

# Bedingungen und Informationen

Grundfähigkeitsversicherung / BEDGF24

Bedingungen / Steuer-Informationen / Lexikon /  
Merkblatt zur Anzeigepflichtverletzung

Stand 09/2024



# INHALTSVERZEICHNIS

<b>WICHTIGE INFORMATION:</b> Merkblatt zur Anzeigepflichtverletzung / ANZ24	2
Kleines Lexikon der Versicherungsbegriffe / LEX24	3
Allgemeine Bedingungen für die Grundfähigkeitsversicherung / GF24	4 – 24
Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz bei der Grundfähigkeitsversicherung / VVG24	25 – 26
Steuern und Lebensversicherung / STGF01/24	27

# MERKBLATT ZUR ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG

## MITTEILUNG NACH § 19 ABS. 5 VVG ÜBER DIE FOLGEN EINER VERLETZUNG DER GESETZLICHEN ANZEIGEPFLICHT

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie keine oder nur geringe Bedeutung beimessen.

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

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

#### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. Risikoausschluss oder Beitragszuschlag), geschlossen hätten.

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

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

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

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

#### 2. Kündigung

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

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. Risikoausschluss oder Beitragszuschlag), geschlossen hätten.

#### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. Risikoausschluss oder Beitragszuschlag), geschlossen hätten, werden diese auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann bei einem rückwirkenden Risikoausschluss zur Leistungsfreiheit auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen. Bei einer schuldlosen Verletzung der Anzeigepflicht verzichten wir auf unser Recht zur Vertragsänderung.

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

#### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

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

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

# KLEINES LEXIKON DER VERSICHERUNGSBEGRIFFE

## Beitragsfreie Versicherung:

Eine Versicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind, z. B. bei gezahltem Einmalbeitrag oder bei Umwandlung einer Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit entsprechender Reduzierung der Versicherungssumme.

## Beitragszahler:

Grundsätzlich zahlt der Versicherungsnehmer die Beiträge. Zahlt eine dritte Person die Beiträge, erwirbt diese hierdurch keine Rechte aus dem Versicherungsvertrag. Bei steuerlich geförderten Verträgen (Riester- und Basisrente) ist eine Zahlung des Beitrags durch Dritte nicht möglich.

## Beitragszahlungsdauer:

Der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.

## Bewertungsreserven:

Der Wert, der entsteht, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Buchwert liegt.

## Bezugsrecht:

Das vom Versicherungsnehmer durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Versicherer einem anderen eingeräumte Recht, über die fällige Versicherungsleistung zu verfügen. In der Regel kann das Bezugsrecht bis zum Eintritt des Versicherungsfalles widerrufen werden (**widerrufliches Bezugsrecht**), falls nicht der Versicherungsnehmer bei der Bestellung erklärt hat, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Bezugsrecht erwerben soll (**unwiderrufliches Bezugsrecht**). Der unwiderruflich Bezugsberechtigte erhält eine so starke Vermögensposition, dass er bei einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer den Rückkaufwert erhält. Im Todesfall erwirbt der Bezugsberechtigte die Versicherungsleistung direkt und nicht über den Nachlass, so dass sich ein Erbschein erübrigt. Bei steuerlich geförderten Verträgen (Riester- und Basisrente) darf nicht jeder beliebige Dritte ein Bezugsrecht erhalten, da nach den einschlägigen steuerlichen Vorschriften nur bestimmte, dem Versicherungsnehmer nahestehende Personen benannt werden dürfen.

## Deckungskapital:

Das Deckungskapital der Versicherung entspricht bei Kapital- und Rentenversicherungen dem Kapital, das sich über Sparbeiträge und Zinsen ansammelt.

## Direktversicherung:

Schließt der Arbeitgeber für seine Mitarbeiter eine Lebensversicherung ab, wobei Letztere direkt bezugsberechtigt sind, spricht man von einer Direktversicherung. Der Arbeitgeber ist in diesem Fall Versicherungsnehmer, der Mitarbeiter versicherte Person und Bezugsberechtigter.

## Einlösungsbeitrag:

Der erste zu zahlende Beitrag. Seine Zahlung ist eine Voraussetzung für den Beginn des Versicherungsschutzes.

## Einmalbeitrag:

Der Beitrag wird für die gesamte Versicherungsdauer im Voraus entrichtet.

## Rechnungsgrundlagen:

Diese sind die Grundlagen für die Kalkulation Ihres Vertrages. In der Regel sind dies die Annahmen zur Entwicklung der versicherten Risiken, der Zinsen und der Kosten.

## Rechnungszins:

Der Rechnungszins ist die garantierte Verzinsung des Deckungskapitals.

## Rentengarantiezeit:

Der Zeitraum, für den die vereinbarte Rente ab Rentenzahlungsbeginn in jedem Fall gezahlt wird, auch wenn die versicherte Person vorher stirbt.

## Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB):

Ein Posten in der Bilanz eines Versicherungsunternehmens, der die Beträge umfasst, die grundsätzlich für die Ausschüttung an die Versicherungsnehmer reserviert sind.

## Schriftform:

Schriftform bedeutet grundsätzlich, dass für eine Erklärung ein eigenhändig unterzeichnetes Schriftstück erforderlich ist. Dies dient der Rechtssicherheit aller am Versicherungsvertrag Beteiligten.

## Sterbetafel:

Sie beziffert Sterbewahrscheinlichkeiten, die zur Kalkulation von Versicherungstarifen verwendet werden.

## Tarifbeitrag:

Der Beitrag, der für den jeweiligen Tarif kalkuliert wurde und höchstens vom Versicherungsnehmer zu zahlen ist. Solange erwirtschaftete Gewinne dem Vertrag sofort gutgeschrieben werden, reduziert sich der Tarifbeitrag entsprechend und es ist nur der Zahlbeitrag zu zahlen.

## Textform:

Eine Erklärung kann per Brief, Fax oder E-Mail abgegeben werden.

## Versicherte Person (Versicherter):

Auf ihr Leben wird die Versicherung abgeschlossen. Nach ihren Risikomerkmale wie z. B. Alter oder Beruf bestimmen sich Beitragshöhe und Versicherungsleistung. Je nach Tarif wird bei Tod, Erleben des Vertragsablaufs oder des Rentenbeginns bzw. Berufs-/Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person die Versicherungsleistung fällig.

## Versicherungsdauer:

Der Zeitraum, innerhalb dessen der Versicherungsfall eintreten muss, damit ein Anspruch auf Leistungen entstehen kann.

## Versicherungsfall:

Versicherungsfälle sind je nach Tarif Ablauf des Vertrags, Erleben des Rentenbeginns, Tod des Versicherten oder Berufs-/Erwerbsunfähigkeit. Der Eintritt des Versicherungsfalles ist eine Voraussetzung für die Auszahlung der Versicherungsleistung.

## Versicherungsjahr:

Ein Versicherungsjahr ist der Zeitraum von einem Versicherungsstichtag bis zum nächsten Versicherungsstichtag. Das erste Versicherungsjahr ist der Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn und dem ersten Versicherungsstichtag, jenes kann länger als 12 Monate sein.

## Versicherungsnehmer:

Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner des Versicherungsvertrages. Er hat die Pflicht zur Beitragszahlung und den Anspruch auf die Versicherungsleistung, sofern er diese nicht jemand anderem zukommen lässt (durch Abtretung, Verpfändung oder Bestellung eines Bezugsrechts).

## Versicherungsperiode:

Die Versicherungsperiode umfasst bei einmaliger und jährlicher Beitragszahlung ein Versicherungsjahr, bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein halbes Jahr, ein Vierteljahr oder einen Monat.

## Versicherungsschein (Police):

Urkunde über den Versicherungsvertrag, die alle wesentlichen Vertragsdaten enthält. Er ist bei Geltendmachung der Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag zu übergeben. Da wir den Inhaber des Versicherungsscheins nach den Versicherungsbedingungen als anspruchsberechtigt ansehen können, sollte der Versicherungsschein sorgfältig aufbewahrt werden, um nicht in unbefugte Hände zu gelangen. Die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag z. B. an eine Bank erfolgt regelmäßig unter Übergabe des Versicherungsscheins.

## Versicherungsstichtag:

Versicherungsstichtage sind jene Tage nach Ablauf eines vollen Jahres nach Versicherungsbeginn und während der Versicherungsdauer, welche in Tag und Monat dem Versicherungsende entsprechen. Die Versicherungsstichtage dienen unter anderem der Festlegung, wann bei Vereinbarung einer Dynamik Erhöhungen stattfinden.

## Versicherungssumme:

Der vertraglich vereinbarte, im Versicherungsschein ausgewiesene Geldbetrag, der im Versicherungsfall zur Auszahlung kommen soll. Die Versicherungssumme ist garantiert.

## Wahrscheinlichkeitstafel:

Sie beziffert Invalidisierungswahrscheinlichkeiten, die zur Kalkulation von Versicherungstarifen verwendet werden.

## Zahlbeitrag:

Der Beitrag, der vom Versicherungsnehmer tatsächlich zu zahlen ist, solange erwirtschaftete Gewinne dem Vertrag sofort gutgeschrieben werden. Der Zahlbeitrag ergibt sich aus dem Tarifbeitrag abzgl. erwirtschafteter Gewinne.

Abkürzungen:

VAG = Versicherungsaufsichtsgesetz

VVG = Versicherungsvertragsgesetz

# ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE GRUNDFÄHIGKEITSVERSICHERUNG / GF24

## Inhalt

### Leistung und Versicherungsschutz

- § 1 Welche Leistungen sind in der Grundfähigkeitsversicherung versicherbar?
- § 2 Welche Leistungen sind im Basis-Tarif versichert?
- § 3 Welche Leistungen sind im Premium-Tarif versichert?
- § 4 Welche Voraussetzungen gelten für die Umstellung auf den Premium-Tarif?
- § 5 Was gilt bezüglich Ausschlüssen, Nachweis des Verlustes der Grundfähigkeiten oder der Leistungsvoraussetzungen der Bausteine sowie Verwendung von Hilfsmitteln?
- § 6 Wie sind die Grundfähigkeiten definiert?
- § 7 Welche Bausteine sind optional versicherbar?
- § 8 Was ist im Baustein „Arbeitsunfähigkeits-Leistung“ versichert?
- § 9 Was ist im Baustein „Bauhandwerk“ versichert?
- § 10 Was ist im Baustein „Psyche“ einschließlich Krisen-Airbag versichert?
- § 11 Was ist im Baustein „Schwere Erkrankungen“ einschließlich Time to Care versichert?
- § 12 Welche Tarif-Optionen können Sie bei Vertragsabschluss wählen?
- § 13 Wie können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen oder verlängern?
- § 14 Welche Voraussetzungen gelten für den Wechsel in die Berufsunfähigkeitsversicherung?
- § 15 Wie kommt der Vertrag zustande und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 16 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 17 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 18 Welche Folgen hat die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?
- § 19 Was bedeutet die Anzeigepflicht bei Ausübung der Wechseloption in die Berufsunfähigkeitsversicherung?
- § 20 Was ist zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?
- § 21 Wie informieren wir Sie über unsere Leistungsprüfung und wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner. Die verwendete Sprachform dient der leichteren Lesbarkeit und meint immer alle Geschlechter (w/m/d). Dies hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

## § 1 Welche Leistungen sind in der Grundfähigkeitsversicherung versicherbar?

### Unsere Leistung bei Verlust einer Grundfähigkeit

(1) Die Grundfähigkeitsversicherung bietet Schutz gegen die wirtschaftlichen Folgen des Verlustes mindestens einer der im jeweiligen Tarif versicherten Grundfähigkeiten.

Verliert die versicherte Person während der Versicherungsdauer eine versicherte Grundfähigkeit oder mehrere versicherte Grundfähigkeiten, werden wir für die Dauer des Verlustes der Grundfähigkeit die nachfolgend aufgeführten Leistungen erbringen:

- Wir zahlen monatlich im Voraus die vereinbarte Grundfähigkeitsrente, längstens für die vereinbarte Versicherungsdauer.
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Dauer des Verlustes der Grundfähigkeit, längstens für die vereinbarte Versicherungsdauer.

Die Höhe der Grundfähigkeitsrente entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein. Die Grundfähigkeitsrente kann sich durch Überschüsse erhöhen.

- § 22 Was gilt nach Anerkennung des Verlustes einer Grundfähigkeit oder der Anerkennung der leistungsauslösenden Umstände aus den Bausteinen?
- § 23 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?
- § 24 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 25 Wer erhält die Leistung?
- § 26 Was gilt für Versicherungsdauer, Versicherungsstichtag und Versicherungsjahr?

### Beitragszahlung und Kosten

- § 27 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- § 28 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?
- § 29 Können die Beiträge erhöht werden?
- § 30 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 31 Wie können Sie Ihre Beiträge befristet aussetzen (Stundung)?

### Kündigung und Beitragsfreistellung

- § 32 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen?

### Überschussbeteiligung

- § 33 Wie werden Sie an den von uns erwirtschafteten Überschüssen beteiligt?

### Sonstige Vertragsbestimmungen

- § 34 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?
- § 35 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?
- § 36 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 37 Welches Gericht ist im Streitfall zuständig?
- § 38 Was gilt bei Sanktionen und Embargos?
- § 39 Können Sie Ansprüche aus Ihrer Versicherung abtreten oder verpfänden?
- § 40 Wie erhalten Sie Unterstützung im Leistungsfall?
- § 41 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

Ihr Versicherungsschutz besteht weltweit.

(2) Für eine Leistung aus der Grundfähigkeitsversicherung müssen kumulativ die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Verlust einer versicherten Grundfähigkeit ist eingetreten.
- Der Verlust setzt voraus, dass die versicherte Person die Grundfähigkeit zu Versicherungsbeginn besessen oder während der Versicherungsdauer erworben hat.
- Der Verlust der Grundfähigkeit ist während der Versicherungsdauer eingetreten.
- Die versicherte Person wird, was ärztlich nachzuweisen ist, infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen eine der in § 6 genannten und nach dem gewählten Tarif versicherten Grundfähigkeiten verlieren.

### Verlust einer Grundfähigkeit ab Beginn des 6-Monats-Zeitraums

(3) Dauert der Verlust einer Grundfähigkeit ununterbrochen 6 Monate an, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als Verlust einer versicherten Grundfähigkeit. Auch in diesem Fall erbringen wir unsere Leistungen bereits ab Beginn dieses 6-Monats-Zeitraums.

(4) Der Anspruch auf Zahlung der Grundfähigkeitsrente und auf Befreiung von der Beitragszahlungspflicht endet, wenn

- der Grundfähigkeitsverlust im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,

- die versicherte Person stirbt oder
- die Versicherungsdauer abläuft (Ende der Versicherung gemäß den Angaben im Versicherungsschein).

## § 2 Welche Leistungen sind im Basis-Tarif versichert?

Im Basis-Tarif ist der Verlust folgender Grundfähigkeiten versichert:

- Sehen
- Sprechen
- Hören
- Gebrauch einer Hand
- Gebrauch eines Arms
- Greifen und Halten
- Feinmotorik
- Gehen
- Sitzen
- Stehen
- Treppensteigen
- Gleichgewichtssinn
- Auto- und Motorradfahren
- Geistige Leistungsfähigkeit
- Eigenständige Versorgung (Pflegetätigkeit)
- Alltagstätigkeiten (Demenz)
- Eigenverantwortliches Handeln (Rechtliche Betreuung)
- Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Infektionsschutz)

## § 3 Welche Leistungen sind zusätzlich im Premium-Tarif versichert?

Im Premium-Tarif ist zusätzlich zu den versicherten Grundfähigkeiten des Basis-Tarifs auch der Verlust folgender Grundfähigkeiten versichert:

- Heben und Tragen
- Knien und Bücken
- Bildschirmtätigkeit
- Benutzung der Tastatur des Smartphones oder Tablets
- Fahrradfahren
- Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV)

## § 4 Welche Voraussetzungen gelten für die Umstellung auf den Premium-Tarif?

(1) Sie können innerhalb der ersten 12 Monate ab Vertragsbeginn eine Umstellung vom Basis-Tarif in den Premium-Tarif zu dem entsprechend erhöhten Beitrag beantragen, wobei alle sonstigen vertraglichen Vereinbarungen fortbestehen. Die Voraussetzung dafür ist, dass ihr Vertrag nicht beitragsfrei gestellt ist und für Ihren bisherigen Vertrag keine medizinisch begründeten Beitragszuschläge erhoben werden und keine Ausschlussklauseln vereinbart sind. Ferner ist Voraussetzung, dass die versicherte Person in den letzten sechs Monaten nicht mindestens vier Wochen arbeitsunfähig war und die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht arbeitsunfähig ist. Ferner ist Voraussetzung, dass noch keine Leistung aus der Versicherung bezogen oder beantragt wurde und zum Zeitpunkt der Antragstellung kein Grundfähigkeitsverlust, keine psychische Erkrankung und keine schwere Erkrankung im Sinne der Bedingungen eingetreten ist.

## § 5 Was gilt bezüglich Ausschlüssen, Nachweis des Verlustes der Grundfähigkeiten oder der Leistungsvoraussetzungen der Bausteine sowie Verwendung von Hilfsmitteln?

### Ausschlüsse vom Versicherungsschutz

(1) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust von Grundfähigkeiten oder der in den Bausteinen genannten Fähigkeiten aufgrund psychischer und psychiatrischer Störungen. Davon ausgenommen sind psychische und psychiatrische Störungen beim Verlust der Grundfähigkeiten „Geistige Leistungsfähigkeit“, „Eigenständige Versorgung (Pflegetätigkeit)“, „Alltagstätigkeiten (Demenz)“, „Eigenverantwortliches Handeln (Rechtliche Betreuung)“ sowie bei den Bausteinen „Arbeitsunfähigkeits-Leistung“ und „Psyche“ einschließlich Krisen-Airbag.

Abweichend formulierte Ausschlüsse bei den einzelnen Leistungsdefinitionen gehen diesen generellen Ausschlüssen vor.

### Nachweis des Verlustes einer Grundfähigkeit oder der in Bausteinen genannten Leistungsvoraussetzungen

(2) Die gesundheitlichen Einschränkungen, die zum Verlust der Grundfähigkeit oder einer der in den Bausteinen genannten Fähigkeiten führen, müssen einer objektiven Befunderhebung zugänglich sein. Die Diagnose muss durch einen Facharzt der für das jeweilige Krankheitsbild maßgeblichen Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen und Testverfahren gestellt werden. Die vorzulegenden fachärztlichen Berichte sollten erkennen lassen, wie die Prognose bezüglich der Besserungsaussichten ist.

Spezialregelungen bei einzelnen Leistungsdefinitionen ergänzen diese allgemeinen Anforderungen an den Nachweis des Verlusts einer Grundfähigkeit.

### Verwendung von Hilfsmitteln

(3) Wenn eine verlorene Grundfähigkeit durch die Verwendung von geeigneten und zumutbaren Hilfsmitteln wiedererlangt werden kann, ist die versicherte Person verpflichtet, diese zu verwenden. Gleiches gilt bezüglich der leistungsauslösenden Fähigkeiten aus den Bausteinen.

Hilfsmittel sind geeignet und zumutbar, wenn

- das Hilfsmittel zu einer wesentlichen Besserung der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten führt und
- das Hilfsmittel keine Gefahr darstellt und keine besonderen Schmerzen verursacht.

## § 6 Wie sind die Grundfähigkeiten definiert?

### Sehen

(1) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Sehen“ liegt vor, wenn die versicherte Person dauerhaft

- a) auf beiden Augen erblindet, oder
- b) auf beiden Augen eine hochgradige Sehbehinderung erleidet, die nicht durch optische Hilfsmittel (bspw. Brille, Kontaktlinsen) korrigiert werden kann. Eine hochgradige Sehbehinderung liegt vor, wenn
  1. die Sehschärfe (Visus) auf beiden Augen nach optimaler Korrektur 3/60 (0,05) oder weniger beträgt, oder
  2. das Gesichtsfeld auf beiden Augen nach optimaler Korrektur 15 Grad oder weniger beträgt.

Der Verlust der Sehfähigkeit muss durch einen Facharzt für Augenheilkunde nachgewiesen werden.

### **Sprechen**

(2) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Sprechen“ liegt vor, wenn die versicherte Person nach abgeschlossenem Spracherwerb die Sprechfähigkeit so weit verloren hat, dass sie sich nicht mehr gegenüber einem unbeteiligten Dritten sinnvoll ausdrücken kann, so dass dieser versteht, was gemeint ist. Der Verlust der Grundfähigkeit „Sprechen“ liegt auch vor, wenn der versicherten Person das Sprechen nur mit Hilfe eines Kehlkopfmikrofones möglich ist. Der Nachweis ist über anerkannte Testverfahren zu erbringen (z. B. Aachener Aphasia-Test).

Der Verlust der Sprechfähigkeit muss durch einen fachärztlichen Bericht nachgewiesen werden.

### **Hören**

(3) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Hören“ liegt vor, wenn die versicherte Person auch unter Verwendung z. B. eines Hörgerätes auf beiden Ohren eine Schwerhörigkeit im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes bei 2 kHz, die mittels anerkannter Testverfahren wie bspw. einem Tonaudiogramm (Knochenleitung) einen Hörverlust von mindestens 60 dB bestätigt, aufweist.

Der Verlust der Hörfähigkeit muss durch einen Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde nachgewiesen werden.

### **Gebrauch einer Hand**

(4) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Gebrauch einer Hand“ liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, ihre linke oder rechte Hand für alltägliche Verrichtungen einzusetzen.

Alltägliche Verrichtungen sind

- mit der linken oder mit der rechten Hand eine Flasche mit Schraubverschluss zu schließen und wieder zu öffnen oder
- eine Tür mit Sicherheitsschloss und eingestecktem Schlüssel aufzuschließen oder
- ein handelsübliches Leuchtmittel mit E14- oder E27-Sockel in den Schraubsockel einer Tischlampe hinein- und wieder herauszudrehen.

### **Gebrauch eines Arms**

(5) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Gebrauch eines Arms“ liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit dem linken oder dem rechten Arm einen 200 Gramm schweren Gegenstand auf einem Regal in Schulter- bzw. Brusthöhe zu platzieren und wieder herunterzunehmen oder eine Jacke anzuziehen. Der Verlust dieser Grundfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, einen Arm seitlich auf Schulterhöhe zu heben und 10 Sekunden zu halten, ihn anschließend nach vorne zu überführen und dort erneut 10 Sekunden zu halten.

### **Greifen und Halten**

(6) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Greifen und Halten“ liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der linken oder mit der rechten Hand einen leichten Alltagsgegenstand (z. B. einen Stift oder einen Kochlöffel oder ein leeres Wasserglas) zu greifen und ununterbrochen für 5 Minuten, auch unter Ablage des Unterarms, in der Luft zu halten, ohne dass er ihr aus der Hand fällt.

### **Feinmotorik**

(7) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Feinmotorik“ liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der linken oder rechten Hand

- ein DIN-A4-Blatt Papier mit einer handelsüblichen Haushaltsschere durchzuschneiden oder

- einen im Zylinderschloss steckenden Schlüssel zu drehen, oder
- nicht mehr in der Lage ist, den Reißverschluss einer Jacke aufzuziehen.

### **Gehen**

(8) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Gehen“ liegt vor, wenn die versicherte Person ohne fremde Hilfe auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel (bspw. einseitig geführter Gehstock, einseitig geführte Unterarmgehlfen) nicht mehr in der Lage ist, eine Entfernung von 400 Metern innerhalb von 15 Minuten auf einem festen und ebenen Boden mit einem für Gehwege üblichen Bodenbelag gehend zurückzulegen.

Der Verlust der Grundfähigkeit „Gehen“ wird auch dann anerkannt, wenn für die Bewältigung der Gehstrecke auf die Verwendung von beidseitig geführten Unterarmgehstützen, einem Rollator, einem Gehwagen, Prothesen oder Orthesen zurückgegriffen werden muss.

### **Sitzen**

(9) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Sitzen“ liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Sitzunterlagen) 20 Minuten ununterbrochen auf einem ergonomischen Stuhl (z. B. Rückenlehne und Sitzhöhe einstellbar) zu sitzen, auch nicht mit Änderung der Sitzposition oder mit Abstützen auf Armlehnen.

### **Stehen**

(10) Der Verlust der Grundfähigkeit „Stehen“ liegt vor, wenn die versicherte Person auch mit Gewichtsverlagerung von einem Bein auf das andere Bein nicht mehr in der Lage ist, ununterbrochen zehn Minuten lang barfuß auf einem ebenen und festen Untergrund frei zu stehen, ohne sich dabei festzuhalten oder abzustützen.

### **Treppensteigen**

(11) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Treppensteigen“ liegt vor, wenn die versicherte Person selbstständig keine 12 Treppenstufen in üblicher Stufenhöhe (18 cm – 20 cm) und mit einem für Wohngebäude üblichen Stufenbelag auch unter Zuhilfenahme eines Treppengeländers hinauf- und anschließend hinabgehen kann, ohne eine Pause zu machen. Unterarmgehstützen und Gehstöcke (auch einseitig geführt) sowie Prothesen und Orthesen gelten nicht als zumutbare Hilfsmittel.

### **Gleichgewichtssinn**

(12) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Gleichgewichtssinn“ liegt vor, wenn der Gleichgewichtssinn der versicherten Person wegen einer körperlichen Ursache nicht mehr oder nur noch stark gestört funktioniert. Das bedeutet: Der Gleichgewichtssinn ist so stark beeinträchtigt, dass die versicherte Person nicht mehr zehn Meter entlang einer imaginären Linie (Strichgang) mit geschlossenen Augen ohne Fallneigung auf festem und ebenem Boden gehen kann, oder die versicherte Person nicht mehr ohne stark erhöhte Unfallgefahr, ohne im Unterberger Tretversuch Fallneigung zu entwickeln oder auf Gerüsten in einer Arbeitshöhe von einem Meter oder mehr arbeiten kann. „Stark erhöhte Unfallgefahr“ ist dabei definiert als Kategorie B-D nach arbeitsmedizinischer Beurteilung der Gefährdungskategorien. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust der Grundfähigkeit „Gleichgewichtssinn“ aufgrund Drogen-, illegalem Betäubungsmittelkonsum, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauchs.

Der Verlust der Grundfähigkeit „Gleichgewichtssinn“ muss auf einer Verletzung oder Erkrankung des Gehirns (z. B. Multiple Sklerose, Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Hirntumor, Epilepsie) oder einer Schädigung des Gleichgewichtsorgans beruhen.



### **Auto- und Motorradfahren**

(13) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Auto- und Motorradfahren“ liegt vor, wenn eine staatliche Behörde der versicherten Person ausschließlich aus gesundheitlichen Gründen die Fahrerlaubnis für PKW der Fahrerlaubnisklasse B (alte Klasse 3) oder für Krafträder der Fahrerlaubnisklassen A, A1 oder A2 (alte Klasse 1 oder 1a) entzieht, oder, sofern sie noch nicht im Besitz einer Fahrerlaubnis für PKWs oder Krafträder ist, erstmalig nicht erteilt. Der Entzug oder die Nichterteilung muss durch ein verkehrsmedizinisches Gutachten nachgewiesen werden. Der Verlust der Grundfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person freiwillig gegenüber der zuständigen Behörde auf die Fahrerlaubnis verzichtet hat und die zugehörige amtliche Bescheinigung (Führerschein) an diese zurückgegeben hat. In diesem Fall ist der Nachweis durch verkehrsmedizinische Gutachten oder entsprechende Facharztberichte zu erbringen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust der Grundfähigkeit „Auto- und Motorradfahren“ aufgrund Drogen-, illegalem Betäubungsmittelkonsum, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauchs.

### **Geistige Leistungsfähigkeit**

(14) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Geistige Leistungsfähigkeit“ liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten auszuüben. Ein Verlust der Grundfähigkeit ist charakterisiert durch den Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Gedächtnis, die Konzentration, die Aufmerksamkeit, die Auffassungsgabe und die Handlungsplanung auswirken. Die fachärztliche Befunderhebung muss neben einer körperlichen und psychopathologischen Untersuchung auch psychometrische Tests (wie z. B. Hamburg-Wechsler-Intelligenztest) für die Auffassungsgabe umfassen. Anerkannte Testverfahren sind beispielsweise ferner für die Konzentration (D2, TAP), für das Gedächtnis (VLMT, AVLT), für die Handlungsplanung (Turm von Hanoi, ZVT), für die Orientierung (ART2020, TAVT 2). Die versicherte Person muss laut Test zu den schlechtesten 10 % der Bevölkerung gehören. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust der Grundfähigkeit aufgrund Drogen-, illegalem Betäubungsmittelkonsum, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauchs.

### **Eigenständige Versorgung (Pflegebedürftigkeit)**

(15) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Eigenständige Versorgung“ liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig wird. Dies ist der Fall, wenn sie trotz Einsatzes von Hilfsmitteln (z. B. Wannenlifter) für voraussichtlich mindestens 6 Monate so hilflos ist, dass sie für mindestens eine der nachfolgend genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang, d. h. für mindestens 90 Minuten täglich, der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ist die erforderliche Hilfe bei folgenden Verrichtungen maßgebend:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim:

- Fortbewegen im Zimmer  
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.
- Aufstehen und Zubettgehen  
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken  
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

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

Ist die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne dieses Absatzes gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als fortbestehender Verlust der Grundfähigkeit „Eigenständige Versorgung (Pflegebedürftigkeit)“. In diesem Fall erbringen wir unsere Leistungen bereits ab Beginn dieses 6-Monats-Zeitraums. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust der Grundfähigkeit aufgrund Drogen-, illegalem Betäubungsmittelkonsum, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauchs.

### **Alltagstätigkeiten (Demenz)**

(16) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Alltagstätigkeiten (Demenz)“ liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung in erheblichem Maße einen Verlust der Alltagskompetenz erleidet. Ein Verlust der Alltagskompetenz liegt vor, wenn ein Facharzt der Neurologie oder Psychiatrie die Diagnose Demenz nach folgenden Kriterien stellt:

- a) „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ entsprechend Schweregrad 5 oder höher der Global Deterioration Scale nach Reisberg, oder
- b) durch eine körperliche und psychopathologische Untersuchung inklusive Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test), wobei mindestens vier aus den folgenden Punkten erfüllt sein müssen:
  - 1) Depression, unkontrollierte Aggressivität,
  - 2) Verknennung von Alltagssituationen mit Selbst- oder Fremdgefährdung,
  - 3) unkontrolliertes, wiederholtes Verlassen des Wohnbereichs,
  - 4) Gedächtnisstörung und Denkstörung mit herabgesetztem Urteilsvermögen,
  - 5) Störung des Tag-Nacht-Rhythmus,
  - 6) im Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test) werden weniger als 50% der erreichbaren Punkte erreicht.

Sind weniger als vier der aufgeführten Kriterien erfüllt, besteht kein Leistungsanspruch.

### **Eigenverantwortliches Handeln (Rechtliche Betreuung)**

(17) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Eigenverantwortliches Handeln (Rechtliche Betreuung)“ liegt vor, wenn für die versicherte Person durch einen Beschluss eines Betreuungsgerichts für mindestens 6 Monate ununterbrochen ein Betreuer bestellt ist oder bestellt wird. Die Notwendigkeit der Betreuerbestellung aufgrund des Verlustes der Grundfähigkeit „Eigenverantwortliches Handeln (Rechtliche Betreuung)“ muss in jedem Fall durch ein ärztliches Gutachten nachgewiesen sein. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust der Grundfähigkeit aufgrund Drogen-, illegalem Betäubungsmittelkonsum, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauchs.

### **Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Infektionsschutz)**

(18) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Infektionsschutz)“ liegt vor, wenn der versicherten Person zur Verhinderung der Weiterverbreitung einer Infektion die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit wegen Krankheit, Krankheitsverdachts, Ansteckungsverdachts oder Ausscheidens durch Verfügung der zuständigen Behörde vollständig nach § 31 Infektionsschutzgesetz in der Fassung vom 12.12.2023 untersagt wird. Ein Verlust der Grundfähigkeit

„Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Infektionsschutz)“ liegt auch vor, wenn ein behördliches Verbot der Arbeit mit Patienten an die versicherte Person ergeht, sofern der Patientenkontakt wesentlich für die berufliche Tätigkeit ist. Das Tätigkeitsverbot muss voraussichtlich für mindestens 6 Monate bestehen oder bereits 6 Monate bestanden haben. Der Anspruch auf Rentenzahlung und Beitragsbefreiung entsteht rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem das Tätigkeitsverbot wirksam wurde, und endet bei Wegfall des Tätigkeitsverbots.

Zum Nachweis des Vorliegens eines Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder in beglaubigter Kopie vorzulegen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust der Grundfähigkeit aufgrund Drogen-, illegalem Betäubungsmittelkonsum, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauchs.

### **Heben und Tragen**

(19) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Heben und Tragen“ liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der rechten oder mit der linken Hand einen mit einem Griff versehenen Gegenstand (z. B. eine befüllte Aktentasche) mit einem Gewicht von 5 kg (1 kg für Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres) von einem Tisch mit einer Höhe von 60cm anzuheben und diesen Gegenstand auf ebenem Boden gehend 5 Meter weit zu tragen.

### **Knien und Bücken**

(20) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Knien und Bücken“ liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich ohne fremde Hilfe mit beiden Knien auf den Boden zu knien und sich anschließend wieder aufzurichten. Ein Verlust der Grundfähigkeit „Knien und Bücken“ liegt auch vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich mit gebeugten Knien so weit zu bücken, dass sie mit den Fingerspitzen beider Hände den Boden berühren und sich danach wieder aufrichten kann.

### **Bildschirmtätigkeit**

(21) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Bildschirmtätigkeit“ liegt vor, wenn die versicherte Person ausschließlich aufgrund körperlicher Ursachen nicht mehr in der Lage ist, für einen Zeitraum von mehr als 2 Stunden Wörter und Symbole von einem Bildschirm abzulesen. Dabei sind jeweils die zum Zeitpunkt der Beantragung der Leistung gültigen Richtlinien der Berufsgenossenschaft zum Arbeitsschutz an Bildschirmarbeitsplätzen zu berücksichtigen. Ein Verlust der Grundfähigkeit «Bildschirmtätigkeit» liegt nicht vor, wenn die Einschränkungen durch Verwendung geeigneter Hilfsmittel vermieden werden können. Als geeignete Hilfsmittel gelten z. B. Brille, Kontaktlinsen, Augentropfen oder die Verwendung der Bildschirmlupe.

### **Benutzung der Tastatur des Smartphones oder des Tablets**

(22) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Benutzung der Tastatur des Smartphones oder des Tablets“ liegt vor, wenn die versicherte Person ausschließlich aus körperlichen Ursachen (bspw. Krebs, Schlaganfall, Herzinfarkt, nicht dagegen psychische Ursachen) nicht mehr in der Lage ist, mithilfe der Bildschirmtastatur des Smartphones (Displaygröße: 5 Zoll oder größer) oder eines Tablets innerhalb von zwei Minuten eine Nachricht von 50 Zeichen mit den Fingern einzugeben.

### **Fahrradfahren**

(23) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Fahrradfahren“ liegt vor, wenn die versicherte Person ausschließlich aufgrund körperlicher Ursachen (bspw. Schlaganfall, Herzinfarkt, nicht dagegen psychische Ursachen) nicht mehr in der Lage ist, sich auf ein zweirädriges, nicht motorisiertes Fahrrad ohne Mittelstange und mit tiefem Einstieg zu setzen und damit einen Kilometer auf ebener Strecke auf einem für Radwege üblichen Belag zu fahren.

### **Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV)**

(24) Ein Verlust der Grundfähigkeit „Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV)“ liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund von Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen, Rollator, Haltegriffe) nicht mehr in der Lage ist, ohne fremde Hilfe in die Transportmittel (Straßenbahn, Linienbus, U-Bahn und S-Bahn) des ÖPNV ein- oder auszusteigen oder durch sie mindestens 20 Minuten befördert zu werden. Dabei ist für die Beurteilung des Verlusts der Grundfähigkeit nicht relevant, ob die versicherte Person selbst im Besitz der Hilfsmittel ist oder ob diese durch den Dienstleister des ÖPNV zur Verfügung gestellt werden. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust der Grundfähigkeit aufgrund Drogen-, illegalem Betäubungsmittelkonsum, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauchs.

## **§ 7 Welche Bausteine sind optional versicherbar?**

Optional können Sie bei Beantragung der Grundfähigkeitsversicherung den Versicherungsschutz aus dem Basis-Tarif und dem Premium-Tarif um folgende Versicherungsbausteine ergänzen, die Sie beliebig miteinander kombinieren können.

- Baustein „Arbeitsunfähigkeits-Leistung“
- Baustein „Bauhandwerk“
- Baustein „Psyche“ einschließlich Krisen-Airbag
- Baustein „Schwere Erkrankungen“ einschließlich Time to Care

Der Verlust einer leistungsauslösenden Fähigkeit aus einem Baustein während der Versicherungsdauer setzt voraus, dass die versicherte Person diese Fähigkeit zuvor uneingeschränkt besessen hat. Sie muss diese Fähigkeit also entweder zu Versicherungsbeginn gehabt oder während der Versicherungsdauer erworben haben.

## **§ 8 Was ist im Baustein „Arbeitsunfähigkeits-Leistung“ versichert?**

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer arbeitsunfähig gemäß § 8 Absatz 3, erbringen wir für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit folgende Leistungen:

- Wir zahlen eine Arbeitsunfähigkeitsrente in Höhe der vereinbarten Grundfähigkeitsrente, insgesamt maximal 24 Monatsrenten.
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Grundfähigkeitsversicherung, insgesamt maximal für den Zeitraum von 24 Monaten.

Der Anspruch auf Rentenzahlung und Beitragsbefreiung entsteht rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist.

Der Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit bedingt nicht automatisch auch einen Anspruch auf Leistungen wegen Verlust einer Grundfähigkeit. Beide Leistungen werden unabhängig voneinander geprüft und bewilligt.

Solange Leistungen wegen Verlust einer Grundfähigkeit oder Rentenleistungen aus einem Baustein bezogen werden, ist eine gleichzeitige Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit ausgeschlossen.

Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person ein Verlust von Grundfähigkeiten oder der in den versicherten Bausteinen genannten Fähigkeiten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen für einen Zeitraum vorliegt, für den bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, so rechnen wir

diesen Zeitraum nicht auf die maximale Leistungsdauer wegen Arbeitsunfähigkeit von insgesamt 24 Monaten an.

Es kann gleichzeitig immer nur eine Rentenleistung erbracht werden. Sollte es während des Leistungsbezugs zu einer Anerkennung von Grundfähigkeitsverlust, Verlust einer Bauhandwerk-Fähigkeit oder einer Rentenzahlung aufgrund Erwerbsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankung im Sinne dieser Bedingungen kommen, so wird die Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Beginns der vorgenannten Leistungen eingestellt und der entstehende Rentenanspruch mit den geleisteten Zahlungen verrechnet.

(2) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit endet, wenn

- Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt oder
- die erforderlichen Nachweise nicht erbracht wurden oder
- die maximale Anzahl von 24 Monatsrenten wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurde oder
- wir Rentenleistungen wegen Verlust von Grundfähigkeiten erbringen oder
- wir Rentenleistungen wegen Verlust einer Bauhandwerk-Fähigkeit erbringen oder
- wir Rentenleistungen aus dem Baustein „Psyche“ erbringen oder
- die versicherte Person stirbt oder
- die Versicherungsdauer abläuft (Ende der Versicherung gemäß den Angaben im Versicherungsschein).

Der gleichzeitige Bezug von Rentenleistungen, gleich aus welchem Rechtsgrund, ist ausgeschlossen.

(3) Arbeitsunfähigkeit liegt von Beginn der ersten Krankschreibung an vor, wenn die versicherte Person

- mindestens 6 Monate ununterbrochen arbeitsunfähig krankgeschrieben ist oder
- mindestens 3 Monate ununterbrochen arbeitsunfähig krankgeschrieben ist und ein in Deutschland ansässiger und praktizierender Facharzt, der auf die die Arbeitsunfähigkeit begründende Erkrankung spezialisiert ist, bescheinigt, dass die versicherte Person voraussichtlich 3 weitere Monate ununterbrochen arbeitsunfähig krankgeschrieben sein wird. Wir leisten abweichend von § 5 auch, wenn die Ursache der Arbeitsunfähigkeit eine psychische oder psychiatrische Störung ist.

(4) Zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit benötigen wir Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder entsprechende ärztliche Atteste. Die Bescheinigung bzw. das Attest müssen Beginn und voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie den erhobenen Befund (ICD-10-Nummer) enthalten. Mindestens eine Bescheinigung bzw. mindestens ein Attest muss durch einen in Deutschland ansässigen und praktizierenden Facharzt ausgestellt worden sein, der auf die die Arbeitsunfähigkeit begründende Erkrankung spezialisiert ist. Der Facharzt darf nicht zugleich Versicherungsnehmer oder versicherte Person zu dieser Versicherung sein oder in einem Verwandtschaftsverhältnis zu diesen stehen.

(5) Damit wir das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit prüfen können, ist uns unverzüglich die jeweils aktuelle Bescheinigung bzw. das jeweils aktuelle Attest zu übermitteln. Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden jeweils für den Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen bzw. Atteste wegen Arbeitsunfähigkeit vorgelegt werden.

(6) Wird die versicherte Person innerhalb von 6 Monaten nach Wegfall der Arbeitsunfähigkeit wieder für mindestens 6 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig geschrieben, gilt sie für die Dauer der vollständigen Krankschreibung weiterhin als arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen. Die maximale Leistungsdauer bei Arbeitsunfähigkeit nach diesem Vertrag beträgt insgesamt 24 Monate.

(7) Der Versuch einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (§ 74 SGB V in der Fassung vom 11.05.2019) führt nicht dazu, dass eine bestehende Arbeitsunfähigkeit unterbrochen wird.

(8) Soweit in § 8 nichts anderes geregelt ist, gelten die übrigen Regelungen in diesen Bedingungen für die Grundfähigkeitsversicherung entsprechend auch für die Arbeitsunfähigkeit. Abweichend von den Ausschlüssen des § 5 Absatz 1 gelten im Baustein Arbeitsunfähigkeit nur die folgenden Ausschlüsse: Wir leisten dann nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit ausschließlich auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch beruht.

## § 9 Was ist im Baustein „Bauhandwerk“ versichert?

(1) Verliert die versicherte Person während der Versicherungsdauer infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall eine der folgenden Fähigkeiten (im Folgenden Bauhandwerk-Fähigkeit genannt), erbringen wir für die Dauer des Verlustes der Fähigkeit folgende Leistungen:

- Wir zahlen eine Rente in Höhe der vereinbarten Grundfähigkeitsrente.
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Grundfähigkeitsversicherung.

(2) Der Anspruch auf Rentenzahlung und Beitragsbefreiung entsteht rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der Verlust der Bauhandwerk-Fähigkeit eingetreten ist. Der Bezug von Leistungen wegen Verlust einer Bauhandwerk-Fähigkeit bedingt nicht automatisch auch einen Anspruch auf Leistungen wegen Verlust einer Grundfähigkeit. Beide Leistungen werden unabhängig voneinander geprüft und bewilligt. Solange Leistungen wegen Verlust einer Grundfähigkeit bezogen werden, ist eine gleichzeitige Leistung wegen Verlust einer Bauhandwerk-Fähigkeit ausgeschlossen.

Der Anspruch auf Rentenzahlung und Beitragsbefreiung entsteht rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der Verlust einer Bauhandwerk-Fähigkeit eingetreten ist.

Es kann gleichzeitig immer nur eine Leistung erbracht werden. Sollte es während des Leistungsbezugs zu einer Anerkennung von Grundfähigkeitsverlust im Sinne dieser Bedingungen kommen, so wird die Leistung wegen Verlusts der Bauhandwerk-Fähigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Beginns der vorgenannten Leistungen eingestellt und der entstehende Rentenanspruch mit den geleisteten Zahlungen verrechnet.

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung wegen Verlust einer Bauhandwerk-Fähigkeit endet, wenn

- der Verlust der Bauhandwerk-Fähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt oder
- die erforderlichen Nachweise nicht erbracht wurden oder
- wir Leistungen wegen Verlust von Grundfähigkeiten erbringen oder
- die versicherte Person stirbt oder
- die Versicherungsdauer abläuft (Ende der Versicherung gemäß den Angaben im Versicherungsschein).

Der gleichzeitige Bezug von Rentenleistungen, gleich aus welchem Rechtsgrund, ist ausgeschlossen.

(4) Es ist der Verlust folgender Bauhandwerk-Fähigkeiten versichert:

- **Auf Knien Arbeiten:** Die versicherte Person ist auch unter Verwendung geeigneter Knieschützer aus ausschließlich körperlichen Gründen nicht mehr in der Lage, 10 Minuten oder länger ununterbrochen zu knien. Dies ist durch einen fachärztlichen Befundbericht nachzuweisen.
- **Mit Armen über Kopf Arbeiten:** Die versicherte Person ist aus ausschließlich körperlichen Gründen nicht mehr in der Lage, 3 Minuten oder länger ununterbrochen die Arme über Kopf zu halten, um z.B. Rohre etc. an Decken anzubringen. Dies ist durch einen fachärztlichen Befundbericht nachzuweisen.
- **Vornübergebeugte Haltung:** Die versicherte Person ist auch unter Verwendung geeigneter Orthesen (z.B. Lendenstütze) aus ausschließlich körperlichen Gründen nicht mehr in der Lage, 10 Minuten oder länger ununterbrochen eine vornübergebeugte Haltung einzunehmen, wobei es nicht darauf ankommt, ob die Knie hierbei durchgestreckt oder leicht gebeugt werden. Dies ist durch einen fachärztlichen Befundbericht nachzuweisen.
- **Benutzung eines Baugerüsts:** Die versicherte Person ist aus ausschließlich körperlichen Gründen nicht mehr in der Lage, bis in die 2. Ebene eines handelsüblichen Baugerüsts hoch und wieder herunterzusteigen. Dies ist durch einen fachärztlichen Befundbericht nachzuweisen.
- **Ziehen oder Schieben einer Schubkarre:** Die versicherte Person ist aus ausschließlich körperlichen Gründen nicht mehr in der Lage, eine luftbereifte, handelsübliche Schubkarre, beladen mit Material mit einem Gewicht von höchstens 30 Kilogramm, auf ebenem Boden 50 Meter weit zu schieben oder zu ziehen. Dies ist durch einen fachärztlichen Befundbericht nachzuweisen.
- **Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Arbeitsunfall):** Erleidet die versicherte Person während der Laufzeit dieses Vertrages einen Arbeitsunfall und erhält sie deswegen von der zuständigen Berufsgenossenschaft eine Rente aufgrund von mindestens 50 % Minderung der Erwerbsfähigkeit, gilt dies als Verlust einer Bauhandwerk-Fähigkeit. Der vollständige Bescheid der Berufsgenossenschaft über die Unfallrente ist uns vorzulegen.
- **Fahrerlaubnis der Klasse L oder T:** Wenn eine staatliche Behörde der versicherten Person ausschließlich aus gesundheitlichen Gründen die Fahrerlaubnis der Fahrerlaubnisklasse L oder T entzieht, oder, sofern sie noch nicht im Besitz dieser Fahrerlaubnis ist, erstmalig nicht erteilt, gilt dies als Verlust einer Bauhandwerk-Fähigkeit. Der Entzug oder die Nichterteilung muss durch ein verkehrsmedizinisches Gutachten nachgewiesen werden. Der Verlust liegt auch vor, wenn die versicherte Person freiwillig gegenüber der zuständigen Behörde auf die Fahrerlaubnis verzichtet hat und die zugehörige amtliche Bescheinigung (Führerschein) an diese zurückgegeben hat. In diesem Fall ist der Nachweis durch verkehrsmedizinische Gutachten oder entsprechende Facharztberichte zu erbringen.

(5) Die gesundheitlichen Einschränkungen, die zum Verlust der jeweiligen Bauhandwerk-Fähigkeit führen, müssen einer objektiven Befunderhebung zugänglich sein. Die Diagnose muss durch einen Facharzt der für das jeweilige Krankheitsbild maßgeblichen Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischem Wissensstand üblichen Befunderhebungen und Testverfahren gestellt werden. Die vorzulegenden fachärztlichen Berichte sollten erkennen lassen, wie die Prognose bezüglich der Besserungsaussichten ist. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust der Grundfähigkeit aufgrund Drogen-, illegalem Betäubungsmittelkonsum, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauchs.

## § 10 Was ist im Baustein „Psyche“ einschließlich Krisen-Airbag versichert?

(1) Leidet die versicherte Person an einer psychischen Erkrankung und erleidet sie aus diesem Grund während der Versicherungsdauer nachweislich einen der folgenden in den Absätzen 2 bis 4 aufgeführten psychischen Zustände, werden Leistungen nach Maßgabe der folgenden Absätze gewährt.

### Erwerbsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankung

(2) Die versicherte Person wird während der Versicherungsdauer ausschließlich aufgrund psychischer Erkrankungen erwerbsunfähig. Erwerbsunfähig aufgrund einer psychischen Erkrankung ist eine versicherte Person, wenn sie infolge einer psychischen Krankheit, die ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich mindestens 6 Monate außerstande ist, einer Erwerbstätigkeit von mehr als 3 Stunden täglich nachzugehen. Als Erwerbstätigkeit gelten alle Tätigkeiten, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich sind, und alle selbstständigen Tätigkeiten. Der zuletzt ausgeübte Beruf, die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten, die bisherige Lebensstellung, insbesondere das bisherige berufliche Einkommen, und die jeweilige Arbeitsmarktlage bleiben unberücksichtigt.

Für den Fall, dass die versicherte Person einen Rentenbescheid eines gesetzlichen Rentenversicherungsträgers vorlegt, aus dem sich ergibt, dass ihr eine unbefristete Rente wegen vollständiger Erwerbsminderung aus ausschließlich psychischen Gründen gewährt wird, verzichten wir auf die eigenständige Prüfung der Erwerbsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankung und erkennen den Bescheid als Nachweis an. Bei Angehörigen von Kammerberufen, die in einem berufsständischen Versorgungswerk versichert sind, gilt das gleiche, wenn diese eine Rente wegen vollständiger Erwerbsminderung aus ausschließlich psychischen Gründen vom berufsständischen Versorgungswerk erhalten.

Liegen die oben genannten Voraussetzungen vor, werden wir für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit die nachfolgend aufgeführten Leistungen erbringen:

- Wir zahlen monatlich im Voraus die vereinbarte Grundfähigkeitsrente, längstens für die vereinbarte Versicherungsdauer.
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit, längstens für die vereinbarte Versicherungsdauer.

Der Anspruch auf Rentenzahlung und Beitragsbefreiung entsteht rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist.

Der Bezug von Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit bedingt nicht automatisch auch einen Anspruch auf Leistungen wegen Verlust einer Grundfähigkeit oder Verlust einer Fähigkeit aus dem Baustein „Bauhandwerk“. Die Leistungen werden unabhängig voneinander geprüft und bewilligt.

Solange Leistungen wegen Verlust einer Grundfähigkeit oder Rentenleistungen aus dem Baustein „Bauhandwerk“ bezogen werden, ist eine gleichzeitige Leistung wegen Erwerbsunfähigkeit ausgeschlossen.

Es kann gleichzeitig immer nur eine Rentenleistung erbracht werden. Sollte es während des Leistungsbezugs zu einer Anerkennung von Grundfähigkeitsverlust oder Verlust einer Bauhandwerk-Fähigkeit im Sinne dieser Bedingungen kommen, so wird die Leistung wegen Erwerbsunfähigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Beginns der vorgenannten Leistungen eingestellt und der entstehende Rentenanspruch mit den geleisteten Zahlungen verrechnet.

Der Anspruch auf Zahlung der Rente aus dem Baustein „Psyche“ und auf Befreiung von der Beitragszahlungspflicht endet, wenn

- die Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- eine Rente wegen Verlust einer Grundfähigkeit gezahlt wird,
- eine Rente aus dem Baustein „Bauhandwerk“ gezahlt wird,
- die versicherte Person stirbt oder
- die Versicherungsdauer abläuft (Ende der Versicherung gemäß den Angaben im Versicherungsschein).

Der gleichzeitige Bezug von Rentenleistungen, gleich aus welchem Rechtsgrund, ist ausgeschlossen.

### **Erschöpfungszustand**

(3) Die versicherte Person leidet an einem umfassenden Erschöpfungszustand, der es ihr laut Befundbericht eines einschlägigen Facharztes unmöglich macht, typische Schreibtischarbeiten, wie z. B. E-Mails oder Briefe schreiben, Telefonate führen etc., ununterbrochen 30 Minuten auszuführen, ohne danach eine Pause von mehr als zwei Stunden zu machen.

Liegen die oben genannten Voraussetzungen vor, erbringen wir eine Einmalleistung in Höhe einer Jahresrente. Die Leistung kann während der Versicherungsdauer einmalig in Anspruch genommen werden.

### **Konzentrationsverlust**

(4) Die versicherte Person ist aufgrund eines Verlusts der Konzentrationsfähigkeit nicht mehr in der Lage, ununterbrochen 30 Minuten aktiv an einer Besprechung oder Verhandlung teilzunehmen, ohne danach eine Pause von mehr als zwei Stunden zu machen. Der Verlust der Konzentrationsfähigkeit beruht entweder auf einer organischen oder einer psychischen Erkrankung, z. B. Multiple Sklerose oder Schizophrenie. Der Verlust der Konzentrationsfähigkeit ist durch einen Befundbericht eines Neurologen einschließlich eines anerkannten psychometrischen Testverfahrens (z. B. d2-Aufmerksamkeits-Belastungstest) nachzuweisen.

Liegen die oben genannten Voraussetzungen vor, erbringen wir eine Einmalleistung in Höhe einer Jahresrente. Die Leistung kann während der Versicherungsdauer einmalig in Anspruch genommen werden.

### **Krisen-Airbag**

(5) Erleidet die versicherte Person eine Lebenskrise, weil eine der in § 10 Absatz 6 genannte ihr nahestehende Person verstorben ist, erbringen wir eine Einmalleistung in Höhe von maximal 2.000 Euro, die zweckgebunden für eine Unterstützung in dieser Lebenskrise verwendet werden kann. Die Leistung wird innerhalb dieser Grenze in dem Umfang erbracht, in dem entsprechende zweckgebundene Ausgaben nachgewiesen werden. Die Leistung wird bei Todesfällen gewährt, die nach einer Wartezeit von 6 Monaten ab Versicherungsbeginn eingetreten sind. Die Leistungen aus dem Krisen-Airbag werden unabhängig von anderen Leistungen aus der Grundfähigkeitsversicherung gezahlt.

Erfasst sind folgende Leistungen:

- stationäre private Therapie in einer Klinik, die den Trauerprozess mit Psychotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Sport- und Bewegungstherapie oder tiergestützter Therapie begleitet,
- ambulante private Therapie, die den Trauerprozess mit Psychotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Sport- und Bewegungstherapie oder tiergestützter Therapie begleitet,
- private Sozialberatung,

- digitale Angebote zur Begleitung des Trauerprozesses,
- Apps für das Smartphone, die zur Wiederherstellung oder Förderung der mentalen Gesundheit konzipiert wurden.

(6) Als nahestehende Person umfasst der Krisen-Airbag

- Kinder und Adoptivkinder der versicherten Person ab Geburt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Versichert sind alle Kinder/Adoptivkinder, auch wenn diese bei Vertragsabschluss noch nicht geboren bzw. adoptiert waren.
- Eltern der versicherten Person, sofern jene zum Todeszeitpunkt das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- Ehegatten, eingetragene Lebenspartner und in eheähnlicher und häuslicher Gemeinschaft lebende Lebensgefährten, sofern diese im Todeszeitpunkt das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(7) Im Leistungsfall ist uns die Stellung als Kind oder als Eltern durch eine Geburtsurkunde nachzuweisen. Die Stellung als Ehegatte ist durch eine Eheurkunde und die Stellung als eingetragener Lebenspartner durch eine Lebenspartnerschaftsurkunde nachzuweisen. Die Stellung als in eheähnlicher und häuslicher Gemeinschaft lebender Lebensgefährte ist uns durch eine Meldebescheinigung und eine entsprechende Bestätigung der versicherten Person nachzuweisen. Der Tod ist uns durch Vorlage der Sterbeurkunde nachzuweisen.

Da die Leistung zweckgebunden erfolgt, benötigen wir zur Erbringung der Leistungen Rechnungen, aus denen sich die Leistungserbringung gegenüber der versicherten Person ergibt, sowie zugehörige Zahlungsbelege.

(8) Die Einmalleistungen aus dem Baustein „Psyche“ nach den Absätzen 3 und 4 können während der Vertragslaufzeit für jeden der zwei psychischen Zustände jeweils einmalig in Anspruch genommen werden, sofern unterschiedliche Krankheitsbilder zugrunde liegen.

Die Einmalleistungen aus dem Baustein Psyche werden unabhängig von Rentenleistungen aus der Grundfähigkeitsversicherung und den Bausteinen gezahlt.

(9) Abweichend von den Ausschlüssen des § 5 Absatz 1 gelten im Baustein „Psyche“ nur die folgenden Ausschlüsse: Wir leisten dann nicht, wenn eine psychische Erkrankung ausschließlich auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch beruht.

## **§ 11 Was ist im Baustein „Schwere Erkrankungen“ einschließlich Time to Care versichert?**

### **Schwere Erkrankungen**

(1) Erkrankt die versicherte Person während der Versicherungsdauer nachweislich an einer schweren Erkrankung, erhält diese eine Einmalleistung in Höhe der zum Zeitpunkt des Leistungsfalles versicherten Jahresrente.

(2) Schwere Erkrankungen im Sinne dieser Bedingungen sind:

a) Krebs

Eine Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn bei der versicherten Person

- eine Chemotherapie oder eine Strahlentherapie begonnen wurde oder diese unmittelbar bevorsteht und mindestens eine Metastase in einem Lymphknoten festgestellt wurde oder

- zur Behandlung der Krebserkrankung eine Knochenmarktransplantation durchgeführt wurde oder diese unmittelbar bevorsteht oder
- wegen der Schwere der Krebserkrankung eine palliative Therapie durchgeführt wird.

#### b) Einschränkung der Herzfunktion

Eine Einschränkung der Herzfunktion im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Pumpleistung des Herzens der versicherten Person durch eine Verletzung oder eine Erkrankung wie zum Beispiel Herzinfarkt oder Erkrankungen oder Entzündungen des Herzmuskels mindestens 6 Monate ununterbrochen erheblich gemindert war und dieser Zustand andauert. Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor, wenn

- die Ejektionsfraktion kleiner gleich 30 % oder
- das Fractional Shortening kleiner gleich 15 % ist.

Voraussetzung für unsere Leistung ist, dass die Pumpleistung des Herzens auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar ist. Eine Verbesserung der Funktionswerte durch eine Transplantation gilt nicht als Wegfall der Einschränkung der Herzfunktion.

#### c) Einschränkung der Lungenfunktion

Eine Einschränkung der Lungenfunktion im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Leistungsfähigkeit der Lunge der versicherten Person durch eine Verletzung oder Erkrankung wie zum Beispiel schweres Asthma, Emphysem oder chronische Entzündungen dauerhaft und unumkehrbar erheblich eingeschränkt ist. Das heißt,

- die versicherte Person hat eine Sauerstoff-Langzeit-Therapie mit einem Umfang von mindestens 8 Stunden pro Tag begonnen und diese Therapiedauer noch an und
- es liegt dauerhaft ein durch einen Lungenfacharzt gemessener Sauerstoffpartialdruck von unter 55 mmHg vor und
- dieser Zustand hält bereits 6 Monate an.

Die vorgenannten schweren Erkrankungen sind uns durch ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person nachzuweisen.

(3) Die Leistung aus dem Baustein „Schwere Erkrankungen“ kann während der Vertragslaufzeit für jede schwere Erkrankung gemäß Absatz 2 a), b) oder c) einmal in Anspruch genommen werden.

Die Leistungen aus dem Baustein „Schwere Erkrankungen“ werden unabhängig von anderen Leistungen aus der Grundfähigkeitsversicherung gezahlt.

#### Time to Care

(4) Erkrankt ein Kind/Adoptivkind der versicherten Person während der Versicherungsdauer an einer Erkrankung gemäß § 11 Absatz 5, erhält diese eine Einmalleistung in Höhe der zum Zeitpunkt des Leistungsfalles versicherten Jahresrente als Time-to-Care-Leistung. Die Leistung wird bei Erkrankungen eines Kindes/Adoptivkinds gewährt, die nach einer Wartezeit von 6 Monaten ab Versicherungsbeginn eingetreten sind. Diese Leistung wird unabhängig von einem etwaigen Bezug einer Grundfähigkeitsrente durch die versicherte Person gewährt und kann während der Versicherungsdauer je Kind einmal beansprucht werden.

Die Time-to-Care-Leistung schließt alle Kinder/Adoptivkinder der versicherten Person ab Geburt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ein. Versichert sind alle Kinder/Adoptivkinder, auch wenn diese bei Vertragsabschluss noch nicht geboren bzw. adoptiert waren.

(5) Die Time-to-Care-Leistung wird bei folgenden Erkrankungen des Kindes/Adoptivkinds gewährt:

#### a) Krebs – mit Ausnahme von Frühstadien

Versicherungsschutz besteht, wenn erstmalig ein bösartiger Tumor (Krebs), der durch unkontrolliertes Wachstum maligner Zellen, Eindringen in umliegendes Gewebe sowie einer Tendenz zur Metastasierung gekennzeichnet ist, diagnostiziert wird. In die Deckung eingeschlossen sind Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems (maligne Lymphome) und das myelodysplastische Syndrom. Die Diagnose muss durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) gesichert und von einem Facharzt bestätigt werden.

Nicht versichert sind nachfolgende frühe Krebsstadien oder Krebsvorstufen: jeder Tumor, der histologisch als prä-maligne, nicht-invasiv oder als Carcinoma in situ eingestuft wird.

#### b) Akute Virale Enzephalitis – mit bleibenden neurologischen Ausfallerscheinungen

Versicherungsschutz besteht, wenn eine virale Enzephalitis diagnostiziert wird. Die virale Enzephalitis muss zu bleibenden neurologischen Ausfallerscheinungen führen, die über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten ab dem Diagnosezeitpunkt ärztlich dokumentiert sein müssen. Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Neurologie bestätigt und durch typische klinische Befunde sowie eine Liquoruntersuchung oder Gehirnbiopsie begründet werden.

Nicht versichert sind:

- eine durch Bakterien oder Protozoen ausgelöste Enzephalitis,
- Enzephalitis im Rahmen einer HIV-Infektion,
- myalgische und paraneoplastische Enzephalomyelitis.

#### c) Bakterielle Meningitis (bakterielle Hirnhautentzündung) – mit bleibenden neurologischen Ausfallerscheinungen

Versichert ist eine durch Bakterien hervorgerufene Entzündung der Hirn- oder Rückenmarkshäute (bakterielle Meningitis). Die bakterielle Meningitis muss zu bleibenden neurologischen Ausfallerscheinungen führen, die über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten ab dem Diagnosezeitpunkt ärztlich dokumentiert sein müssen. Die Diagnose muss von einem Facharzt für Neurologie bestätigt und durch eine Liquoruntersuchung mikrobiologisch gesichert sein.

Nicht versichert sind: aseptische, virale, parasitäre oder nicht-infektiöse Meningitiden.

#### d) Poliomyelitis (Kinderlähmung) – mit bleibender Lähmung

Versicherungsschutz besteht, wenn eine akute Infektion mit dem Poliovirus mit nachfolgender Lähmung der Muskulatur der Extremitäten, des Rumpfes oder des Zwerchfells diagnostiziert wird. Die Lähmungen müssen über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten ab dem Diagnosezeitpunkt ärztlich dokumentiert sein. Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Neurologie bestätigt und durch den Nachweis des Poliovirus begründet werden.

Nicht versichert sind:

- Poliovirusinfektionen ohne nachfolgende Lähmung,
- andere enterovirale Infektionen,

- Guillain-Barré-Syndrom oder Querschnittsmyelitische und paraneoplastische Enzephalomyelitis.

#### e) Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis. Ein Unfall ist versichert, wenn das Kind durch den Unfall unfreiwillig eine Gesundheitsbeschädigung erleidet und mehr als zwei Wochen ununterbrochen vollstationär im Krankenhaus behandelt werden muss. Einrichtungen für die Rehabilitation sind davon ausgeschlossen.

Nicht versichert sind: Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper betreffen.

## § 12 Welche Tarif-Optionen können Sie bei Vertragsabschluss wählen?

### Grundfähigkeitsversicherung mit Dynamik (Tarif-Option D)

(1) Sie können eine Grundfähigkeitsversicherung auch in der Form abschließen, dass versicherte Rente und Beitrag sich planmäßig erhöhen, ohne dass für die jeweilige Erhöhung eine erneute Risikoprüfung erforderlich wird (Tarif-Option D). Der Beitrag erhöht sich in jedem Jahr zum Versicherungsstichtag (vgl. § 26) um den zu Versicherungsbeginn vereinbarten Prozentsatz. Der erhöhte Beitrag führt zu einer Erhöhung der versicherten Rente. Wir behalten uns vor, die Erhöhung nach den am Erhöhungstermin jeweils für Neuabschlüsse geltenden Rechnungsgrundlagen vorzunehmen.

(2) Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch letztmals, wenn die versicherte Person das Alter von 60 Jahren erreicht hat. Außerdem erfolgen keine Erhöhungen

- in den letzten 5 Jahren der Vertragsdauer oder
- wenn die versicherte Jahresrente durch bereits erfolgte Erhöhungen 120.000 Euro überstiegen hat.

(3) Wenn die versicherte Jahresrente durch die Erhöhung erstmalig 48.000 Euro überstiegen hat, haben wir das Recht zu prüfen, ob die Höhe der versicherten Grundfähigkeitsrente in einem angemessenen Verhältnis zum Bruttoarbeitseinkommen der versicherten Person steht. Gleiches gilt für Folgeerhöhungen, bei denen die Grenze bereits zuvor überschritten wurde.

Wir prüfen dann, ob die gesamte Jahresrente aller auf die versicherte Person bei privaten Versicherern abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen 60 % des letzten kalenderjährlichen Bruttoarbeitseinkommens (bzw. bei Selbstständigen des Jahresüberschusses oder Gewinns vor Steuern) nicht übersteigt. Renten bzw. Rentenanwartschaften bei der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus berufsständischen Versorgungswerken werden hierbei nicht berücksichtigt. Für die Prüfung müssen Sie uns folgendes nachweisen:

- das letzte kalenderjährliche Bruttoarbeitseinkommen der versicherten Person und
- die Höhe der gesamten Absicherung durch Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen.

Damit Sie im Fall einer Prüfung die Gelegenheit haben, uns das Vorliegen der Voraussetzungen nachzuweisen, schreiben wir Sie rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin an. Fordern wir die Nachweise an und liegen diese zum Erhöhungstermin nicht vor, kann die Erhöhung nicht durchgeführt werden.

(4) Die Erhöhungen der versicherten Rente und des Beitrages erfolgen nach Maßgabe des Absatz 1 jährlich zum Versicherungsstichtag. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung.

(5) Die versicherte Rente erhöht sich nicht zwingend im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. Die Erhöhung der Rente errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person und der restlichen Beitragszahlungsdauer.

(6) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Versicherungsbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung.

(7) Die Erhöhung setzt die Fristen des § 18 Absatz 12 (Verletzung der Anzeigepflicht) nicht erneut in Lauf.

(8) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie

- ihr spätestens 50 Tage nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder
- den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von 50 Tagen nach dem Erhöhungstermin zahlen.

(9) Die Erhöhungen können unbegrenzt häufig ausgesetzt werden.

(10) Es erfolgen keine Erhöhungen, solange Leistungen erbracht werden. Enden die Leistungen, erfolgen wieder Erhöhungen, wobei von den vor dem Leistungsbezug versicherten Leistungen ausgegangen wird.

(11) Es erfolgen auch dann keine Erhöhungen, wenn der Vertrag so geändert wird, dass ein Neuabschluss mit Dynamik nicht zulässig gewesen wäre.

### Grundfähigkeitsversicherung mit Leistungsdynamik (Tarif-Option L)

(12) Zusätzlich erbringen wir bei der Tarif-Option L folgende Leistungen: Wird wegen Verlust einer Grundfähigkeit im Leistungsfall eine Rente gewährt, erhöhen wir Ihre Rente jährlich um den zu Versicherungsbeginn vereinbarten Prozentsatz (bezogen auf die Vorjahresrente), längstens bis zum Ende der Leistungsdauer. Wir erhöhen die Rente erstmals zu dem Versicherungsstichtag, der auf das Datum der Anerkennung des Grundfähigkeitsverlustes folgt.

Wenn die versicherte Person die Grundfähigkeit zurückerlangt hat und wir die Leistung einstellen, reduziert sich der Versicherungsschutz wieder auf die Höhe, die vor Verlust der Grundfähigkeit galt.

Gleiches gilt für Rentenleistungen aus den Bausteinen.

## § 13 Wie können Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen oder verlängern?

(1) Sie können bei allen Tarifen die versicherte Leistung ohne erneute Risikoprüfung, ausgenommen finanzielle Angemessenheitsprüfung nach Maßgabe der folgenden Regelungen, erhöhen.

a) Voraussetzung für die Erhöhung ist

1. die Eheschließung bzw. die Umwandlung der Lebenspartnerschaft in eine Ehe,
2. die Scheidung oder Aufhebung einer Lebenspartnerschaft,
3. die Geburt oder Adoption eines Kindes,
4. der Tod des erwerbstätigen Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartners,
5. Verlust der Fähigkeit „Eigenständige Versorgung (Pflegebedürftigkeit)“ gemäß § 6 Absatz 15 des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners,

6. der erstmalige Auszug aus der elterlichen Wohnung,
7. der Eintritt der Volljährigkeit,
8. der Bau oder Erwerb einer selbst bewohnten Immobilie,
9. der Eintritt in die Selbstständigkeit mit Kammerzugehörigkeit oder mit einem kammerzertifizierten Ausbildungsberuf,
10. eine dauerhafte Erhöhung des Einkommens aus selbstständiger oder nicht-selbstständiger Tätigkeit von mindestens 10 % des monatlichen Bruttoarbeitsentgelts im Durchschnitt der letzten 12 Monate,
11. die Aufnahme einer Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder eines Vollzeitstudiums an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule (Universität, Fachhochschule, Duale Hochschule),
12. der erfolgreiche Abschluss eines Studiums sowie einer Promotion,
13. der erfolgreiche Abschluss einer Berufsausbildung sowie einer Meisterprüfung,
14. die erstmalige Überschreitung der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung mit Einkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit,
15. der Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen in der gesetzlichen Rentenversicherung für eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit,
16. der Wegfall oder die Reduzierung einer Berufsunfähigkeitsrente aus einem Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung,
17. die Verleihung von Prokura oder einen Statuswechsel zum leitenden Angestellten im Sinne von § 5 Abs. 3 BetrVG,
18. der erstmalige Erwerb einer Facharzt-Anerkennung,
19. der erstmalige Antritt einer Chefarzt-Stelle,
20. die Niederlassung als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut,
21. der erfolgreiche Abschluss des Vorbereitungsdienstes für das Lehramt an allgemeinbildenden und beruflichen Schulen (Referendariat) mit anschließender Aufnahme einer unbefristeten Schultätigkeit im Angestelltenverhältnis ohne Zusage auf eine spätere Verbeamtung

der versicherten Person innerhalb der Vertragslaufzeit. Den Eintritt der vorgenannten Voraussetzung müssen Sie uns nachweisen (z.B. Urkunde, amtliche Bestätigung, notarieller Kaufvertrag). Falls im Zusammenhang mit einem persönlichen Ereignis gleichzeitig mehrere der oben aufgeführten Ereignisse eintreten, kann die Nachversicherungsgarantie trotzdem nur einmal für dieses persönliche Ereignis in Anspruch genommen werden.

b) Unabhängig von den unter a) genannten Ereignissen können Sie zu jedem 5. Versicherungstichtag mit einer Frist von 2 Monaten eine Erhöhung beantragen. Darüber hinaus kann einmalig bis zum Erreichen des 5. Versicherungstichtages eine Erhöhung der versicherten Jahresrente zum nächsten Versicherungstichtag mit einer Frist von 2 Monaten beantragt werden. Die Summe aller sich daraus ergebenden Erhöhungen der jährlichen Rente betragen dabei insgesamt maximal 6.000 Euro, höchstens jedoch 25 % der ursprünglichen Rente.

(2) Das Recht auf Nachversicherung nach Absatz 1 a) und b) können Sie ausüben, sofern

1. die versicherte Person noch keine Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Berufsunfähigkeitsversicherung, Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder Grundfähigkeitsversicherung erhalten oder beantragt hat,
2. im Falle des Absatz 1 a) seit Eintritt des Ereignisses nicht mehr als 12 Monate vergangen sind,
3. die versicherte Person das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
4. jede einzelne Erhöhung der versicherten Jahresrente mindestens 300 Euro, aber nicht mehr als 50 % der bei Vertragsabschluss versicherten Jahresrente beträgt,

5. die bei uns versicherte Gesamtjahresrente den Betrag von 48.000 Euro nicht übersteigt und

6. nach erfolgter Leistungserhöhung die gesamte Jahresrente aller auf die versicherte Person bei privaten Versicherern abgeschlossenen Berufs-, Erwerbsunfähigkeitsversicherungen und Grundfähigkeitsversicherungen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen steht, d.h. 60 % des letzten jährlichen Bruttoarbeitsentgelts der versicherten Person nicht übersteigt. Die vorgenannte Angemessenheitsprüfung erfolgt erst, wenn durch die Nachversicherung eine Jahresrente von 30.000 Euro überschritten wird.

(3) Der Beitrag für die jeweilige Erhöhung berechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person und der restlichen Versicherungsdauer sowie danach, wie wir das Risiko zum Zeitpunkt des Abschlusses des Ursprungsvertrages eingestuft haben. Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Erhöhungssumme; Beitragszuschläge berechnen sich nach dem erreichten Alter.

(4) Wir können die Erhöhung nach den dann geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen vornehmen.

(5) Das Ausüben der Nachversicherungsgarantie gilt nur für den Ursprungsvertrag; sie ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag bereits durch das Ausüben der Nachversicherungsgarantie zustande gekommen ist.

#### **Verlängerungsoption**

(6) Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung erhöht wird, können Sie verlangen, dass die Versicherungsdauer Ihrer Versicherung um die Zeitspanne verlängert wird, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde. Das gleiche gilt, wenn die versicherte Person in einem berufsständischen Versorgungswerk versichert ist und dieses die Regelaltersgrenze erhöht. Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlängert sich auch die vereinbarte Leistungsdauer entsprechend.

Folgende Voraussetzungen müssen kumulativ erfüllt sein:

- Sie verlangen die Verlängerung der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder dem berufsständischen Versorgungswerk,
- die versicherte Person darf bei der Verlängerung der Versicherungsdauer höchstens 50 Jahre alt sein,
- bei Ihrer Versicherung ist die Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter von 60 Jahren vereinbart,
- Ihre Versicherung ist nicht beitragsfrei gestellt,
- die versicherte Person hat noch keine Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Berufsunfähigkeitsversicherung, Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder Grundfähigkeitsversicherung erhalten oder beantragt.

(7) Die Höhe der versicherten Rente bleibt unverändert bestehen. Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bezogen auf die neue Versicherungsdauer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu fest. Die Verlängerung ist nur bis zum Alter von 70 Jahren und in ganzen Versicherungsjahren möglich.



## § 14 Welche Voraussetzungen gelten für den Wechsel in die Berufsunfähigkeitsversicherung?

### Bestehen einer Wechseloption

(1) Ob in Ihrem Vertrag die Wechseloption in die Berufsunfähigkeitsversicherung eingeschlossen ist, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Ist dies der Fall, besteht das Recht, unter gleichzeitiger Beendigung der Grundfähigkeitsversicherung eine Umwandlung der Versicherung in eine neu abzuschließende Berufsunfähigkeitsversicherung nach den dann aktuellen Tarifen und Bedingungen vorzunehmen, wenn wir zu diesem Zeitpunkt eine Berufsunfähigkeitsversicherung für Neuabschlüsse anbieten und der zum Wechselzeitpunkt von der versicherten Person ausgeübte Beruf in der Berufsunfähigkeitsversicherung versicherbar ist. Nachdem Sie die Wechseloption ausgeübt haben, erlischt diese Grundfähigkeitsversicherung. Zum Ende der Grundfähigkeitsversicherung zahlen wir weder einen Rückkaufwert aus, noch verrechnen wir das Deckungskapital der Grundfähigkeitsversicherung mit dem neuen Vertrag. Das gilt unabhängig davon, ob das Deckungskapital positiv oder negativ ist.

### Wann können Sie die Umwandlung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung verlangen?

(2) Sie können einmalig eine Berufsunfähigkeitsversicherung für die versicherte Person ohne Prüfung der Gesundheit bei Vorliegen der nachfolgenden Ereignisse erhalten:

- für Schüler und Auszubildende, welche die Grundfähigkeitsversicherung vor Vollendung des 16. Lebensjahres abgeschlossen haben, bei Erreichen des 10. Versicherungstages,
- erfolgreicher Abschluss einer Ausbildung vor Vollendung des 31. Lebensjahres,
- erfolgreicher Abschluss einer Meisterausbildung oder einer IHK-zertifizierten Techniker- bzw. Fachwirtausbildung vor Vollendung des 31. Lebensjahres,
- erfolgreicher Abschluss eines Studiums an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule (Universität, Fachhochschule, Duale Hochschule) vor Vollendung des 31. Lebensjahres

der versicherten Person innerhalb der Vertragslaufzeit, wenn zusätzlich kumulativ nachfolgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die bestehende Grundfähigkeitsversicherung wurde ohne Erschwernisse (insbesondere Leistungseinschränkungen oder Leistungsausschlüsse, Beitragszuschläge oder Risikozuschläge) abgeschlossen.
- Die Wechseloption wird spätestens 12 Monate nach Eintritt des Ereignisses unter Vorlage geeigneter Nachweise ausgeübt.
- Die Grundfähigkeitsversicherung hat zum Zeitpunkt des Ereignisses, das die Wechseloption auslöst, mindestens fünf Jahre beitragspflichtig bestanden und die Beiträge wurden in dieser Zeit nicht gestundet.
- Nach Wechsel in die Berufsunfähigkeitsversicherung steht die gesamte Jahresrente aller auf die versicherte Person bei privaten Versicherern abgeschlossenen Berufs-, Erwerbsunfähigkeitsversicherungen und Grundfähigkeitsversicherungen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen, d.h. diese übersteigt 60 % des letzten jährlichen Bruttoarbeitseinkommens der versicherten Person nicht.
- Es wurde keine Leistung aus der Grundfähigkeitsversicherung beantragt oder gewährt.
- Zum Zeitpunkt der Ausübung der Wechseloption ist weder ein Grundfähigkeitsverlust oder ein leistungsauslösender Umstand aus den Bausteinen noch eine Berufsunfähigkeit im Sinne des Tarifs eingetreten, in den ein Wechsel erfolgen soll.

### Welche weiteren Bedingungen gelten?

(3) Zum Zeitpunkt der Ausübung der Wechseloption entfällt im Rahmen der Risikoprüfung die Prüfung des Gesundheitszustandes. Es werden lediglich Angaben zu den für die Tarifierung wesentlichen Punkten wie z.B. Beruf, gewünschtes Endalter, Größe, Körpergewicht, Raucherstatus und gefährlichen Hobbies der versicherten Person abgefragt. Aufgrund dieser Angaben sind wir berechtigt, Ihren Antrag auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung abzulehnen oder einen Zuschlag und/oder Ausschluss vorzusehen oder einen Vertrag mit niedrigerem Endalter anzubieten. Lehnen wir den Antrag ab, besteht die Grundfähigkeitsversicherung unverändert fort. Bieten wir Ihnen einen Zuschlag und/oder Ausschluss an, können Sie wählen, ob Sie dies annehmen oder die Grundfähigkeitsversicherung unverändert fortführen möchten.

Die versicherbare Berufsunfähigkeitsrente ist im Rahmen der für den jeweiligen Beruf versicherbaren Renten frei wählbar, darf jedoch die zum Zeitpunkt der Ausübung der Wechseloption versicherte Grundfähigkeitsrente nicht übersteigen. Soll in die Berufsunfähigkeitsversicherung eine Dynamik eingeschlossen werden, darf diese in ihrer Höhe die Dynamik der Grundfähigkeitsversicherung nicht übersteigen.

### Vorvertragliche Anzeigepflicht

(4) Die Regelungen der §§ 17 ff. zur vorvertraglichen Anzeigepflicht gelten nach näherer Maßgabe des § 19 auch für die neuen Angaben, die anlässlich des Abschlusses der Berufsunfähigkeitsversicherung getätigt werden.

Ebenso gelten die Angaben betreffend die vorvertragliche Anzeigepflicht bei der Grundfähigkeitsversicherung im Rahmen der Berufsunfähigkeitsversicherung nach näherer Maßgabe des § 19 fort.

## § 15 Wie kommt der Vertrag zustande und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Vertrag kommt zustande durch Annahme des Antrags durch uns. Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn

- der Vertrag abgeschlossen wurde, d. h. mit Annahme des Antrages, und
- der Einlösungsbeitrag gezahlt wurde.

Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn besteht jedoch kein Versicherungsschutz. Unsere Leistungspflicht kann entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 27 Absätze 2 und 3 und § 30).

## § 16 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unter Berücksichtigung der in § 5 genannten Ausschlüsse unabhängig davon, auf welcher Ursache der Verlust der Grundfähigkeit beruht. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Verlust der Grundfähigkeit verursacht ist:

- a) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn der Verlust der Grundfähigkeit während eines Aufenthaltes der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Bei einfach oder grob fahrlässiger Ausführung der Tat erfolgt kein Leistungsausschluss. Ein Leistungsausschluss erfolgt zudem nicht bei Vergehen im Straßenverkehr;

- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung durch die versicherte Person. 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;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der der Bezugsberechtigte oder Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich den Verlust der Grundfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) durch Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährdet, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde oder hätte tätig werden müssen;
- g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit von mehr als 1.000 Personen zu gefährden und mit deren Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllung der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

Gleiches gilt bezüglich der leistungsauslösenden Umstände aus den Bausteinen.

## § 17 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle Fragen, die wir Ihnen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform stellen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten (vorvertragliche Anzeigepflicht). Stellen wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Annahme des Antrages, Fragen, müssen auch diese wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Soll eine andere Person versichert werden, muss diese die Fragen ebenso vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.

## § 18 Welche Folgen hat die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?

Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

### Rücktritt

(1) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht arglistig, vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder arglistig noch vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht können wir nicht zurücktreten, wenn Sie uns nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht oder nicht richtig angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz), geschlossen hätten.

(2) Wenn wir zurücktreten, erlischt der Vertrag rückwirkend. Es besteht kein Versicherungsschutz. Eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(3) Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene gefahrerhebliche Umstand (vgl. § 17) nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles war. Dies gilt aber nicht, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt wird.

### Kündigung

(4) Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht fahrlässig verletzt wird.

(5) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis des nicht oder nicht richtig angezeigten gefahrerheblichen Umstandes, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(6) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 32).

### Vertragsänderung

(7) Ist unser Rücktritts- oder Kündigungsrecht gemäß Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 5 ausgeschlossen, können auf unser Verlangen die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Diese Vertragsänderung teilen wir Ihnen schriftlich mit.

Wenn

- sich der Beitrag dadurch um mehr als 10 % erhöht oder
- wir den Versicherungsschutz für den nicht oder nicht richtig angezeigten Umstand ausschließen,

können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen. Auf die Kündigungsmöglichkeit werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

### Folgen nicht zu vertretender (schuldloser) Anzeigepflichtverletzung

(8) Bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Anzeigepflichtverletzung verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (§ 19 VVG), eine Vertragsänderung vorzunehmen oder den Vertrag zu kündigen.

### Fehlerhafte Patientendokumentation (Abrechnungsdiagnose)

(9) Eine fehlerhafte Patientendokumentation (Abrechnungsdiagnose) liegt vor, wenn der behandelnde Arzt oder sonstige Heilbehandler eine stattgefundenene Behandlung, Beratung oder Untersuchung (z. B. Diagnosen, Arbeitsunfähigkeitszeiträume) fehlerhaft dokumentiert hat. Dies ist der Fall, wenn die Daten nicht den tatsächlichen Umständen entsprechen. Gleiches gilt für fehlerhafte Dokumentationen von Krankenhäusern, Krankenkassen, Krankenversicherungen oder von sonstigen Einrichtungen der Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation. Sofern Sie uns eine solche fehlerhafte Patientendokumentation nachweisen, werden wir auf diesen Umstand weder einen Rücktritt, eine Kündigung noch eine Vertragsänderung bzw. eine Anfechtung stützen.

### Ausübung unserer Rechte

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

(11) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht oder nicht richtig angezeigten Umstand kannten.

(12) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen; die Frist beginnt mit dem

Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(13) Nach Ablauf von 5 Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist 10 Jahre. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Fristen eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Fristen geltend machen.

#### **Anfechtung**

(14) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung über Ihren Antrag arglistig, d.h. durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Absatz 2 gilt entsprechend.

#### **Wiederherstellung des Vertrages / Erhöhung des Versicherungsschutzes**

(15) § 17 und § 18 Absätze 1 bis 13 gelten entsprechend, wenn der Vertrag wiederhergestellt oder der Versicherungsschutz nachträglich erhöht werden soll. Die Fristen nach Absatz 12 beginnen mit der Wiederherstellung des Vertrages oder der Erhöhung des Versicherungsschutzes bezüglich des wiederhergestellten oder erhöhten Teils neu.

#### **Erklärungsempfänger**

(16) Rücktritt, Kündigung, Vertragsänderung und Anfechtung üben wir durch schriftliche Erklärung Ihnen gegenüber aus. Nach Ihrem Tod gilt der von Ihnen benannte Bezugsberechtigte als bevollmächtigt, die Erklärung entgegenzunehmen, es sei denn, dass Sie uns eine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben. Haben Sie keinen Bezugsberechtigten benannt oder kann dessen Aufenthalt nicht ermittelt werden und haben Sie keine andere Person als Bevollmächtigten benannt, gilt der Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt.

### **§ 19 Was bedeutet die Anzeigepflicht bei Ausübung der Wechseloption in die Berufsunfähigkeitsversicherung?**

(1) Weil wir darauf vertrauen, dass Sie uns bei Schließung der Grundfähigkeitsversicherung alle bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, vollständig und richtig angezeigt haben, verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung im Rahmen der Ausübung der Wechseloption in die Berufsunfähigkeitsversicherung. Sollte sich Ihr Gesundheitszustand nach Schließung der zugrundeliegenden Grundfähigkeitsversicherung verschlechtert haben, müssen Sie uns dies daher nicht anzeigen.

(2) Die §§ 17 und 18 finden entsprechend auch auf Verträge Anwendung, die im Zusammenhang mit dem Wechsel einer Grundfähigkeitsversicherung in eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung zustande gekommen sind. Die bei Abschluss der zugrundeliegenden Grundfähigkeitsversicherung durchgeführte Gesundheits- und Risikoprüfung bildet die Grundlage nicht nur für die Schließung der Grundfähigkeitsversicherung, sondern auch für die durch Ausübung der Wechseloption nach § 14 zustande gekommene Berufsunfähigkeitsversicherung.

(3) Zusätzlich finden die §§ 17 und 18 auch auf die Angaben Anwendung, die Sie uns bei Ausübung der Wechseloption bezüglich der neuen Berufsunfähigkeitsversicherung anzugeben haben. Auch diesbezüglich vertrauen wir darauf, dass Sie alle bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, vollständig und richtig angezeigt haben.

### **§ 20 Was ist zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?**

In Ergänzung der Ausführungen bei den einzelnen Grundfähigkeiten und Bausteinen gelten für die Beantragung von Leistungen die folgenden Voraussetzungen.

(1) Wird eine Leistung wegen Verlust einer Grundfähigkeit oder eine Leistung aus den Bausteinen aus dem Vertrag beansprucht, müssen Sie uns den Verlust der Grundfähigkeit oder den leistungsauslösenden Umstand aus den Bausteinen in Textform mitteilen. Außerdem müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden unverzüglich folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Verlust der Grundfähigkeit oder der leistungsauslösenden Umstände aus den Bausteinen;
- b) ausführliche Berichte der Fachärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über dessen Auswirkungen auf den Verlust der Grundfähigkeit oder auf einen in den Bausteinen aufgeführten Auslöser für unsere Leistungspflicht.

Außerdem kann eine Auskunft nach § 35 verlangt werden.

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere medizinische und den Grundfähigkeitsverlust oder den leistungsauslösenden Umstand aus den Bausteinen betreffende Auskünfte, Aufklärungen, Vor-Ort-Prüfungen und zusätzliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, wobei wir hierzu entsprechende Gutachter, Ärzte und sachverständige Dienstleister einsetzen können, soweit dies zur Beurteilung des Versicherungsfalles und/oder zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsannahme erforderlich ist.

Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zur Beurteilung des Versicherungsfalles und zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsannahme zu erteilen. Hat die versicherte Person die Ermächtigung vor Abgabe der Vertragserklärung erteilt, wird sie vor Einholung einer solchen Auskunft von uns unterrichtet werden; die versicherte Person kann der Einholung einer solchen Auskunft unter Verwendung der bei Abgabe der Vertragserklärung erteilten Ermächtigung widersprechen. Im Übrigen kann die versicherte Person jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt oder dass sie die erforderlichen Unterlagen selbst beibringt. Entsteht durch die Erteilung einer Einzeleinwilligung ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Leistungsantrags, so können wir von der versicherten Person die hiermit verbundenen Kosten in angemessener Höhe erstattet verlangen.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft (Regionalarzt) durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die üblichen Reise- und Aufenthaltskosten. Unter den üblichen Reise- und Aufenthaltskosten verstehen wir die Reisekosten gemäß einer Bahnfahrt 2. Klasse und, falls erforderlich bzw. preisgünstiger, eines Fluges in der economy class sowie die Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel. Mit unserer Zustimmung können die erforderlichen Untersuchungen auch außerhalb Deutschlands durchgeführt werden.

(3) Die versicherte Person ist aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Brillen oder Prothesen) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos sind und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Operationen und Suchtentzugsmaßnahmen sehen wir nicht als zumutbar an.

(4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung entsteht – auch rückwirkend – mit Ablauf des Monats, in dem der Verlust der Grundfähigkeit oder der zu einer Rentenzahlung führende leistungsauslösende Umstand aus den Bausteinen eingetreten ist.

(5) Die gemäß Absatz 2 vorzulegenden Unterlagen müssen auch bestätigen, dass die Grundfähigkeiten oder die in den Bausteinen beschriebenen Fähigkeiten zuvor vorhanden waren und dann verloren gegangen sind.

Die Berichte müssen folgende Punkte beinhalten:

- die Ursache des Grundfähigkeitsverlustes,
- den Beginn des Grundfähigkeitsverlustes,
- die Art des Grundfähigkeitsverlustes,
- den Verlauf des Grundfähigkeitsverlustes,
- die voraussichtliche Dauer des Grundfähigkeitsverlustes und
- wie die Prognose bezüglich der Besserungsaussichten ist.

Bei Vorliegen von leistungsauslösenden Umständen aus den Bausteinen müssen die Berichte die oben genannten Punkte entsprechend für die leistungsauslösenden Umstände enthalten.

Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der die versicherte Person zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen, z. B. in Form von wissenschaftlich anerkannten Testverfahren. Ein solches Testverfahren ist zum Beispiel der Aachener Aphasie-Test bei Verlust der Sprechfähigkeit oder ein Tonaudiogramm bei Verlust der Hörfähigkeit.

#### **Leistung bei schweren Erkrankungen**

(6) Die vorgenannten schweren Erkrankungen sind uns durch ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der schweren Erkrankung der versicherten Person nachzuweisen.

Die Berichte müssen folgende Punkte beinhalten:

- die Ursache der schweren Erkrankung,
- den Beginn der schweren Erkrankung,
- die Art der schweren Erkrankung,
- den Verlauf der schweren Erkrankung,
- die voraussichtliche Dauer der schweren Erkrankung und
- wie die Prognose bezüglich der Besserungsaussichten ist.

Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der die versicherte Person zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.

#### **Leistung bei psychischen Erkrankungen**

(7) Sie müssen die psychische Erkrankung durch Befundberichte eines Facharztes nachweisen. Diese müssen die psychische Erkrankung bestätigen.

Die Berichte müssen folgende Punkte beinhalten:

- die Ursache der psychischen Erkrankung,
- den Beginn der psychischen Erkrankung,
- die Art der psychischen Erkrankung,
- den Verlauf der psychischen Erkrankung,
- die voraussichtliche Dauer der psychischen Erkrankung und
- wie die Prognose bezüglich der Besserungsaussichten ist.

Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der die versicherte Person zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.

#### **Leistung bei Time to Care**

(8) Sie müssen das Vorliegen der Erkrankung des Kindes/Adoptivkindes der versicherten Person durch Befundberichte eines Facharztes nachweisen. Diese müssen das Vorliegen der Erkrankung bestätigen.

Die Berichte müssen folgende Punkte beinhalten:

- die Ursache der Erkrankung,
- den Beginn der Erkrankung,
- die Art der Erkrankung und
- den Verlauf der Erkrankung.

Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der die versicherte Person zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.

#### **Leistung beim Krisen-Airbag**

(9) Sie müssen uns die Stellung als Kind oder als Eltern durch eine Geburtsurkunde nachweisen. Die Stellung als Ehegatte ist durch eine Eheurkunde und die Stellung als eingetragener Lebenspartner durch eine Lebenspartnerschaftsurkunde nachzuweisen. Die Stellung als in eheähnlicher und häuslicher Gemeinschaft lebender Lebensgefährte ist uns durch eine Meldebescheinigung und eine entsprechende Bestätigung der versicherten Person nachzuweisen. Der Tod ist uns durch Vorlage der Sterbeurkunde nachzuweisen.

Da die Leistung zweckgebunden erfolgt, benötigen wir zur Erbringung der Leistungen Rechnungen, aus denen sich die Leistungserbringung gegenüber der versicherten Person ergibt, sowie zugehörige Zahlungsbelege.

#### **Leistung bei Verlust einer Bauhandwerk-Fähigkeit**

(10) Sie müssen den Verlust einer Bauhandwerk-Fähigkeit durch Befundberichte eines Facharztes nachweisen. Diese müssen den Verlust der Bauhandwerk-Fähigkeit bestätigen.

Die Berichte müssen folgende Punkte beinhalten:

- die Ursache des Verlustes der Bauhandwerk-Fähigkeit,
- den Beginn des Verlustes der Bauhandwerk-Fähigkeit,
- die Art der Erkrankung, die zum Verlust der Bauhandwerk-Fähigkeit geführt hat,
- den Verlauf der zu Grunde liegenden Erkrankung,
- die voraussichtliche Dauer des Verlustes der Bauhandwerk-Fähigkeit und
- wie die Prognose bezüglich der Besserungsaussichten ist.

Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der die versicherte Person zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.

(11) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

(12) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten auf das uns angegebene Konto. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr. Eine Auszahlung in anderer Weise, insbesondere in bar oder per Scheck, ist ausgeschlossen.

## § 21 Wie informieren wir Sie über unsere Leistungsprüfung und wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistungen werden wir Sie monatlich über den Stand der Bearbeitung informieren. Innerhalb von 5 Arbeitstagen nach Eingang der gemäß § 12 erforderlichen Unterlagen werden wir

- Ihnen mitteilen, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen, oder
- Sie über erforderliche weitere Prüfungsschritte bzw. fehlende Unterlagen informieren.

(2) Auf die Möglichkeit eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses verzichten wir ausdrücklich.

## § 22 Was gilt nach Anerkennung des Verlustes einer Grundfähigkeit oder der Anerkennung der leistungsauslösenden Umstände aus den Bausteinen?

### Nachprüfung

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen des Verlustes der Grundfähigkeit oder der leistungsauslösenden Umstände aus den Bausteinen nachzuprüfen.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmung des § 20 Absatz 2 gilt entsprechend.

### Mitteilungspflicht

(3) Sie müssen uns unverzüglich mitteilen, wenn Sie die jeweilige Grundfähigkeit oder die Fähigkeit aus den Bausteinen ganz oder teilweise zurückgewinnen. Auch die Aufhebung eines vollständigen oder teilweisen Tätigkeitsverbots müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

### Leistungsfreiheit

(4) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform darlegen. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen.

## § 23 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 20 oder § 22 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden, vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

## § 24 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

Der Versicherungsschein in Papierform stellt eine Urkunde dar.

Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

## § 25 Wer erhält die Leistung?

(1) Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie.

### Bezugsberechtigung

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

Wenn Sie ein Bezugsrecht **widerruflich** bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalls. Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und **unwiderruflich** das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

### Anzeige

(3) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung) getroffen haben.

## § 26 Was gilt für Versicherungsdauer, Versicherungsstichtag und Versicherungsjahr?

(1) Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

(2) Versicherungsstichtage sind jene Tage nach Ablauf eines vollen Jahres nach Versicherungsbeginn und während der Versicherungsdauer, welche in Tag und Monat dem Versicherungsende entsprechen.

(3) Ein Versicherungsjahr ist der Zeitraum von einem Versicherungsstichtag bis zum nächsten Versicherungsstichtag. Das erste Versicherungsjahr ist der Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn und dem ersten Versicherungsstichtag, jenes kann länger als 12 Monate sein.

## Beitragszahlung und Kosten

### § 27 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen.

(2) Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

(3) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

- Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
- Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

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

(5) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

### § 28 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten. Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie dem Produktinformationsblatt sowie der Verbraucherinformation entnehmen.

(2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und

aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der während der Laufzeit des Vertrages fälligen Tarifbeiträge beschränkt.

(3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten sowie die übrigen Kosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages geringere Beträge zur Bildung der beitragsfreien Rente vorhanden sind.

(5) Sofern auf Ihren Wunsch eine Vertragsänderung vorgenommen werden soll, können wir dies von der Zahlung einer Gebühr abhängig machen, wenn wir zur Durchführung weder gesetzlich noch bedingungsgemäß verpflichtet sind.

### § 29 Können die Beiträge erhöht werden?

Die Tarifbeiträge sind für die gesamte Vertragsdauer garantiert und können von uns nicht erhöht werden, da wir auf eine tarifliche Beitragsanpassungsklausel verzichten. Lediglich unter den Voraussetzungen der gesetzlichen Schutzvorschrift des § 163 VVG können die Beiträge in besonderen Fällen heraufgesetzt werden, und auch nur dann, wenn ein unabhängiger Treuhänder dem zustimmt.

### § 30 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

#### Erster Beitrag

(1) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(2) Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

#### Folgebeitrag

(3) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 Wochen betragen.

(4) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(5) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer

mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

(6) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur

- innerhalb eines Monats nach der Kündigung
- oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

### § 31 Wie können Sie Ihre Beiträge befristet aussetzen (Stundung)?

(1) Sie können mit uns zinslose Stundungen oder Teilstundungen der Prämienzahlung unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes während der Vertragslaufzeit vereinbaren.

Folgende Voraussetzungen müssen dafür erfüllt sein:

- Vor der ersten Stundung muss der Vertrag mindestens 3 Jahre bestanden haben,
- jede einzelne Stundung hat einen Zeitraum von höchstens 24 Monaten,
- die Summe aller Stundungszeiträume beträgt über die gesamte Vertragsdauer nicht mehr als 36 Monate,
- offene Beiträge vorangegangener Stundungen wurden vollständig beglichen,
- der Versicherungsvertrag befindet sich nicht in den letzten 5 Vertragsjahren.

(2) Die gestundeten Beiträge müssen mit Ablauf des Stundungszeitraums nachgezahlt werden. Sie können die gestundeten Beiträge in einem Betrag oder in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten in Raten neben den laufenden Beiträgen nachzahlen oder ggf. durch eine Vertragsänderung (z.B. durch Verrechnung mit dem Deckungskapital, Erhöhung Ihrer Beiträge oder Reduzierung der Versicherungsleistung) tilgen.

(3) Haben Sie Leistungen beantragt, müssen Sie bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Wenn Sie es wünschen, werden wir Ihnen die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird endgültig festgestellt, dass unsere Leistungspflicht nicht besteht, gilt die Regelung in Absatz 2.

## Kündigung und Beitragsfreistellung

### § 32 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen?

#### Kündigung

(1) Sie können Ihre Grundfähigkeitsversicherung ganz oder teilweise jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform kündigen.

(2) Mit der Kündigung wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Rente um. Bei einer teilweisen Kündigung wird der Vertrag mit vermindertem Beitrag und herabgesetzter Rente fortgeführt. Sowohl bei vollständiger als auch bei teilweiser Kündigung wird ein Auszahlungsbetrag nach Absatz 3 – sofern vorhanden – nur fällig und der Vertrag erlischt, wenn die jährliche Mindestrente in Höhe von 600 Euro nicht erreicht wird.

(3) Das aus Ihrer Versicherung für die Bildung des Rückkaufswerts zur Verfügung stehende Deckungskapital mindert sich um einen Abzug von 40 % des Deckungskapitals. Wir bilden das Deckungskapital aus den Beitragsteilen, die wir nicht für die Kosten und das versicherte Risiko benötigen. Das bei der Berechnung des Rückkaufswerts zugrunde liegende Deckungskapital wird auf Basis des Beitrags ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung ermittelt.

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug aus nachfolgenden Gründen für angemessen:

- Mit dem Abzug werden die von Ihnen nicht gezahlten Beitragsteile im Deckungskapital ausgeglichen.
- Die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes wird ausgeglichen.
- Es wird ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen.

Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung 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.

Nähere Informationen zur beitragsfreien Jahresrente und dem Auszahlungsbetrag bei Kündigung können Sie der in der Anlage zum Versicherungsschein abgedruckten Übersicht der Rückkaufswerte entnehmen.

#### Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(4) Unter Beachtung der in Absatz 1 genannten Termine können Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für Ihre Grundfähigkeitsversicherung in Textform beantragen. Die versicherte Jahresrente wird auf eine beitragsfreie Rente herabgesetzt, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet wird (§ 165 Absatz 2 VVG). Der Vertrag wird beitragsfrei nur dann weitergeführt, wenn die jährliche beitragsfreie Rente die Mindestrente gemäß Absatz 2 erreicht. Andernfalls wird der Auszahlungsbetrag nach Absatz 3 fällig und der Vertrag erlischt. Ab Beitragsfreistellung erfolgt keine Überschussbeteiligung.

(5) Eine Fortführung der Versicherung unter teilweiser Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist ebenfalls möglich, jedoch nur, wenn die verbleibende jährliche beitragspflichtige Rente die Mindestrente gemäß Absatz 2 erreicht. Andernfalls wird der Auszahlungsbetrag nach Absatz 3 fällig und der Vertrag erlischt.

(6) Bei einem vollständig oder teilweise beitragsfrei gestellten Vertrag können Sie innerhalb von 2 Jahren die Beitragszahlung ohne Gesundheitsprüfung zu den bei

Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen fortsetzen. Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und die verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt. Der Versicherungsvertrag wird mit der Beitragshöhe, wie sie vor der Beitragsfreistellung vereinbart war, wieder in Kraft gesetzt. Der Versicherungsschutz ist aufgrund der während der beitragsfreien Zeit nicht gezahlten Beiträge geringer als vor der Beitragsfreistellung. Sie können den Versicherungsvertrag ebenso mit dem Versicherungsschutz, wie er vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, wieder in Kraft setzen, wenn der zu zahlende Beitrag ab der Wiederinkraftsetzung entsprechend erhöht wird. Der erhöhte Beitrag wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet. Die Wiederinkraftsetzung wird gebührenfrei durchgeführt.

#### Nachteile

(7) Kündigung und Befreiung von der Pflicht zur Beitragszahlung Ihres Vertrages können für Sie mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihres Vertrages stehen nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung.

## Überschussbeteiligung

### § 33 Wie werden Sie an den von uns erwirtschafteten Überschüssen beteiligt?

(1) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den ggf. vorhandenen Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrages erfolgt (Absatz 3) und
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 4).

#### Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit?

(2) Dazu erklären wir Ihnen

- aus welchen Quellen die Überschüsse stammen (a),
- wie wir mit diesen Überschüssen verfahren (b) und
- wie Bewertungsreserven entstehen und wir diese zuordnen (c).

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

a) Überschüsse können aus 3 verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen (aa),
- dem Risikoergebnis (bb) und
- dem übrigen Ergebnis (cc).

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen gemäß der gesetzlichen Vorgaben, insbesondere der Verordnung über

die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

#### (aa) Kapitalerträge

Von den Nettoerträgen der nach dieser Verordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die Beiträge einer Grundfähigkeitsversicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher vor Verlust einer Grundfähigkeit oder vor Eintritt eines leistungsauslösenden Umstands aus den Bausteinen keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

#### (bb) Risikoergebnis

In der Grundfähigkeitsversicherung ist der wichtigste Einflussfaktor auf die Überschüsse vor Eintritt eines Grundfähigkeitsverlustes oder eines leistungsauslösenden Umstands aus den Bausteinen die Entwicklung des versicherten Risikos. Überschüsse entstehen, wenn die Aufwendungen für das versicherte Risiko sich günstiger entwickeln als bei der Tariffkalkulation zugrunde gelegt. In diesem Fall müssen wir weniger Renten als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt.

#### (cc) Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn

- die Kosten niedriger sind als bei der Tariffkalkulation angenommen,
- wir andere Einnahmen als aus dem Versicherungsgeschäft haben, z. B. Erträge aus Dienstleistungen, die wir für andere Unternehmen erbringen.

b) Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu.

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 VAG können wir im Interesse der versicherten Personen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen. Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die



Deckungsrückstellung wird nach § 88 VAG und § 341e und § 341f HGB sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen berechnet.

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert über dem Buchwert liegt. Wir teilen Ihrem Vertrag Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu. Derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt. Die Höhe der Bewertungsreserven wird monatlich neu an den Bewertungsstichtagen ermittelt. Der Bewertungsstichtag liegt höchstens 2 Monate vor dem Fälligkeitstermin. Im Rahmen der Festsetzung der Überschussbeteiligung werden alljährlich die Bewertungsstichtage festgelegt und in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können, veröffentlicht. Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven werden den Verträgen nach einem in zeitlicher sowie in betragsmäßiger Hinsicht verursachungsorientierten Verfahren (Absatz 3) anteilig rechnerisch zugeordnet.

Für die Beteiligung an den Bewertungsreserven kann jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration eine von der tatsächlichen Höhe der Bewertungsreserven unabhängige Mindest-Beteiligung (Sockelbeteiligung) festgelegt werden. Ist die der einzelnen Versicherung tatsächlich zustehende Beteiligung an den Bewertungsreserven höher als die Sockelbeteiligung, wird der übersteigende Teil zusätzlich zur Sockelbeteiligung ausgezahlt.

#### Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages?

(3) a) Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherung, Risikoversicherung) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie keine Überschüsse zugewiesen. Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe I der Berufsunfähigkeitsversicherungen.

Die Mittel für die Überschussanteile werden der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

b) Im Einzelnen gilt für die Überschussbeteiligung Ihrer Grundfähigkeitsversicherung:

aa) Die Versicherungen erhalten in der Anwartschaftszeit (Zeit bis zum Eintritt unserer Leistungspflicht) Jahresgewinnanteile. Endet die Anwartschaftszeit unterjährig, wird der Jahresgewinnanteil entsprechend zeitanteilig gekürzt. Versicherungen, die beitragsfrei gestellt worden sind, sind nicht überschussberechtig. Der Jahresgewinnanteil wird vorschüssig in Prozent des fälligen Beitrages festgesetzt. Er wird als **Sofortgutschrift** (anteilige Verrechnung bei jeder Beitragsfälligkeit) gewährt.

bb) Hat die versicherte Person keine Rente aus der Grundfähigkeitsversicherung erhalten, so kann bei Ablauf der Versicherungsdauer ein **Schlussbonus** in Prozent der Beitragssumme gewährt werden, dessen Höhe vom Beitrag und von der Versicherungsdauer abhängig ist. Erlischt die Versicherung vorher, so kann ein Schlussbonus in verminderter Höhe gewährt werden, wenn die Versicherung mindestens 2 Jahre bestanden hat und die versicherte Person keine Rente aus der Grundfähigkeitsversicherung erhalten hat.

cc) Ist dagegen die Leistungspflicht eingetreten und erbringen wir Versicherungsleistungen, so erhält die Versicherung einen Jahresgewinnanteil in Prozent des gewinnberechtigten Deckungskapitals. Die Jahresgewinnanteile werden dann zur Erhöhung der Versicherungsleistung verwendet. Entfällt der Anspruch auf Leistungen vor dem Ablauftermin, fallen die im Leistungsbezug erfolgten Erhöhungen der Versicherungsleistung weg.

c) Für die Beteiligung an **Bewertungsreserven** gilt Folgendes:

aa) Wir zahlen bei Vertragsbeendigung (durch Ablauf, Tod oder Kündigung) den zugeeilten Anteil an den Bewertungsreserven aus.

bb) In der Zeit des Rentenbezugs sind Sie nicht an den Bewertungsreserven beteiligt.

#### Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

(4) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos. Aber auch die Entwicklung des Kapitalmarkts und der Kosten sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen. Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an den Überschüssen und den Bewertungsreserven bestehen nicht.

## Sonstige Vertragsbestimmungen

### § 34 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

Eine Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Willenserklärung (z. B. eine Mahnung) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung 3 Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

### § 35 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen

- bei Vertragsabschluss,
- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
- auf Nachfrage

unverzüglich zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben,
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers,
- der Eigenschaft als politisch exponierte Person oder

- nach dem Geldwäschegesetz (GWG) maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

(4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

## § 36 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

## § 37 Welches Gericht ist im Streitfall zuständig?

(1) Klagen aus dem Versicherungsvertrag **gegen uns** können Sie

- im Gerichtsbezirk unseres Sitzes Hannover oder
- im Gerichtsbezirk Ihres Wohnsitzes bzw. Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes (nur bei natürlichen Personen) erheben.

(2) Klagen aus dem Versicherungsvertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht Ihres Wohnsitzes bzw. Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes erheben.

Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach dem Sitz der Niederlassung.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, sind die Gerichte der Bundesrepublik Deutschland zuständig.

## § 38 Was gilt bei Sanktionen und Embargos?

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

## § 39 Können Sie Ansprüche aus Ihrer Versicherung abtreten oder verpfänden?

Ansprüche aus dieser Versicherung können nicht abgetreten oder verpfändet werden.

## § 40 Wie erhalten Sie Unterstützung im Leistungsfall?

(1) Wenn Sie eine Leistung beantragen möchten, unterstützen wir Sie

- wie Sie eine Leistung beantragen,
- welche Unterlagen Sie uns einreichen müssen und
- wie Sie den Verlust einer Grundfähigkeit oder einen leistungsauslösenden Umstand aus den Bausteinen nachweisen können.

(2) Beabsichtigen wir nach Prüfung der uns eingereichten und von uns beigezogenen Unterlagen, den Leistungsantrag gemäß § 21 Absatz 1 abzulehnen, informieren wir unter Darlegung unserer Gründe zuvor denjenigen, der Anspruch auf die Versicherungsleistung erhebt. Dadurch geben wir ihm Gelegenheit, eine der folgenden Verbraucherschutzorganisationen (VSO)

- Verbraucherzentralen, die in der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. organisiert sind,
- Versicherungsberater, die im Bundesverband der Versicherungsberater e.V. organisiert sind,

zur Überprüfung unserer vorläufigen Auffassung einzuschalten, wenn der Versicherte die VSO zuvor aus Gründen des Datenschutzes schriftlich bevollmächtigt hat. Im Rahmen der erteilten Vollmacht dürfen dann für die Leistungsprüfung relevante Daten und Unterlagen (z. B. der formelle Leistungsantrag, Arztberichte, Gutachten) an die VSO weitergeleitet werden. Wir übernehmen 75 % der nachgewiesenen Kosten der VSO, höchstens jedoch 500 Euro. Die VSO kann innerhalb von einem Monat eine Stellungnahme abgeben. Vor einer endgültigen Entscheidung gem. § 21 Absatz 1 werden wir mögliche Bedenken oder Anregungen der VSO in unsere Entscheidungsfindung einbeziehen.

(3) Wenn wir gemäß § 22 Absatz 4 im Rahmen eines Nachprüfungsverfahrens unsere anerkannten Leistungen einstellen oder herabsetzen, können Sie dies ebenfalls durch eine VSO überprüfen lassen.

(4) Bei Ablehnung eines Leistungsantrages wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gelten folgende Abweichungen gegenüber Absatz 2: Die fristgebundene Ablehnungserklärung (z. B. Rücktritt vom Vertrag) stellen wir Ihnen mit sofortiger Rechtswirkung zu. Sie sind dann berechtigt, eine der in Absatz 2 genannten Verbraucherschutzorganisationen (VSO) zur Überprüfung unserer getroffenen Entscheidung einzuschalten. Die VSO kann innerhalb von einem Monat eine Stellungnahme abgeben. Wir werden dann überprüfen, ob wir im Hinblick auf vorgetragene Bedenken oder Anregungen die Wirkung unserer getroffenen Entscheidung gegebenenfalls abändern. Im Falle einer solchen Abänderung übernehmen wir 75 % der nachgewiesenen Kosten der VSO, höchstens jedoch 125 Euro.

## § 41 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

Sollte aufgrund höchstrichterlicher Entscheidung oder bestandskräftigen Verwaltungsakts eine Bestimmung in den Versicherungsbedingungen unwirksam sein, wird dadurch die Geltung der übrigen Bestimmungen in Versicherungsbedingungen und vertraglichen Vereinbarungen nicht berührt.

Nur in diesen Fällen kann eine Bedingungsanpassung nach § 164 VWG erfolgen.

# ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DEN VORLÄUFIGEN VERSICHERUNGSSCHUTZ BEI DER GRUNDFÄHIGKEITSVERSICHERUNG /VVG24

## Inhalt

- § 1 Was ist vorläufig versichert?
- § 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?
- § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,  
mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer. Die verwendete Sprachform dient der leichteren Lesbarkeit und meint immer alle Geschlechter (w/m/d). Dies hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

## § 1 Was ist vorläufig versichert?

### Grundfähigkeitsversicherung

(1) Vorläufiger Versicherungsschutz in der Grundfähigkeitsversicherung besteht für bedingungsgemäßen Grundfähigkeitsverlust, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes als unmittelbare Folge eines Unfalls eingetreten ist. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsbeschädigung erleidet. Haben zur Herbeiführung des Grundfähigkeitsverlustes neben dem Unfallereignis Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 25 Prozent mitgewirkt, so vermindert sich unsere Leistung entsprechend dem Anteil der Mitwirkung.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf

- die Zahlung einer Grundfähigkeitsrente in Höhe der beantragten Rente (jedoch höchstens 1.500 Euro monatlich), wenn uns der Verlust der Grundfähigkeit innerhalb von einem Monat seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist,
- die Leistung aus der Beitragsbefreiung für die beantragte Versicherungssumme (jedoch höchstens 100.000 Euro), wenn die Versicherung zustande gekommen ist und solange sie nicht weggefallen ist.

In jedem Falle enden die Leistungen aus der Versicherung spätestens mit dem Ablauf der für die Versicherung beantragten Versicherungsdauer.

## § 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als 2 Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- b) uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist;
- c) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- d) Ihr Antrag nicht von den von uns gebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht;
- e) die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags bereits das 6. Lebensjahr und noch nicht das 55. Lebensjahr vollendet hat.
- f) frühere Anträge der versicherten Person von uns nicht abgelehnt, nicht zurückgestellt wurden oder nicht zu erschwerten Bedingungen (Mehrbeitrag oder Ausschluss-Klausel) zustande gekommen wären;
- g) frühere Verträge durch uns nicht wegen Nichtzahlung oder Zahlungsrückständen gekündigt wurden;
- h) wir bei früheren Verträgen keinen Rücktritt bzw. keine Anfechtung erklärt haben.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

## § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr vollständig ausgefüllter Antrag bei uns eingeht.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

- a) zwei Monate nach Unterzeichnung des Antrags vergangen sind;
- b) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
- c) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
- d) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben;
- e) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;
- f) der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben;
- g) wir Ihren Antrag abgelehnt oder zurückgestellt haben;
- h) Sie den Vertrag über die Versicherung oder einen weiteren Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer schließen. Über den Vertragsschluss mit einem anderen Versicherer haben Sie uns unverzüglich zu informieren.

## § 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Unsere Leistungspflicht entfällt

- a) bei Unfällen, für die Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen mitursächlich waren, nach denen im Antrag gefragt wurde und von denen die versicherte Person bei Unterzeichnung Kenntnis hatte; dies gilt auch, wenn diese im Antrag angegeben wurden,
- b) bei Unfällen der versicherten Person in unmittelbarem und mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen, soweit die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat,
- c) bei Unfällen der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden,
- d) bei Unfällen durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder solche Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Versicherungsschutz fallendes Unfallereignis verursacht waren,

e) bei Unfällen, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht,

f) bei Unfällen des Versicherten bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen und Raumfahrzeugen sowie beim Fallschirmspringen; als Luftfahrzeugführer oder als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges; bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit,

g) bei Unfällen, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt,

h) bei Unfällen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind,

i) bei Gesundheitsschädigungen durch Strahlen. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter diesen Versicherungsschutz fallenden Unfallereignisses handelt,

j) bei Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Wir werden jedoch leisten, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Versicherungsschutz fallenden Unfall veranlasst waren,

k) bei Infektionen. Wir werden jedoch leisten, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Versicherungsschutz fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt § 4 j Satz 2 entsprechend,

l) bei Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter diesen Versicherungsschutz fallenden Unfallereignisses handelt,

m) bei Unfällen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind,

n) bei Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn der Versicherte die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn jener Zustand durch ein unter diesen Versicherungsschutz fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde.

## **§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?**

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen gesonderten Beitrag.

## **§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?**

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.

(2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

# STEUERN UND LEBENSVERSICHERUNG

## STEUERINFORMATION GRUNDFÄHIGKEITSVERSICHERUNG/STGF01/24

### Private Grundfähigkeitsversicherung

#### A. Versicherungsteuer

Beiträge zu Lebensversicherungen sind in Deutschland grundsätzlich von der Versicherungsteuer befreit. Beiträge zu Versicherungen, die Ansprüche auf Kapital-, Renten- oder sonstige Leistungen für den Fall von Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder der verminderten Erwerbsfähigkeit begründen, können zu einer Steuerpflicht der Beiträge führen. Dies ist jedoch dann nicht der Fall, sofern diese Ansprüche der Versorgung der versicherten Person oder der Versorgung von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetzes oder von deren Angehörigen im Sinne des § 15 Abgabenordnung dienen.

#### B. Einkommensteuer

Die Beiträge zu Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen sind neben anderen Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abzugsfähig. Der für solche Aufwendungen maßgebliche Höchstbetrag beträgt 2.800 Euro je Steuerpflichtigen, sofern er Aufwendungen zu einer Krankenversicherung in vollem Umfang allein tragen muss. Andernfalls reduziert sich der Höchstbetrag auf 1.900 Euro (insbesondere für in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtversicherte, in der Familienversicherung Mitversicherte, Beamte, privat Versicherte, denen der Arbeitgeber einen steuerfreien Zuschuss zahlt).

Renten aus Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrente mit ihrem Ertragsanteil (§ 55 EStDV) zu versteuern.

Einmalige Kapitalzahlungen sind einkommensteuerfrei.

#### C. Erbschaft- und Schenkungsteuer

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

Zu versteuern sind Versicherungsleistungen, wenn sie – bei „Erwerb von Todes wegen“ zusammen mit dem übrigen Erbe – folgende Freibeträge des § 16 ErbStG übersteigen:

500.000 Euro für Ehegatten/Lebenspartner und 400.000 Euro für Kinder (Steuerklasse I), für weiter entfernte Verwandte gelten geringere Freibeträge.

Außerdem stehen Ehegatten/Lebenspartnern und Kindern bei „Erwerb von Todes wegen“ besondere Freibeträge zu. Unter Ehegatten/Lebenspartnern beträgt dieser 256.000 Euro. Er wird allerdings um den Kapitalwert erbschaftsteuerfreier Versorgungsbezüge (z.B. Witwen- oder Witwerrente) gekürzt. Der Versorgungsfreibetrag für Kinder (bis 27 Jahre) ist altersabhängig und reicht von 10.300 Euro bis 52.000 Euro.

#### D. Meldepflichten

Gesetzliche Vorschriften erfordern Meldungen unsererseits u.a. bei

- Bezug von Rentenzahlungen
- Übertragungen der Versicherungsnehmereigenschaft
- Abtretungen an ausländische Kreditinstitute
- Auszahlungen an andere Personen als den Versicherungsnehmer
- Steuerpflicht im Ausland

Alle Angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen erfolgt. Eine andere steuerliche Beurteilung kann sich ergeben, wenn das Steuerrecht eines anderen Staates anzuwenden ist. Eine Gewähr für die Vollständigkeit und Richtigkeit kann nicht übernommen werden. Für weitergehende Informationswünsche wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.

Stand: September 2024

es bedeuten:

ErbStG = Erbschaftsteuer- und Schenkungsteuergesetz

EStDV = Einkommensteuer-Durchführungsverordnung





**Hannoversche  
VHV-Platz 1  
30177 Hannover**

**T 0511 9565-0  
F 0511 9565-555  
hannoversche.de**