird während der Ausbildung für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild herangezogen.
Die Berufsunfähigkeit eines Beamten beurteilt sich unabhängig von einer etwaigen Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne allein entsprechend Absatz 1.
Die Tätigkeiten von Schülern, Hausfrauen bzw. Hausmännern sehen wir als Beruf an. Nimmt die versicherte Person später eine Berufstätigkeit auf, ist entsprechend Absatz 1 von diesem Zeitpunkt an der ausgeübte Beruf versichert.
- (4) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die genannten Voraussetzungen für die vollständige Berufsunfähigkeit nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich länger als sechs Monate ununterbrochen erfüllt sind.
- (5) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, tätig zu sein, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.
Wir erbringen in diesem Fall unsere Leistung rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der sechsmonatige Zeitraum begonnen hat. Absatz 1b, Absatz 2 sowie § 1 Abs. 4 gelten entsprechend.
Ist eine Karenzzeit vereinbart (vgl. § 1 Abs. 5), beginnt die Karenzzeit mit Beginn des sechsmonatigen Zeitraums.
- (6) Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine berufliche Tätigkeit aus, so gilt die zuletzt vor dem Ausscheiden aus dem Berufsleben konkret ausgeübte Tätigkeit und die bei Ausscheiden erreichte Lebensstellung gemäß Absatz 1 als versichert.
- (7) Innerhalb der Elternkarenz ist die Tätigkeit versichert, die die versicherte Person vor Beginn der Elternkarenz konkret ausgeübt hat. Dies gilt auch, insofern mehrere Elternkarenzen ohne Unterbrechung hintereinander durchgeführt werden.
- (8) Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall voraussichtlich länger als sechs Monate so hilflos ist, dass sie für mindestens zwei der im Folgenden genannten sechs Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
- **Fortbewegen im Zimmer**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe, eines Rollstuhls oder anderer technischer Hilfsmittel - die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.
 - **Aufstehen und Zubettgehen**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung eines Pflegebettes oder anderer technischer Hilfsmittel - nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
 - **An- und Auskleiden**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung oder anderer Hilfsmittel - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
 - **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße oder anderer technischer Hilfsmittel - nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.
 - **Waschen**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung von Wannengriffen, einem Wannenaufzug oder anderer technischer Hilfsmittel - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.
 - **Verrichten der Notdurft**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann oder weil
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheder oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

- (9) Unabhängig von der Pflegebedürftigkeit gem. Absatz 8, liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit auch vor, wenn bei der versicherten Person schwere Hirnleistungsstörungen (schwere Demenz) vorliegen, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden und in deren Folge die versicherte Person Unterstützung bei den oben genannten Verrichtungen oder kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.

Die schwere Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken.

Die Diagnose einer schweren Demenz ist durch einen Facharzt (Neurologie) auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 6 ("Schwere kognitive Leistungseinbußen"), ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 6) oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen. Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden.

- (10) Ist die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall länger als sechs Monate so hilflos gewesen, dass sie für mindestens zwei der in Absatz 8 genannten sechs Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedurfte, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Beginn an als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit.

- (11) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt bei Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten sowie Studenten der Medizin und Tiermedizin auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen einer Infektionsgefahr Patienten zu behandeln (vollständiges Tätigkeitsverbot) und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt in Kopie vorzulegen. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, sofern die versicherte Person eine ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit tatsächlich ausübt und diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Werden Leistungen aufgrund des vollständigen Tätigkeitsverbotes erbracht, endet die Leistungsverpflichtung mit der Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes oder wenn die Gründe für das vollständige Tätigkeitsverbot weggefallen sind, falls die versicherte Person imstande ist, ihren Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Die Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes und der Wegfall der Gründe hierfür sind uns unverzüglich anzuzeigen. Die Bestimmungen zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit gelten entsprechend.

- (12) Für die Dauer von bis zu drei Jahren liegt vollständige Berufsunfähigkeit auch dann vor, wenn und solange die versicherte Person aufgrund einer nach Vertragsabschluss eingetretenen Ursache voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen
- bei der Fortbewegung ständig auf einen Rollstuhl angewiesen ist,
 - das Hörvermögen vollständig verloren hat oder
 - das Sehvermögen vollständig verloren hat.

Nach Ablauf dieses Zeitraums wird das Vorliegen einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit geprüft. Diese Leistungserweiterung entfällt, sobald eine Tätigkeit ausgeübt wird, zu der die versicherte Person aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

**§ 3
In welchen Fällen ist der Versicherungs-
schutz ausgeschlossen?**

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.
- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:
 - a. Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Republik Österreich ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
 - b. Durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße (z.B. im Straßenverkehr) sind davon nicht betroffen.
 - c. Durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung, versuchte Selbsttötung oder vorsätzliche Herbeiführung der Pflegebedürftigkeit. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten.
 - d. Durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.
 - e. Unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder durch den vorsätzlichen Einsatz oder das vorsätzliche Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.
 - f. Durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr und Bekämpfung eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig wurde.

**§ 4
Beginn des Versicherungsschutzes**

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Zugang des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor zwölf Uhr am Mittag des Tages, der im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn angegeben ist. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Regelungen zur Beitragszahlung in § 20 Abschnitt I Abs. 1 bis 3.

Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt von Berufsunfähigkeit

**§ 5
Ihre Pflichten vor Beginn des
Vertrages**

I. Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Wir sind auf die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen angewiesen. Das bedeutet vor allem, dass Sie vor Abschluss oder Änderung des Vertrages alle Fragen, die wir oder unser Vermittler in geschriebener Form insbesondere zu Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden stellen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- (2) Ist die Berufsunfähigkeit einer anderen Person versichert worden, so wird Ihnen das Wissen dieser Person wie eigenes zugerechnet.

II. Rücktritt

- (1) Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Anzeigepflicht ohne Verschulden verletzt haben oder wir Kenntnis vom nicht angezeigten oder unrichtig angezeigten Umstand hatten.
- (2) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn wir den Rücktritt erst nach Eintritt des Leistungsfalls erklärt haben und Sie bzw. der Anspruchsberechtigte nachweisen, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Gefahrumstände keinen Einfluss auf den Eintritt des Leistungsfalls oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Wird die Versicherung durch einen Rücktritt aufgehoben, erlischt sie, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Ein Anspruch auf Rückzahlung der Beiträge besteht nicht.

III. Verzicht auf Vertragsanpassung und Kündigung

- (1) Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht zur Vertragsanpassung und Kündigung nach §41 VersVG.

IV. Ausübung unserer Rechte

- (1) Die oben genannten Rechte zum Rücktritt können wir nur innerhalb der ersten drei Jahre seit Vertragsbeginn ausüben. Bei arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht beträgt die Frist zehn Jahre.
- (2) Die Ausübung unserer Rechte muss allerdings innerhalb eines Monats schriftlich erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangen.
- (3) Die Fristen gelten bei Wiederherstellung der Versicherung oder bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung entsprechend.

V. Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

VI. Erklärungsempfänger

Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 6

Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?

I. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit der versicherten Person

Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- a. Eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit.
- b. Ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit.
- c. Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.
- d. Bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung einer Pflegefachkraft über Art und Umfang der Pflege.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

II. Bei Eintritt einer schweren Krankheit der Kinder der versicherten Person

Für die Anerkennung des Anspruches und eine sodann mögliche Auszahlung der Leistung ist es erforderlich, dass uns die ärztliche Diagnose über die schwere Erkrankung der Kinder der versicherten Person zum Zweck der Nachprüfung durch die Erziehungsberechtigten überlassen wird. Ebenso erforderlich ist es, eine Schweigepflichtentbindungserklärung des entsprechenden Arztes einzureichen.

III. Weitere Nachweise

- (1) Die ärztlichen Nachweise im Sinne des Abschnitts I zum Eintritt oder zum Fortbestehen der Berufsunfähigkeit bzw. des Abschnitts II zum Nachweis des Eintritts einer schweren Erkrankung der Kinder der versicherten Person müssen von einem innerhalb der EU niedergelassenen Arzt erstellt werden. Sie müssen in deutscher Sprache verfasst werden, oder diesen Nachweisen muss eine durch einen vor Gericht zugelassenen Übersetzer erstellte Übersetzung ins Deutsche beigefügt werden. Sofern aus unserer Sicht eine Anreise aus dem Ausland erforderlich ist, übernehmen wir die mit uns abgestimmten Anreise- und Aufenthaltskosten. Wir werden aber im Einzelfall prüfen, ob von den genannten Anforderungen abgewichen und z.B. auf eine Anreise verzichtet werden kann. Insbesondere werden wir nicht auf Ihrer Anreise bzw. auf der Anreise des Kindes bestehen, wenn Transportunfähigkeit besteht.

- (2) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise, auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen, verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Soweit hierbei eine fachmedizinische Begutachtung der versicherten Person bzw. der Kinder der versicherten Person erforderlich ist und die versicherte Person bzw. das Kind der versicherten Person dafür anreisen muss, übernehmen wir zusätzlich angemessene Reise- und Unterbringungskosten. Dies gilt auch für Anreisen aus dem Ausland.
- (3) Wir können verlangen, dass die versicherte Person Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Alten- und Pflegeheime, bei denen sie oder das Kind in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Hat die versicherte Person die Ermächtigung bei Abgabe der Vertragserklärung erteilt, werden wir sie vor Einholung einer solchen Auskunft unterrichten; die versicherte Person kann der Einholung einer solchen Auskunft widersprechen. Im Übrigen kann die versicherte Person jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt. Entsteht durch die Einzeleinwilligung ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Leistungsantrages, können wir von Ihnen die damit verbundenen Kosten verlangen. Hat uns die versicherte Person die genannte Ermächtigung oder Einzeleinwilligung nicht erteilt, gilt dies als Verletzung einer Mitwirkungspflicht und Sie haben keinen Anspruch auf Leistung.
- (4) Grundsätzlich ist die Befolgung von ärztlichen Anordnungen nicht Voraussetzung für die Anerkennung von Leistungen aus dieser Versicherung. Die versicherte Person ist jedoch verpflichtet, zur Schadenminderung beizutragen und sich damit allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen zur Besserung oder Wiederherstellung der Gesundheit und damit zur Minderung der Berufsunfähigkeit zu unterziehen. Zumutbar sind Untersuchungen und Behandlungen, bei denen ein Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, mit denen keine besonderen Schmerzen verbunden sind und die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten. Immer zumutbar sind damit Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (z.B. Blutkontrollen, Physiotherapie, Allergiebehandlung) und die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (wie z.B. Verwendung von Prothesen, Seh- oder Hörhilfen, Stützstrümpfen) sowie logopädische Maßnahmen. Nicht unter die Schadenminderungspflicht fallen operative Behandlungen, spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen, mit denen regelmäßig hohe und belastende Nebenwirkungen einhergehen. Eine Ablehnung derartiger Maßnahmen hat keinen Einfluss auf die Anerkennung unserer Leistungspflicht.

§ 7

Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

I. Mitwirkungspflicht zum Zeitpunkt des Eintretens der Berufsunfähigkeit

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 6 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchshebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus dieser Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls oder die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

II. Mitwirkungspflicht während der Leistungspflicht

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 8 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchshebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflichten nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

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

Nachprüfung der Leistungspflicht

§ 8

Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Übt die versicherte Person eine neue berufliche Tätigkeit aus, die ihrer Ausbildung, ihren Fähigkeiten und ihrer früheren Lebensstellung entspricht, so führt auch dies zum Wegfall der Leistungspflicht. Dabei sind auch neu erworbene berufliche Fähigkeiten sowie neue Ausbildungen zu berücksichtigen.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich ärztliche Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen unter § 6 Abschnitt III Abs. 1 gelten entsprechend.
- (3) Die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
- (4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, werden wir von der Leistung frei. Wir legen Ihnen die Veränderung in geschriebener Form dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in geschriebener Form mit. Erfolgt die Feststellung des Wegfalls der Berufsunfähigkeit oder ihrer Minderung auf weniger als 50% im Rahmen einer Nachprüfung, so wird in diesem Fall die Einstellung unserer Leistungen erst mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung Ihnen gegenüber wirksam. In jedem Fall muss zum Zeitpunkt der Einstellung unserer Leistungen auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.
- (5) Besteht keine Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit mehr, stellen wir unsere Leistungen entsprechend Absatz 4 ein.

§ 9

Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

- (1) Wir verpflichten uns, innerhalb von drei Wochen nach Eingang der jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen
 - a. Ihnen unsere Entscheidung über die Leistungspflicht in geschriebener Form mitzuteilen oder
 - b. weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
 - c. Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z.B. Einholung eines neutralen Gutachtens) einleiten werden.

Solange eine Erklärung über unsere Leistungspflicht noch aussteht, informieren wir Sie mindestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

- (2) Grundsätzlich sprechen wir kein zeitlich befristetes Anerkenntnis unserer Leistungspflicht aus. Nur in begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis von bis zu 12 Monaten aussprechen. Hierfür müssen einem endgültigen Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen. Ist eine Karenzzeit vereinbart, beginnt diese mit Beginn des 12-Monats-Zeitraums zu laufen. Wir werden Ihnen die Gründe für ein befristetes Anerkenntnis in unserer Erklärung über die Leistungspflicht mitteilen. Gründe können etwa sein:
 - Umstände, die für eine Beurteilung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, maßgeblich sind, ändern sich voraussichtlich.
 - Die versicherte Person absolviert eine Rehabilitations-, Umschulungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahme, oder eine solche Maßnahme ist geplant.

Das befristete Anerkenntnis ist bis zum Ablauf der Frist bindend. Das heißt, wir führen innerhalb dieses Zeitraums keine Nachprüfung der Berufsunfähigkeit durch. Nach Ablauf der Frist entscheiden wir über unsere Leistungspflicht neu. Hierzu werden wir zu dem Zeitpunkt aktuelle Unterlagen gemäß § 6 von Ihnen anfordern.

Stellt sich nach Ablauf der Frist heraus, dass keine Berufsunfähigkeit vorliegt, werden die bis dahin gezahlten Leistungen nicht zurückgefordert. Leistungen aus einem befristeten Anerkenntnis sind für uns selbst dann nicht rückforderbar, wenn keine Berufsunfähigkeit vorgelegen haben sollte.

Überschussbeteiligung

§ 10

Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gem. § 153 des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung).

I. Überschussermittlung

- (1) Die Überschüsse werden unter Berücksichtigung der Vorschriften des deutschen Handelsgesetzbuches (HGB) und des deutschen Versicherungsaufsichtsgesetzes (dVAG) sowie der dazu erlassenen Rechtsverordnungen ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist bei der deutschen Aufsichtsbehörde (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, BaFin) einzureichen.
- (2) Der ermittelte Überschuss wird, soweit er den Verträgen nicht bereits direkt gutgeschrieben wird, in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) eingestellt. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Die in die RfB eingestellten Mittel dürfen grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde darf die RfB in Ausnahmefällen gemäß § 140 dVAG zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder - sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen - zur Erhöhung der Deckungsrückstellung herangezogen werden.
- (3) Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung hängt vom Risikoverlauf sowie von der Entwicklung der Kosten ab. Prognosen über die weitere Entwicklung der Überschussbeteiligung sind über einen längeren Zeitraum nicht möglich. Wir können daher keine Aussage darüber machen, in welcher Höhe Überschüsse in Zukunft anfallen werden. Die Höhe der Überschüsse kann also nicht garantiert werden.
- (4) Verschiedene Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Deshalb haben wir gleichartige Versicherungen in Gruppen zusammengefasst. Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Bestandsgruppen erfolgt nach dem Umfang, in dem diese zu seiner Entstehung beigetragen haben.
- (5) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe der Berufsunfähigkeitsversicherungen.

II. Zuteilung von Überschüssen

- (1) Die für jedes Kalenderjahr vorzunehmenden Festlegungen zur Höhe der einzelvertraglich zuzuweisenden Überschüsse erfolgen auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars durch unseren Vorstand und werden entsprechend den gesetzlichen Anforderungen im Geschäftsbericht veröffentlicht (Überschussdeklaration).
- (2) Die jährlich auszuschüttenden Mittel werden den Überschüssen des Geschäftsjahres oder der RfB entnommen.
- (3) Überschussverwendung
 - a. Überschussverwendung in der leistungsfreien Zeit
Für die Überschussverwendung während der leistungsfreien Zeit wird im Versicherungsantrag und im Versicherungsschein die für Sie zutreffende der folgenden Überschussverwendungsarten genannt:
 - Beitragsreduktion
Während der Beitragszahlung erhalten Sie in jedem Jahr einen Überschussanteil in Prozent des Beitrags. Er wird von Versicherungsbeginn an bis zum ersten Stammtag nach Versicherungsbeginn und dann jeweils für ein Jahr gewährt und verringert Ihren zu zahlenden Beitrag.
 - Sofortbonus
Sie erhalten einen Bonus in Prozent der versicherten Rente aus dieser Versicherung. Er wird von Versicherungsbeginn an bis zum ersten Stammtag nach Versicherungsbeginn und dann jeweils für ein Jahr gewährt und erhöht die Versicherungsleistung im Falle der Berufsunfähigkeit.

Bei einer etwaigen Herabsetzung des Bonus haben Sie das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung den bisherigen Versicherungsschutz durch eine entsprechende Aufstockung wiederherzustellen.

b. Überschussverwendung in der leistungspflichtigen Zeit

In der leistungspflichtigen Zeit zahlen wir eine jährlich steigende oder gleichbleibende Gewinnrente. Der Zuwachs bemisst sich in Prozent der Berufsunfähigkeitsrente inklusive etwaigem Sofortbonus zuzüglich der Gewinnrente des Vorjahres. Die Gewinnrente wird erstmals fällig, nachdem die Berufsunfähigkeit mindestens ein volles Jahr seit einem Stammtag bestanden hat und eine etwaige Karenzzeit abgelaufen ist. Während einer Karenzzeit werden Anwartschaften auf eine Gewinnrente aufgebaut. Die Gewinnrente wird zusammen mit der Berufsunfähigkeitsrente ausgezahlt. Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (siehe Abschnitt III) erhalten Sie zusammen mit der Gewinnrente.

Familienbonus

(4) Sofern zum Beginn der Versicherung

- mindestens ein leibliches oder adoptiertes, nicht volljähriges Kind im gleichen Haushalt lebt wie die versicherte Person oder
 - eine Schwangerschaft mindestens im 4. Schwangerschaftsmonat (Nachweis durch Mutter-Kind-Pass erforderlich) besteht
- und die versicherte Person
- verheiratet ist oder
 - in einer Eingetragenen Partnerschaft nach EPG oder
 - in einer eheähnlichen Gemeinschaft mit identischem Wohnsitz lebt (Nachweis durch Meldeauskunft aus dem zentralen Melderegister erforderlich)

wird ein Familienbonus gewährt. Dieser muss bei Antragstellung mit beantragt werden. Die Überschussbeteiligung erfolgt in diesem Fall ebenfalls gem. Absatz 3, jedoch mit für beide Überschussverwendungsformen eigenständig deklarierten Überschussätzen.

- (5) Werden die in Absatz 4 beschriebenen Voraussetzungen für den Familienbonus innerhalb der ersten 12 Monate nach Versicherungsbeginn erfüllt und wird uns dies unverzüglich mitgeteilt, wird der Familienbonus auch rückwirkend gewährt. Werden die in Absatz 4 beschriebenen Voraussetzungen für den Familienbonus bei Übergang in die Folgephase gemäß § 18 erfüllt, wird der Familienbonus gewährt. Die Erfüllung der Voraussetzungen ist mittels einer Kopie des Mutter-Kind-Passes (ab dem 4. Schwangerschaftsmonat) oder der Geburtsurkunde sowie ggfs. der Meldebescheinigung durch die versicherte Person nachzuweisen.

III. Beteiligung an Bewertungsreserven

Grundlegendes zur Beteiligung an den Bewertungsreserven

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

Wichtige Eckpunkte zur Beteiligung Ihres Vertrages an den Bewertungsreserven

- (5) In der leistungsfreien Zeit erfolgt für Ihren Vertrag keine Beteiligung an den Bewertungsreserven. Die Beiträge Ihres Vertrages werden zur Finanzierung der Leistungsfälle und für die Verwaltung der Verträge benötigt. Ein Ansparen einer Ablaufleistung und damit ein langfristiger Aufbau von Kapitalanlagen erfolgt nicht. Somit ergeben sich in einem verursachungsorientierten Verfahren keine ausschüttungspflichtigen Bewertungsreserven.

- (6) Während des Rentenbezugs aufgrund von Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit kann für diese Absicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven verursachungsorientiert sein. Ob dies der Fall ist, stellen wir jährlich im Rahmen der Festsetzung der Überschussbeteiligung fest. In der Überschussdeklaration im Geschäftsbericht beschreiben wir das Verfahren.

Kosten

§ 11

Abschluss- und Vertriebskosten

- (1) Mit dem Abschluss Ihres Vertrages und mit Beitragserhöhungen während der Vertragslaufzeit sind Kosten verbunden. Diese sog. Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Abs. 2 der deutschen Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen, RechVersV) sind bereits pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.
- (2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der deutschen Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerverfahren) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV i.V.m. § 169 Abs. 3 deutsches Versicherungsvertragsgesetz bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der deutschen Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.
- (3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangsphase Ihres Vertrages zunächst nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind. Bitte beachten Sie, dass daher eine Kündigung oder Beitragsfreistellung mit finanziellen Nachteilen verbunden sein kann (vgl. §§ 13 und 14). Sprechen Sie vorher mit uns.

§ 12

Gebühren

Für Geschäftsvorfälle, die aus von Ihnen veranlassten Gründen einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand verursachen, erheben wir eine pauschale Gebühr. Die Höhe der Gebühr entspricht den in solchen Fällen im Durchschnitt anfallenden Kosten und wird Ihnen gesondert in Rechnung gestellt. Dies gilt beispielsweise bei

- Erstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein
- schriftlicher Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Rückläufern im Lastschriftverfahren
- Durchführung von Vertragsänderungen.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Gebühr zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt die Gebühr bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

Änderungen des Vertrages bzw. der Beiträge

§ 13

Was gilt bei Kündigung?

- (1) Sie können Ihre Versicherung während der Beitragszahlungsdauer jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode (vgl. § 20) ganz oder teilweise kündigen. Die Versicherungsperiode entspricht dabei dem Beitragszahlungsabschnitt, der für Ihren Versicherungsvertrag vereinbart ist.
- (2) Bei einer Kündigung erfolgt eine Beitragsfreistellung, bei einer nur teilweisen Kündigung eine Beitragsreduktion. Ein Rückkaufswert fällt nicht an. Näheres regelt § 14.
- (3) Eine Erstattung der von Ihnen eingezahlten Beiträge können Sie bei einer Kündigung nicht verlangen.

§ 14

Was gilt bei Beitragsfreistellung und welche weiteren Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Sollte die Beitragszahlung einmal für Sie schwierig werden, wenden Sie sich bitte an uns, wir können Ihnen verschiedene Lösungen anbieten.

I. Beitragsfreistellung

- (1) Sie können jederzeit mit Wirkung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode Ihre Beitragszahlung einstellen. Ihren Wunsch teilen Sie uns bitte in geschriebener Form mit, da wir Sie ansonsten gemäß § 21 Abschnitt II zunächst mahnen müssten.
- (2) Bei Beitragsfreistellung wird Ihre Versicherung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Berufsunfähigkeitsrente umgewandelt. Bei der Berechnung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente legen wir mindestens den Betrag des Deckungskapitals zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 11 Abs. 2) auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.
- (3) Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge sowie um einen Abzug. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen.

Bei der Festlegung des Abzugs wurden folgende Umstände berücksichtigt:

- a. Bei einer Beitragsfreistellung entstehen höhere Bearbeitungsaufwendungen als bei einem regulären Vertragsverlauf.
- b. Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird im Rahmen eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Versicherungsgemeinschaft hierdurch kein Nachteil entsteht.
- c. Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss Ihres Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss Ihr Vertrag seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Beitragsfreistellung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand teilweise verloren und werden deshalb im Rahmen des Abzugs in Abhängigkeit von der Laufzeit Ihres Vertrages ausgeglichen. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Wenn Sie uns nachweisen, dass der von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

- (4) Eine Fortführung der Versicherung unter Freistellung von der Beitragszahlungspflicht ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Rente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 300 EUR beträgt. Wird die Mindestrente nicht erreicht, erlischt die Versicherung ohne Leistung.

II. Beitragsreduktion

Anstatt die Beitragszahlung ganz einzustellen, können Sie auch den vereinbarten Beitrag reduzieren. Dabei wird die Berufsunfähigkeitsrente nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation herabgesetzt. Der in Abschnitt I Abs. 3 beschriebene Abzug kommt anteilig zur Anwendung. Die herabgesetzte jährliche Berufsunfähigkeitsrente darf auch in diesem Fall 300 EUR nicht unterschreiten.

III. Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Beitragsreduktion

Innerhalb von 36 Monaten nach Beginn einer Beitragsfreistellung oder Beginn einer Beitragsreduktion haben Sie die Möglichkeit, die Beitragszahlung wieder aufzunehmen bzw. Ihren Beitrag wieder bis zur Höhe des Beitrags vor der Beitragsreduktion anzuheben, sofern die Berufsunfähigkeit noch nicht eingetreten ist. In Ihrer Mitteilung über die gewünschte Beitragsfreistellung oder Beitragsreduktion können Sie uns auch einen Termin nennen, zu dem die Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung automatisch erfolgt. Falls

zwischen dem Beginn der Beitragsfreistellung oder Beitragsreduktion und der Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung nicht mehr als 6 Monate vergangen sind, ist für die Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung keine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich. Über die konkreten Auswirkungen der Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung werden wir Sie im Einzelfall informieren.

Sie können den ursprünglichen Versicherungsschutz aber auch durch eine Erhöhung der zukünftig zu zahlenden Beiträge wiederherstellen. Falls Sie die zukünftigen Beiträge nicht erhöhen möchten, werden wir die Versicherungsleistungen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation neu ermitteln.

Erfolgt die Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung nach Eintritt der Berufsunfähigkeit, so gilt die Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung rückwirkend zum Vornahmezeitpunkt als nicht vereinbart. In diesem Fall werden wir den auf die Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung entfallenden Teil der Beiträge erstatten.

IV. Folgen einer Beitragsfreistellung oder Beitragsreduktion

Eine Beitragsfreistellung oder Beitragsreduktion kann mit finanziellen Nachteilen verbunden sein. In der Anfangsphase Ihres Vertrages sind wegen der Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 11 Abs. 2) zunächst nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung.

V. Stundung

Sie können für den Zeitraum von höchstens 24 Monaten eine Stundung Ihrer Beiträge unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes in geschriebener Form beantragen, sofern

- das Deckungskapital des Vertrages bereits einen Wert in Höhe der zu stundenden Beiträge aufweist,
- zwischen dem Ende des Stundungszeitraums und dem Ende der Vertragslaufzeit noch mindestens 5 Jahre liegen und
- der Vertrag nicht im Zahlungsverzug ist.

Wir sind berechtigt, marktübliche Stundungszinsen zu erheben, welche wir Ihnen vor Durchführung der Stundung mitteilen werden. Die gestundeten Beiträge einschließlich ggf. darauf entfallender Stundungszinsen können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums in einem Beitrag entrichten oder nach Vereinbarung innerhalb eines Zeitraumes von maximal 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zurückzahlen. Bei einer ratierlichen Rückzahlung sind wir berechtigt, weitere marktübliche Stundungszinsen zu erheben. Darüber hinaus ist es auch möglich, die gestundeten Beiträge einschließlich ggf. darauf entfallender Stundungszinsen durch eine Vertragsänderung zu verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist. Dabei erhöhen wir nach Rücksprache entweder Ihren künftig zu zahlenden Beitrag oder wir setzen die versicherten Leistungen herab. Falls jedoch die herabgesetzten Leistungen die beitragsfreien Mindestsummen unterschreiten, erlischt der Vertrag. Über die Auswirkungen der Vertragsänderung informieren wir Sie gerne.

§ 15

Was gilt für die dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung?

I. Dynamik Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung

- (1) Bei vereinbarter dynamischer Erhöhung Ihrer Versicherung erhöhen sich Ihre Beiträge und unsere Versicherungsleistungen. Die für Ihren Vertrag zutreffende Vereinbarung entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.
- (2) Bei vereinbarter dynamischer Erhöhung Ihres Beitrages erhöhen sich die Beiträge für die Versicherung entsprechend dem vereinbarten Erhöhungsrhythmus um den vereinbarten Prozentsatz.
- (3) Bei vereinbarter dynamischer Erhöhung Ihrer Berufsunfähigkeitsrente erhöht sich die Berufsunfähigkeitsrente entsprechend dem vereinbarten Erhöhungsrhythmus um den vereinbarten Prozentsatz.
- (4) Die Erhöhungen des Beitrags und der Berufsunfähigkeitsrente erfolgen jeweils am Stammtag Ihrer Versicherung.
- (5) Wir teilen Ihnen mit, wie sich bei vereinbarter Beitragserhöhung die zugehörige versicherte Rente bzw. wie sich bei vereinbarter Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente der zugehörige Beitrag erhöht.
- (6) Die sich jeweils aus einer Beitragserhöhung zusätzlich ergebende Berufsunfähigkeitsrente wird aus zum Erhöhungszeitpunkt aktuellen Rechnungsgrundlagen, welche insbesondere die Entwicklung

der Lebenserwartung und die Rendite der Kapitalanlagen berücksichtigen, ermittelt. Die Rechnungsgrundlagen werden jeweils zum Erhöhungszeitpunkt unter Beachtung dann aktueller aufsichtsrechtlicher und sonstiger Bestimmungen für eine Prämienkalkulation festgelegt. Vor jeder Erhöhung erhalten Sie eine Benachrichtigung.

- (7) Der sich jeweils aus einer Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente zusätzlich ergebende Beitrag wird aus zum Erhöhungszeitpunkt aktuellen Rechnungsgrundlagen, welche insbesondere die Entwicklung der Lebenserwartung und die Rendite der Kapitalanlagen berücksichtigen, ermittelt. Die Rechnungsgrundlagen werden jeweils zum Erhöhungszeitpunkt unter Beachtung dann aktueller aufsichtsrechtlicher und sonstiger Bestimmungen für eine Prämienkalkulation festgelegt. Vor jeder Erhöhung erhalten Sie eine Benachrichtigung.
- (8) Sie können innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin auf die Beitrags- bzw. Leistungserhöhung verzichten.
- (9) Bei vereinbarter dynamischer Erhöhung ist der Verzicht auf Erhöhung an zwei aufeinanderfolgenden Erhöhungsterminen möglich. Verzichten Sie auch am dritten Erhöhungstermin in Folge auf die Erhöhung, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen. In diesem Fall haben Sie grundsätzlich die Möglichkeit, eine erneute Dynamikerhöhung zu beantragen. Ein Rechtsanspruch auf Durchführung der Dynamikerhöhung besteht nicht.
- (10) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- (11) Während der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ruht das Recht auf Dynamikerhöhungen nach Absatz 1.
- (12) Die letzte Dynamikerhöhung für die Versicherung einer Berufsunfähigkeitsrente erfolgt maximal ein Jahr vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung, bei Vereinbarung einer Karenzzeit maximal drei Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer dieser Berufsunfähigkeitsrente.
- (13) Das Recht auf weitere dynamische Erhöhungen erlischt, wenn durch Erhöhungen im Rahmen der Dynamik insgesamt 250% der Summe aus der zu Vertragsbeginn vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente und etwaigen Erhöhungen aus Nachversicherungen gem. § 16 oder § 17 Abs. 1 erreicht oder überschritten sind.
- (14) Wir behalten uns vor zu prüfen, ob die gesamten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten (ggfs. inkl. Sofortbonus) in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Sie dürfen einen bestimmten Prozentsatz des jährlichen Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Dieser Prozentsatz beträgt bei jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten (ggf. inklusive Sofortbonus)
 - bis 24.000 EUR 65% des jährlichen Bruttoeinkommens
 - bis 30.000 EUR 60% des jährlichen Bruttoeinkommens
 - ab 30.001 EUR 50% des jährlichen BruttoeinkommensBei Überschreiten der zuvor genannten Grenzwerte setzen wir die Dynamik aus.
- (15) Bei Einschluss einer Starter-BU, vgl. § 19, sind Dynamik-Erhöhungen nur in der Folgephase möglich.

II. Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung im Leistungsbezug (Leistungsdynamik für die Berufsunfähigkeitsrente)

Bei Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung im Leistungsbezug erhöht sich die Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsbezug zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres, das auf den Beginn der Rentenzahlung folgt, um den vereinbarten Prozentsatz. Erhöht wird jeweils die Rente des vorhergehenden Versicherungsjahres. Die garantierte Steigerung im Leistungsbezug gilt nicht für die lebenslange Altersrente nach Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer gemäß § 1 Abs. 11. Die Beiträge für eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit Leistungsdynamik sind höher als diejenigen für eine solche ohne Leistungsdynamik.

Wenn der Anspruch auf Versicherungsleistungen nach § 1 Abs. 6 erlischt, weil der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt oder keine Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen mehr besteht, so ist nach der Reaktivierung der Höhe nach die Berufsunfähigkeitsrente unmittelbar vor Beginn des Leistungsbezugs (ohne Erhöhungen aufgrund der Leistungsdynamik in der leistungspflichtigen Zeit) versichert. Sie haben jedoch das Recht, gegen Mehrbeitrag die versicherte Berufsunfähigkeitsrente auf den Stand vor Wegfall der Berufsunfähigkeit anzuheben. Der Mehrbeitrag bestimmt sich gemäß den versicherungsmathematischen Grundsätzen der Tariffkalkulation.

§ 16

Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente erhöhen?

- (1) Sie können einmalig innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre unabhängig von einem bestimmten Ereignis die Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Nach einer Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ist allerdings eine rückwirkende Leistung im Sinne von § 1 Abs. 4 auf die Erhöhung ausgeschlossen.

Diese Erhöhungsoption ist nur möglich, wenn Ihr Vertrag auf Grundlage einer umfassenden Gesundheitsprüfung abgeschlossen wurde. Sie ist hingegen ausgeschlossen, sofern Sie vereinfachte Zugangsvoraussetzungen genossen haben, wie dies etwa bei verkürzter Gesundheitsprüfung, mit Wartezeit, einer Gesundheitserklärung, einer Dienstobliegenheitserklärung oder einer erweiterten Dienstobliegenheitserklärung der Fall ist.

- (2) Bei folgenden Anlässen können Sie eine Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen, sofern die Anlässe nach Versicherungsbeginn eingetreten sind:
- Heirat der versicherten Person oder Begründung einer Eingetragenen Partnerschaft der versicherten Person nach EPG,
 - Scheidung der versicherten Person
 - Geburt eines Kindes der versicherten Person oder Adoption eines minderjährigen Kindes bzw. Aufnahme eines Pflegekindes durch die versicherte Person,
 - Erreichen der Volljährigkeit der versicherten Person
 - Einmalig innerhalb der Vertragslaufzeit bei Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit der versicherten Person zum Haupterwerb
 - Einmalig innerhalb der Vertragslaufzeit bei Erreichen eines akademischen Abschlusses; zudem bei Ablegen der Meisterprüfung oder Abschluss einer beruflichen Qualifikation mit Gehaltserhöhung
 - Aufnahme eines Darlehens zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie im Wert von mindestens 50.000 EUR durch die versicherte Person
 - Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person um mindestens 10 % innerhalb eines Jahres
 - Nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre bei selbstständigen Versicherten um mindestens 30 % im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der drei davor liegenden Jahre
 - Aufnahme eines Darlehens im gewerblichen Bereich durch die versicherte Person in Höhe von mindestens 50.000 EUR.

Ihr Recht auf Erhöhung können Sie ausüben, indem Sie uns Ihren Wunsch innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt eines der genannten Anlässe durch Vorlage entsprechender schriftlicher Nachweise anzeigen.

- (3) Für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung gelten die folgenden Voraussetzungen:
- Die versicherte Person ist nicht berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen.
 - Die versicherte Person hat noch keine Versicherungsleistungen wegen Berufsunfähigkeit aus diesem Vertrag bezogen.
 - Für die anlassabhängige Nachversicherungsoption in Absatz 2 gilt:
Die Nachversicherung erfolgt spätestens 15 Jahre vor dem vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer. Bei einer vereinbarten Versicherungsdauer von weniger als 25 Jahren muss die Nachversicherung abweichend innerhalb der ersten 10 Jahre nach Versicherungsbeginn erfolgen.
- (4) Für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung gelten die folgenden Grenzen:
- Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente (ggf. inklusive Sofortbonus) wird um mindestens 300 EUR und um höchstens 6.000 EUR erhöht
 - Falls mehr als eine Erhöhung stattfindet, dürfen die gesamten jährlichen bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten (ggf. inklusive Sofortbonus) insgesamt nicht mehr als 30.000 EUR betragen.
 - Wir behalten uns vor zu prüfen, ob die gesamten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten (ggf. inklusive Sofortbonus) in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Sie dürfen einen bestimmten Prozentsatz des jährlichen Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Dieser Prozentsatz beträgt bei jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten (ggf. inklusive Sofortbonus)

-	bis 24.000 EUR	65 % des jährlichen Bruttoeinkommens
-	bis 30.000 EUR	60 % des jährlichen Bruttoeinkommens
-	ab 30.001 EUR	50 % des jährlichen Bruttoeinkommens

Bei Überschreiten der zuvor genannten Grenzwerte erhalten Sie ein verändertes Angebot, bei dem obige Grenzen beachtet werden.

- (5) Wir behalten uns das Recht vor, für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente die zu diesem Zeitpunkt aktuellen Rechnungsgrundlagen zu verwenden.

Berufseinstieg

§ 17 Was gilt bei Berufseinstieg?

- (1) Innerhalb von 12 Monaten nach der erstmaligen Aufnahme einer zeitlich unbefristeten oder auf mindestens 2 Jahre befristeten beruflichen Tätigkeit nach erfolgreichem Abschluss der Berufsausbildung, jedoch spätestens fünf Jahre nach Versicherungsbeginn können Studenten und Lehrlinge ihre versicherte jährliche Berufsunfähigkeitsrente unter Beachtung der Grenzen aus § 16 Abs. 4c ohne Gesundheitsprüfung verdoppeln, maximal aber um 12.000 EUR erhöhen, sofern zu diesem Zeitpunkt keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt.
- (2) Schüler haben bei erstmaliger Aufnahme eines Berufs, einer Ausbildung oder eines Studiums das Recht auf Vertragsanpassung. Dabei wird der Vertrag von der Tätigkeit Schüler auf die sich anschließende Tätigkeit umgestellt. Außerdem können Sie die Versicherungsdauer verlängern, sofern dies in der anschließenden Tätigkeit zulässig gemäß unserer Annahmerichtlinien ist. Der Beitrag ändert sich durch die Anpassungen.
Diese Umstufung ist nur innerhalb der ersten fünf Jahre nach Beginn der Versicherung und innerhalb von sechs Monaten nach der Aufnahme des Berufs, der Ausbildung oder des Studiums möglich. Die Ausübung der sich anschließenden Tätigkeit ist uns in geschriebener Form anzuzeigen. Bei gleichbleibender Leistungsdauer erfolgt die Vertragsanpassung ohne erneute Gesundheitsprüfung. Bei Verlängerung der Leistungsdauer erfolgt nach Anzeige eine obligatorische Neueinstufung des Berufs sowie eine erneute Gesundheitsprüfung. In jedem Fall bleiben bereits vereinbarte Leistungsausschlüsse und Zuschläge sowie die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente bei der Umstufung unverändert bestehen.

§ 18 Was gilt bei Einschluss einer Starter BU?

- (1) Bei Abschluss einer Starter BU wird zu Vertragsbeginn der vertragliche Zeitraum der Beitragszahlung in eine Startphase und eine Folgephase unterteilt. Während der Startphase zahlen Sie für die im Versicherungsschein genannten Leistungen einen reduzierten Beitrag. Nach Ablauf der Startphase wird der Folgebeitrag zum Ausgleich entsprechend angehoben. Die genauen Beiträge für die Start- und die Folgephase entnehmen Sie dem Versicherungsschein.
- (2) Innerhalb der Startphase haben Sie zu jedem Beitragszahlungsabschnitt das Recht, die Startphase vorzeitig zu beenden und in die Folgephase einzutreten, sofern zu diesem Zeitpunkt keine Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Je früher Sie den Wechsel in die Folgephase vollziehen, desto geringer wird der Beitrag in der Folgephase.
Der Beitrag für die Folgephase wird gemäß den versicherungsmathematischen Grundsätzen der Tarifikalkulation für Ihren Vertrag neu festgelegt.
- (3) Machen Sie während der Startphase von Ihrem in Absatz 2 beschriebenen vorzeitigen Umwandlungsrecht keinen Gebrauch, so beginnt zum vertraglich vereinbarten Zeitpunkt automatisch die Folgephase. Ab diesem Termin werden wir den höheren Beitrag in Rechnung stellen.
Sie haben das Recht, dieser Erhöhung zu widersprechen. Dann wird der Vertrag unter Beibehaltung des erreichten Zahlbeitrags, aber mit verminderter Berufsunfähigkeitsrente fortgesetzt. Die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen der Tarifikalkulation für Ihren Vertrag neu festgelegt; dabei verzichten wir auf einen Stornoabschlag. Die neue Berufsunfähigkeitsrente muss mindestens 300 EUR pro Jahr betragen; sonst erlischt die Versicherung.
Wir werden Sie sechs Wochen im Voraus über die anstehende Umwandlung informieren und Sie auf Ihr Widerspruchsrecht hinweisen. Den Beitrag für die Folgephase können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.
- (4) Wenn Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 16 oder § 17 Abs. 1 bzw. Ihren Beitrag nach einer Beitragsfreistellung oder Beitragsreduktion gemäß § 14 Abschnitt III erhöhen, so ist damit ein Wechsel in die Folgephase verbunden.

Sonstige Regelungen

§ 19

Wer erhält die Versicherungsleistung?

I. Leistungsempfänger

- (1) Die Leistung aus dem Vertrag erbringen wir an Sie als unseren Vertragspartner, es sei denn, Sie haben eine andere Person als bezugsberechtigt bestimmt.
- (2) Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Wir werden allerdings nicht an den Inhaber des Versicherungsscheins leisten, wenn Zweifel an seiner Berechtigung bestehen.

II. Bezugsberechtigung

- (1) Sie können jederzeit eine Person oder Personengruppe als bezugsberechtigt bezeichnen.
- (2) Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht auch jederzeit widerrufen oder andere Personen als bezugsberechtigt einsetzen.
- (3) Sie können aber auch bestimmen, dass ein von Ihnen benannter Bezugsberechtigter die Ansprüche aus dem Vertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. In diesem Fall werden wir Ihnen schriftlich bestätigen, dass der Widerruf des Bezugsrechts nun ausgeschlossen ist. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann das Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung der von Ihnen begünstigten Person geändert werden.
- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechtes werden uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie uns in geschriebener Form angezeigt worden sind.

III. Abtretung - Verpfändung - Vinkulierung

Ansprüche aus der Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie nicht abtreten, verpfänden oder vinkulieren.

§ 20

Beitragszahlung

Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichten. Falls Sie nicht die jährliche Zahlungsweise wählen, erhöht sich dadurch Ihr Beitrag im Vergleich zur jährlichen Zahlungsweise. Bei Monatsbeiträgen beträgt die Erhöhung 3,50%, dies sind 3,50 Euro von 100 Euro, bei Vierteljahresbeiträgen um 2,10%, dies sind 2,10 Euro von 100 Euro und bei Halbjahresbeiträgen um 1,55%, dies sind 1,55 Euro von 100 Euro. Die Versicherungsperiode umfasst bei jährlicher Beitragszahlung ein Jahr, bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

I. Erster Beitrag

- (1) Bitte bezahlen Sie den ersten Beitrag innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins samt Aufforderung zur Beitragszahlung. Sollten wir im Versicherungsschein einen späteren Fälligkeitstermin vereinbart haben, so bezahlen Sie bitte den ersten Beitrag innerhalb von 14 Tagen nach diesem Termin. Beachten Sie ferner, dass der Versicherungsschutz wegfällt, wenn Sie die Zahlungsfristen schuldhaft versäumen.
- (2) Außerdem sind wir in diesem Fall berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (3) Um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden, empfehlen wir Ihnen, am Lastschriftverfahren teilzunehmen.

II. Folgebeiträge

- (1) Haben Sie Ihren ersten Beitrag gezahlt, so sind die später fälligen Beiträge ebenfalls unverzüglich an den Fälligkeitsterminen zu Beginn jeder Versicherungsperiode zu entrichten. Sonst gefährden Sie den Versicherungsschutz. Falls die Zahlung zum Fälligkeitstag bei Ihnen in Vergessenheit gerät, können wir Sie durch eine Mahnung, die bestimmten gesetzlichen Anforderungen entspricht (§ 38 deutsches Versicherungsvertragsgesetz), zur Zahlung auffordern. Darin setzen wir Ihnen eine Zah-

lungsfrist von mindestens zwei Wochen. Bezahlen Sie die rückständigen Beiträge nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

(2) Im Leistungsfall verrechnen wir Beitragsrückstände mit unserer Leistung.

**§ 21
Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Namensänderung, Umzug, Steuerpflicht im Ausland)**

(1) Sie sind verpflichtet, uns alle Informationen, die wir für die ordnungsgemäße Vertragsdurchführung, insbesondere zur Erfüllung von gesetzlichen Identifizierungs-, Melde- und Abzugspflichten benötigen, sowie diesbezügliche Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

(2) Bitte teilen Sie uns insbesondere Ihren Umzug oder eine Änderung Ihres Namens wenn möglich zwei Wochen vorher mit.

(3) Falls Sie oder weitere Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag oder der Leistung aus Ihrem Vertrag haben, in einem anderen Staat oder mehreren anderen Staaten als der Republik Österreich steuerlich ansässig sind, müssen Sie uns dies bei Vertragsabschluss mitteilen. Auch wenn eine steuerliche Ansässigkeit im Ausland nach Vertragsabschluss entsteht oder wegfällt, müssen Sie uns unverzüglich darüber informieren. In diesem Zusammenhang sind auch Informationen über Steueridentifikationsnummer(n), Geburtsdatum und Geburtsort sowie Wohnsitz erforderlich. Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten oder Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, melden wir bei entsprechender gesetzlicher Verpflichtung Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

(4) Bitte senden Sie uns auch so früh wie möglich alle anderen Mitteilungen zu Ihrem Vertrag in Textform. Diese Mitteilungen können beispielsweise Anträge, Ihren Vertrag zu ändern oder Kündigungen sein.

(5) Bitte beachten Sie in Ihrem Interesse: Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb Österreichs aufhalten, nennen Sie uns bitte einen Zustellungsbevollmächtigten. Dies ist eine in Österreich ansässige Person, die unsere Mitteilungen für Sie entgegennehmen darf.

**§ 22
Anwendbares Recht - Gerichtsstand**

(1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Republik Österreich Anwendung. Bitte beachten Sie, dass wir als deutscher Versicherer den deutschen aufsichtsrechtlichen Bestimmungen unterliegen und daher auch einige Regelungen des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes Anwendung finden (z.B. zur Überschussbeteiligung).

(2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz (oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung). Eine natürliche Person kann auch Klage bei dem Gericht erheben, in dessen Bezirk sie zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Wenn Ihr Vertrag durch einen Versicherungsagenten vermittelt wurde, können Sie Ansprüche gegen uns auch vor dem Gericht geltend machen, an welchem der Versicherungsagent zum Zeitpunkt der Vertragsvermittlung seine gewerbliche Niederlassung (oder wenn er eine solche nicht hatte, seinen Wohnsitz) hatte.

(3) Für Ansprüche aus dem Vertrag, die wir gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohn- bzw. Geschäftssitz haben.

(4) Falls Sie Ihren Wohn- bzw. Geschäftssitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

Anhang: Definition der versicherten schweren Krankheiten von Kindern der versicherten Person

Wir erbringen eine Leistung gemäß § 1 Abs. 14, falls bei einem Kind der versicherten Person eine der folgenden schweren Krankheiten nach einer Vorlaufzeit von einem Jahr eintritt:

1. Krebs

Krebs im Sinne der Bedingungen ist ein feingeweblich (histologisch) nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff 'Krebs' fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die ärztliche Diagnose muss durch Vorlage des feingeweblichen (histologischen) - bzw. für Blutkrebs (Leukämien) oder Lymphome blutzellnachweislichen (zytologischen) - Befundes bestätigt sein.

Besondere Wartezeit bei einer Krebserkrankung und Leistungsausschlüsse

- Zusätzlich zu den Regelungen gemäß § 1 Abs. 14 besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
 1. erstmalige Symptome innerhalb der ersten 12 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten; oder
 2. eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten 12 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt; oder
 3. nach einer innerhalb der ersten 12 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages eingetretenen Krebserkrankung zu einem späteren Zeitpunkt Tochtergeschwülste (Metastasen) auftreten.Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.
- Frühformen von Krebserkrankungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Diese sind medizinisch wissenschaftlich wie folgt definiert:
 1. Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation).
 2. Frühformen der Leukämie (außer der Krankheitsform der so genannten chronisch lymphatischen Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen, beispielsweise aus dem Knochenmark, im Blut vorliegt.
 3. Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1.
 4. Carcinoma-in-situ oder prae-maligne Formen.
 5. Frühformen des Mundkrebses wie Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4.
 6. Frühformen des Hautkrebses und maligner Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1.5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
 7. Frühformen des Prostatakrebses der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).
 8. Frühformen des Schilddrüsenkrebses oder Blasenkrebses als papilläre Mikrokarzinome.
- Ferner fallen - unabhängig vom Stadium - das Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS - Erkrankung nicht unter den Versicherungsschutz.

2. Gehörlosigkeit

Gehörlosigkeit im Sinne der Bedingungen ist der dauerhafte, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernde und nicht therapierbare Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls. Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder andere Hilfsmittel derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden könnten.

3. Bakterielle Hirnhautentzündung (Bakterielle Meningitis)

Bakterielle Meningitis im Sinne der Bedingungen ist eine Entzündung der Hirn- oder Rückenmarkshäute, die durch eine Infektion mit Bakterien verursacht wird. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Das Kind der versicherten Person ist nicht HIV-infiziert.
- Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernden oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben, die erhebliche dauerhafte Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten (wie z.B. geistige Retardierung, schwere Sprachstörungen oder schwere Lähmungserscheinungen) zur Folge haben.
- Diese neurologischen Funktionsausfälle sind zusätzlich in Zerstörungen oder Substanzverlusten des zentralen Nervensystems mit medizinischen apparativen Untersuchungen wie bildgebenden Rönt-

gen-Verfahren, Messungen der Nervenfunktion, technisch vergleichbaren Verfahren oder künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion nachzuweisen.

4. Hirngewebeentzündung (Enzephalitis)

Hirngewebeentzündung im Sinne der Bedingungen ist eine Entzündung des Gehirns, einer Hirnhälfte, des Hirnstamms oder des Kleinhirns, evtl. mit Beteiligung der Hirnhäute (Meningoenzephalitis), die gewöhnlich durch Viren oder Bakterien verursacht ist. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn das Kind der versicherten Person nicht HIV-infiziert ist und alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Die Entzündung muss wesentliche Komplikationen zur Folge haben.
- Die wesentlichen Komplikationen müssen von mindestens dreimonatiger Dauer sein.
- Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernden oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben, die erhebliche dauerhafte Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten (wie z.B. geistige Retardierung, schwere Sprachstörungen oder schwere Lähmungserscheinungen) zur Folge haben.
- Diese neurologischen Funktionsausfälle sind zusätzlich in Zerstörungen oder Substanzverlusten des zentralen Nervensystems mit medizinischen apparativen Untersuchungen wie bildgebenden Röntgen-Verfahren, Messungen der Nervenfunktion, technisch vergleichbaren Verfahren oder künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion nachzuweisen.

5. Lähmung

Lähmung im Sinne der Bedingungen ist die vollständige und dauerhafte Lähmung als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn zwei Arme oder zwei Beine oder eine Körperhälfte vollständig und dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, gelähmt sind.

6. Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Kinderlähmung im Sinne der Bedingungen ist eine schwere Infektion durch das Poliovirus. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Die Infektion führt zu Lähmungserscheinungen, die sich in Form von dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, eingeschränkter Atmungsfunktion oder eingeschränkten Bewegungsfähigkeiten (motorischen Fähigkeiten) äußern.
- Die Infektion verursacht ein neurologisches Defizit, das sich in Form von dauerhaften, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernden Lähmungen in mindestens einer Gliedmaße äußert.

7. Hirntumor (Gutartiger Hirntumor bzw. benigner Hirntumor)

Ein gutartiger bzw. benigner Gehirntumor im Sinne der Bedingungen ist ein lebensbedrohlicher, nicht bösartiger Tumor des Gehirns. Das versicherte Ereignis tritt ein, wenn klinische Zeichen des Hirndruckes als Folge des Tumors wie z.B. am Sehnerven das Papilloedem, Hirnleistungsstörung, epileptische Anfälle oder Beeinträchtigungen der Bewegung (motorische) oder der Empfindung (sensorische) nachweisbar sind sowie mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist und uns nachgewiesen wird:

- Der Tumor wurde durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt.
- Die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie wurde begonnen.
- Es ist nur noch eine palliative Behandlung möglich.

Besondere Wartezeit bei einem Gutartigen (Benignen) Gehirntumor und Leistungsausschlüsse

- Zusätzlich zu den Regelungen gemäß § 1 Abs. 14 besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
 1. erstmalige Symptome innerhalb der ersten 12 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten; oder
 2. eine Diagnose eines benignen Gehirntumors innerhalb der ersten 12 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt.Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.
- Cysten, Verkalkungen, Granulome, Abszesse, Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Tumore der Gehirnanhangsdrüse und der Zirbeldrüse fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

8. Blindheit

Blindheit im Sinne der Bedingungen ist die klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehschärfe (Visus) als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln nicht mehr als

- 6/60 oder 20/200, oder das Sehfeld auf beiden Augen ist auf maximal 20° beschränkt.
- Nach allgemeiner medizinischer Meinung kann die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel nicht derart verbessert werden, dass die Sehschärfe auf dem schlechteren Auge auf mehr als 6/60 oder 20/200 verbessert würde und das Sehfeld auf einem Auge mehr als 20° betragen würde.

9. Verlust von Gliedmaßen

Verlust von Gliedmaßen im Sinne der Bedingungen ist der vollständige und dauerhafte Verlust von mindestens zwei Gliedmaßen oberhalb der Hand und/oder oberhalb des Fußes.

10. Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen

Als schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen im Sinne der Bedingungen werden Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen dritten Grades von mindestens 20 % der Körperoberfläche bezeichnet, die durch thermische, chemische oder elektrische Einwirkungen auf die Haut entstanden sind. Als Messkriterium gilt die Neuner-Regel oder die Körperoberflächenkarte nach Lund und Browder.

11. Schwere Kopfverletzung

Eine Schwere Kopfverletzung im Sinne der Bedingungen ist eine durch Unfall verursachte Kopfverletzung, die durch äußere Krafteinwirkung herbeigeführt wurde. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn die folgende Bedingung erfüllt ist und uns nachgewiesen wird.
Die Schwere Kopfverletzung muss zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:

- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.

12. Koma

Koma im Sinne der Bedingungen ist ein Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Der Zustand muss für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden andauern und während dieser Zeit eine künstliche Beatmung erfordern.
- Der Zustand wurde nicht als künstliches Koma im Rahmen der medizinischen Behandlung herbeigeführt.
- Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernden oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben, die erhebliche dauerhafte Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten (wie z.B. geistige Retardierung, schwere Sprachstörungen oder schwere Lähmungserscheinungen) zur Folge haben.
- Diese neurologischen Funktionsausfälle sind zusätzlich in Zerstörungen oder Substanzverlusten des zentralen Nervensystems mit medizinischen apparativen Untersuchungen wie bildgebenden Röntgen-Verfahren, Messungen der Nervenfunktion, technisch vergleichbaren Verfahren oder künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion nachzuweisen.

Unsere Leistungspflicht besteht auch, wenn das Kind der versicherten Person für einen Zeitraum von mindestens zwei Monaten in einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse gelegen hat, dieser Zustand andauert und kein künstliches Koma als Therapiemaßnahme ist. Die Dauer darf auch nicht durch eine Verlängerung des komatösen Zustandes aus therapeutischen Gründen zustande gekommen sein. Insofern wird die in § 1 Abs. 14 genannte Frist von 28 Tagen für diese Krankheit durch zwei Monate ersetzt.

13. Schwerer Unfall

Ein schwerer Unfall ist gekennzeichnet durch ein plötzlich von außen auf den Körper des Kindes der versicherten Person einwirkendes Ereignis, bei dem es zu mindestens einer der folgenden Beeinträchtigungen kommt:

- Vollständige und dauerhafte Lähmung von zwei Armen oder zwei Beinen oder einer Körperhälfte voraussichtlich über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren.
- Schwere Kopfverletzung mit neurologischem Defizit, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen erfüllt. Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. mindestens voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel
 - eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.

- über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
- Tiefe Bewusstlosigkeit von mindestens 96 Stunden ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse.

Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie oder Chirurgie nachgewiesen werden.

14. Verlust der Sprache

Der Verlust der Sprache im Sinne der Bedingungen bedeutet, dass das Kind der versicherten Person dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage ist, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren. Der Verlust der Sprache gilt erst ab dem vollendeten dritten Lebensjahr als versichert. Nicht versichert ist der Verlust der Sprache bei Entwicklungsstörungen oder psychischen Störungen.