

Bedingungen

für Ihre kollektive Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Swiss Life kollektive BUZ

Stand: 10.2023 (AVB_KV_BUZ_2023_10)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere kollektive Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung entschieden haben. Diese Bedingungen stellen die rechtliche Grundlage für unseren Vertrag dar.

Wenn wir in den folgenden Kapiteln die persönliche Anrede „Sie“ nutzen, sprechen wir damit unseren Vertragspartner an. Wir nennen ihn auch Versicherungsnehmer. Sie tragen alle Rechte und Pflichten aus dem Vertrag und können Vertragsänderungen beantragen. Die Versicherte Person ist die Grundlage für die Berechnung Ihrer vertraglichen Leistungen und stellt gleichzeitig das versicherte Risiko dar. Wird also die Versicherte Person berufsunfähig, dann zahlen wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente aus. Der Versicherungsnehmer ist das Unternehmen, das die Versicherung für seine Beschäftigten beantragt hat.

Sind Sie Versicherte Person, aber nicht Versicherungsnehmer (z. B. weil Ihr Arbeitgeber auf Ihr Leben die Versicherung abgeschlossen hat), dann sprechen wir Sie in den Bedingungen nicht unmittelbar an. Die dort festgelegten Rechte und Pflichten betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner, mit dem wir einen Versicherungsvertrag abgeschlossen haben. Die Versicherungsbedingungen sind daher stets im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag zu sehen, der ergänzende und abweichende Regelungen enthalten kann.

Bestimmte Begriffe und Fachwörter haben wir unterstrichen. Diese markierten Wörter finden Sie in Kapitel I dieser Bedingungen. Dort erklären wir Ihnen diese. Die Unterstreichung bedeutet nicht, dass nur diese Stellen für das Vertragsverhältnis relevant sind.

Eine gendergerechte Anrede ist uns wichtig. In vielen Fällen führt dies leider dazu, dass Texte schwer lesbar oder zu lang werden. Daher verwendet Swiss Life – stellvertretend für alle Geschlechter – die männliche Schreibweise bzw. eine neutrale Variante, wenn dies sprachlich möglich ist.

A Wie funktioniert Ihre kollektive Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung?

Sie können bei Abschluss des Vertrags die Höhe der versicherten Rente bei Berufsunfähigkeit und die Vertragslaufzeit im Rahmen unserer geltenden Richtlinien individuell wählen.

Ihre konkret getroffene Vereinbarung können Sie den vorvertraglichen Informationen sowie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Grundlage für den Abschluss der kollektiven Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist das Bestehen eines Kollektivrahmenvertrags, der zwischen Ihnen und uns geschlossen wurde.

Bei dem gewählten Tarif handelt es sich um eine kollektive Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Das bedeutet, dass die von der Versicherten Person konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit keinen Einfluss auf die Beitragshöhe hat. Ein Berufswechsel, eine Unterbrechung der Berufstätigkeit oder das Ausscheiden aus dem Berufsleben wirken sich grundsätzlich nicht auf den zu zahlenden Beitrag oder die Versicherungsleistung aus. Die Höhe des Beitrags ist davon abhängig, welche Tätigkeit alle Ihre Mitarbeiter ausüben. Das nennen wir kollektive Risikoeinstufung.

Im Falle einer Berufsunfähigkeit zahlen wir die vereinbarte Rente für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer. Während des Leistungsbezugs besteht keine Beitragszahlungspflicht für Ihren Vertrag. Die genauen Regelungen, wann Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, können Sie unter Kapitel B nachlesen.

Inhalt

A	Wie funktioniert Ihre kollektive Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung?	2	7.2	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	16
B	Unsere Leistungen und Einschränkungen	5	7.3	Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?	17
1	Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?	5	7.4	Was gilt bei Tod der Versicherten Person?	18
1.1	Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten	5	7.5	Kommunikation bei der Leistungsprüfung	18
1.2	Kriterien für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden ...	6	C	Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten und Elternzeit	18
1.3	Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit	6	8	Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen? .	18
1.4	Kriterien bei Pflegebedürftigkeit	6	8.1	Wie beantragen Sie eine Beitragssenkung oder Beitragsfreistellung?	18
1.5	Günstigerprüfung für Teilzeitkräfte	8	8.2	Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?	18
2	Welche Leistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit?	9	8.3	Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen?	19
2.1	Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und Zahlung einer Rente	9	8.4	Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung	19
2.2	Zahlung einer Umschulungshilfe	9	8.5	Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten	19
2.3	Zahlung einer Rehabilitationshilfe	10	8.6	Besonderheiten bei Elternzeit	20
2.4	Garantierte Rentensteigerung	10	D	Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven	20
2.5	Leistungen wegen voller Erwerbsminderung	10	9	Was ist eine Überschussbeteiligung?	20
2.6	Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?	11	9.1	Beteiligung an dem Überschuss	20
2.7	Rechnungsgrundlagen	11	9.2	Beteiligung an den Bewertungsreserven	21
2.8	Sonstige Regelungen	11	10	Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?	22
3	Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?	11	10.1	Beitragsverrechnung	22
4	Was gilt für die Versicherte Person und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	12	10.2	Bonusrente	22
5	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	13	10.3	Investment-Zuwachs	22
6	Wann endet der Versicherungsschutz und wann der Anspruch auf Leistungen?	14	11	Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu?	22
7	Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	14	11.1	Rentensteigerungen	23
7.1	Welche Mitwirkungspflichten müssen beachtet werden, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?	14	11.2	Investment-Zuwachs	23

12	Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?	23	19	Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?.....	26
13	Wie beteiligen wir Sie nach Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?	23	19.1	Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?	26
14	Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?.....	24	G	Nachversicherungsgarantien	27
E	Auszahlung von Leistungen	24	20	Verhältnis zur Hauptversicherung	27
15	Ab wann zahlen wir Leistungen aus?	24	21	Kündigung im laufenden Arbeitsverhältnis.....	27
16	An wen zahlen wir Rentenleistungen aus?.....	24	21.1	Direktversicherung.....	28
16.1	Direktversicherung	25	22	Kündigung der Direktversicherung im zeitlichen Zusammenhang mit der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses.....	28
16.2	Rückdeckungsversicherung.....	25	H	Nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses	28
16.3	Hinweise zur sozialversicherungsrechtlichen Behandlung.....	25	23	Direktversicherung	28
F	Unser Vertragsverhältnis	26	24	Rückdeckungsversicherung	29
17	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?.....	26	I	Erläuterung wichtiger Begriffe	30
18	Welche Pflichten haben Sie bei einer leistungsrelevanten Änderung der Versorgungsordnung?	26	J	Auszug aus dem Sozialgesetzbuch	32

B Unsere Leistungen und Einschränkungen

1 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben. In beiden Fällen liegt bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit bereits ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraums vor.

Wir erbringen die versicherte Leistung, wenn ein Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent besteht. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit werden keine Leistungen fällig.

Wir verweisen nicht auf eine andere Tätigkeit, es sei denn, die Versicherte Person übt eine berufliche Tätigkeit konkret aus, die mit der bisherigen beruflichen Tätigkeit vergleichbar ist. Dies ist der Fall, wenn diese Tätigkeit aufgrund der Gesundheitsverhältnisse zumutbar ist und im Hinblick auf die Ausbildung und Erfahrung sowie Lebensstellung der bisherigen beruflichen Tätigkeit entspricht.

Unter der bisherigen Lebensstellung ist die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Sicht zu verstehen, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat. Die dabei für die Versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalls auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Grösse im Vergleich zum Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt. Sie beträgt jedoch maximal 20 Prozent.

Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die Versicherte Person eine berufliche Tätigkeit konkret ausübt, die mit der bisherigen beruflichen Tätigkeit vergleichbar ist.

1.1 Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten

Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn von einer zuständigen Behörde ein teilweises oder vollständiges berufliches Tätigkeitsverbot gemäß § 31 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für sechs Monate ununterbrochen bestanden hat oder für sechs Monate ununterbrochen verfügt wird. Das verfügte Tätigkeitsverbot muss dabei zu einem Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent führen (Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten). Die Prüfung der Berufsunfähigkeit infolge eines beruflichen Tätigkeitsverbots erfolgt ausschließlich auf Grundlage des IfSG (Stand: 20.12.2022).

Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn bei der Versicherten Person eine ärztlich festgestellte Infektion vorliegt, die die Fähigkeit zur Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit einschränkt und durch den Hygieneplan eines staatlich anerkannten Hygienikers belegt wird, dass von der Versicherten Person eine Infektionsgefahr ausgeht. Dabei muss die Versicherte Person gegenüber dem Zustand vor Eintritt der Infektionsgefahr zu mindestens 50 Prozent in ihrer Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit eingeschränkt sein und sie darf diese auch nicht ausüben.

Der Hygieneplan muss darlegen, welche Tätigkeiten der Versicherten Person in welchem Umfang durch die Infektionsgefahr eingeschränkt werden. Die Einschränkung in der Fähigkeit zur Berufsausübung muss mindestens sechs Monate ununterbrochen bestanden haben oder für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen bestehen. Der Hygieneplan ist uns im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen, wenn aufgrund eines Hygieneplans Leistungen geltend gemacht werden.

Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die Versicherte Person eine andere Tätigkeit tatsächlich ausübt, die im Hinblick auf die Ausbildung und Erfahrung sowie Lebensstellung der bisherigen Tätigkeit entspricht.

Die Versicherte Person muss das berufliche Tätigkeitsverbot durch Vorlage der Verfügung im Original oder einer amtlich beglaubigten Kopie nachweisen.

1.2 Kriterien für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden

Während der Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihre zuletzt betriebene Ausbildung fortzusetzen, und auch keine andere berufliche oder schulische Ausbildung absolviert, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Wir erbringen die versicherte Leistung, wenn ein Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent besteht. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit werden keine Leistungen fällig.

1.3 Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit

Berufsunfähigkeit wird bei Pflegebedürftigkeit der Versicherten Person angenommen. Diese besteht, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 oder höher nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI mit Stand vom 01.01.2017 (siehe 1.4.1) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei drei von sechs Aktivitäten des täglichen Lebens (siehe 1.4.2) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz (siehe 1.4.3).

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen oder mindestens sechs Monate bestanden haben. Dies ist ärztlich nach objektiven und medizinischen Maßstäben festzustellen.

1.4 Kriterien bei Pflegebedürftigkeit

1.4.1 Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2017)

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Die Versicherte Person kann die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind pflegefachlich begründete Kriterien in den folgenden sechs Bereichen:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der oben genannten Bereiche berücksichtigt.

Gemäß § 15 SGB XI wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsverfahrens ein Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) nach der Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ermittelt.

Hierbei werden den einzelnen Kriterien der sechs genannten Bereiche pflegfachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet. Die durch die Begutachtung festgestellten Einzelpunkte werden addiert und einem festgelegten Punktebereich zugeordnet. Jedem Punktebereich entsprechen festgelegte gewichtete Punkte. Aus den gewichteten Punkten aller Module werden durch Addition die Gesamtpunkte ermittelt. Die Zuordnung der Einzelpunkte zu Punktebereichen erfolgt nach den zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 (erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten) liegt vor, wenn bei der Ermittlung des Pflegegrades im Rahmen des Begutachtungsverfahrens gemäß § 15 SGB XI eine Gesamtpunktzahl von 27 bis unter 47,5 Punkten ermittelt wurde.

Weitere Informationen zu den pflegfachlich begründeten Kriterien sowie der Anwendung des Begutachtungsverfahrens sowie den für diesen Vertrag maßgebenden Gesetzestext mit Stand vom 01.01.2017 finden Sie im Anhang. Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Leistungsänderung des Vertrags führen.

1.4.2 Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der nachstehend genannten Aktivitäten des täglichen Lebens – auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel – täglich der

Hilfe einer anderen Person in erheblichem Umfang bedarf.

Für jede der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens, bei denen die Versicherte Person auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, täglich die beschriebene Hilfe einer anderen Person benötigt, erhält sie einen Pflegepunkt. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt
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 Zu-Bett-Gehen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür notwendigen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

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

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen, eines Katheters oder eines Kolostomiebeutels ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

1.4.3 Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz

Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Demenz im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Versicherte Person in Folge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung in erheblichem Maße einen Verlust der Alltagskompetenz erleidet. Hirnleistungsstörungen und Verlust der Alltagskompetenz liegen vor, wenn ein Facharzt der Neurologie oder Psychiatrie die Diagnose Demenz nach folgenden Kriterien stellt:

1. „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5 bei der Ermittlung des Schweregrades der Demenz über die Global Deterioration Scale nach Reisberg oder

2. Durch eine körperliche und psychopathologische Untersuchung inklusive Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test). Dabei müssen mindestens vier der folgenden sechs Punkte erfüllt sein:

- Depression, unkontrollierte Aggressivität
- Verknennung von Alltagssituationen mit Selbst- oder Fremdgefährdung
- Unkontrolliertes, wiederholtes Verlassen des Wohnbereichs
- Gedächtnisstörung und Denkstörung mit herabgesetztem Urteilsvermögen
- Störung des Tag-Nacht-Rhythmus
- Im Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test MMST) werden weniger als

50 Prozent der erreichbaren Punkte erreicht.

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

1.5 Günstigerprüfung für Teilzeitkräfte

Damit im Leistungsfall die Günstigerprüfung für Teilzeitkräfte greift, sind bestimmte Voraussetzungen hinsichtlich Art und Umfang der von der Versicherten Person bei Eintritt des Leistungsfalls ausgeübten Tätigkeit zu erfüllen.

Art der Tätigkeit

Die Versicherte Person übt bei Eintritt des Leistungsfalls eine weisungsgebundene und sozialversicherungspflichtige Tätigkeit aus bzw. ist in einer Versorgungseinrichtung pflichtversichert, die der gesetzlichen Rentenversicherung gleichgestellt ist.

Umfang der Tätigkeit

Die Versicherte Person übt ihre Tätigkeit bei Eintritt des Leistungsfalls zeitlich eingeschränkt (Teilzeittätigkeit), gemäß § 2 Absatz 1 Teilzeit- und Befristungsgesetz (Stand 22.11.2019), aus. D.h. die regelmäßige Wochenarbeitszeit ist kürzer als die eines vergleichbaren vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmers.

Zum Nachweis der Teilzeittätigkeit ist uns ein Teilzeit-Arbeitsvertrag oder eine Teilzeit-Bestätigung des Arbeitgebers einzureichen.

Sind die Voraussetzungen hinsichtlich Art und Umfang der bei Eintritt des Leistungsfalls ausgeübten Tätigkeit erfüllt, erfolgt die Günstigerprüfung wie folgt: Es wird zunächst geprüft, ob bedingungsmäßige Berufsunfähigkeit im Sinne der Abschnitte 1 bis 1.3 vorliegt. Ist dies der Fall, erhält die Versicherte Person die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.

Stellt sich jedoch heraus, dass keine bedingungsmäßige Berufsunfähigkeit im Sinne der Abschnitte

1 bis 1.3 vorliegt, so wird zugunsten der Versicherten Person zusätzlich geprüft, ob diese ihre berufliche Teilzeittätigkeit in ihrer konkreten Ausgestaltung noch 3 Stunden oder mehr pro Arbeitstag ausüben kann oder könnte. Ist dies nicht der Fall, so erhält die Versicherte Person ebenso die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.

2 Welche Leistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit?

Wird die Versicherte Person während der Versicherungsdauer, frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes, berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, erbringen wir in Abhängigkeit vom versicherten Leistungsumfang nachstehende Leistungen:

2.1 Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und Zahlung einer Rente

2.1.1 Befreiung von der Beitragszahlungspflicht

Nach Ablauf der Karenzzeit sind Sie von der Zahlung der Beiträge, die für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbart sind (siehe Abschnitt 15), befreit.

2.1.2 Zahlung einer Rente, sofern diese mitversichert ist

Zusätzlich zur Beitragsbefreiung können Sie eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichern. Die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbarte Rente zahlen wir nach Ablauf der Karenzzeit monatlich im Voraus.

2.1.3 Garantiert steigende Beitragsbefreiung (Beitragsbefreiung Plus), sofern diese mitversichert ist

Ergänzend zur Beitragsbefreiung erhöhen sich nach Eintritt der Berufsunfähigkeit planmäßig die Beiträge der Hauptversicherung um den von Ihnen bei Vertragsabschluss festgelegten Pro-

zentsatz und die sich daraus ergebenden Versicherungsleistungen (Dynamik). Die Befreiung von der Beitragszahlung für diese Dynamik ist nur mitversichert, sofern Sie das gegen Mehrbeitrag vereinbaren.

Die erste Erhöhung im Rahmen dieser Dynamik erfolgt zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf den Beginn unserer Leistungspflicht folgt. Über den Beginn der Dynamik und die jährlichen Leistungserhöhungen sowie die befreiten Beitragserhöhungen erhalten Sie vor der Erhöhung eine Mitteilung. Ein Widerspruchsrecht für die dynamischen Erhöhungen, die aus der garantiert steigenden Beitragsbefreiung resultieren, besteht nicht.

Es erfolgen keine beitragsbefreiten dynamischen Erhöhungen mehr, wenn

- die Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung endet,
- keine Berufsunfähigkeit mehr vorliegt,
- die Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung abläuft oder
- das letzte Versicherungsjahr der Hauptversicherung beginnt.

2.2 Zahlung einer Umschulungshilfe

Hat im Falle einer privaten Fortführung die Versicherte Person eine Umschulungsmaßnahme durch die Agentur für Arbeit oder einen anderen staatlich anerkannten Träger erfolgreich abgeschlossen und endet die Berufsunfähigkeit aufgrund neu erworbener beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten (siehe Abschnitt 1), zahlen wir auf Antrag zum Ausgleich finanzieller Einbußen eine pauschale Umschulungshilfe in Höhe von 1.500 Euro.

Die Umschulungshilfe kann während der Vertragsdauer mehrmals in Anspruch genommen werden.

2.3 Zahlung einer Rehabilitationshilfe

Ist bei der Versicherten Person während der Versicherungsdauer Berufsunfähigkeit (siehe 1.1 bis 1.2) oder Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit (siehe 1.3 und 1.4) eingetreten und hat sie deswegen auf ihren eigenen Wunsch hin eine oder mehrere Dienstleistungen zur beruflichen Rehabilitation auf eigene Kosten in Anspruch genommen, übernehmen wir auf Antrag die Kosten in voller Höhe, jedoch begrenzt auf 2.000 Euro (Rehabilitationshilfe).

Voraussetzung für die Zahlung ist, dass die Inanspruchnahme der Dienstleistungen geeignet ist, zu einer schnelleren Wiederherstellung der Berufsfähigkeit beizutragen. Der Versicherten Person steht die freie Wahl aus allen am Markt verfügbaren entsprechenden Dienstleistern zu.

Wenn Sie oder die Versicherte Person sich vor einer Inanspruchnahme an uns wenden, prüfen wir gerne vorab, ob wir eine entsprechende Eignung anerkennen.

Ob die Maßnahmen tatsächlich den angestrebten Erfolg erzielen, ist für unsere Leistung ohne Bedeutung.

Die Rehabilitationshilfe kann einmalig oder mehrfach in Anspruch genommen werden, insgesamt jedoch maximal in Höhe einer Gesamtleistung von 2.000 Euro für alle bei Swiss Life auf die Versicherte Person abgeschlossenen Verträge mit Berufsunfähigkeitsschutz.

2.4 Garantierte Rentensteigerung

Zusätzlich zur Rente (siehe 2.1.2) können Sie gegen Mehrbeitrag eine garantierte jährliche Rentensteigerung bei Berufsunfähigkeit mitversichern.

Die erste garantierte Erhöhung der Rente erfolgt zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf den Beginn unserer Leistungspflicht folgt. Die Höhe der garantierten Rentensteigerung ergibt sich aus dem vereinbarten Steigerungssatz und der auf

das Versicherungsjahr bezogenen garantierten Vorjahresrente.

Endet die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer, wird der Vertrag wieder beitragspflichtig wie unmittelbar vor Eintritt der Berufsunfähigkeit. Falls eine garantierte Rentensteigerung erbracht wurde, werden die Steigerungen bei erneuter Berufsunfähigkeit nicht angerechnet, sondern die Steigerungen beginnen wieder von neuem.

2.5 Leistungen wegen voller Erwerbsminderung

Sollte die Versicherte Person voll erwerbsgemindert sein, erkennen wir die vereinbarten Leistungen wegen Berufsunfähigkeit an. Für die Anerkennung von Berufsunfähigkeits-Leistungen wegen voller Erwerbsminderung sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Die Versicherte Person erhält von der Deutschen Rentenversicherung eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung aus rein medizinischen Gründen.
- Die Versicherte Person hat bei Eintritt der Voraussetzungen zur vollen Erwerbsminderung mindestens das 50. Lebensjahr vollendet.
- Der Vertragsbeginn liegt bei Eintritt der Voraussetzungen zur vollen Erwerbsminderung mindestens zehn Jahre zurück.

Zum Nachweis der vollen Erwerbsminderung ist uns der unbefristete Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung einzureichen. Geht aus dem Rentenbescheid nicht eindeutig hervor, dass rein medizinische Gründe zur vollen Erwerbsminderung geführt haben, muss die Versicherte Person dies mit geeigneten Unterlagen (z. B. Arztberichte, medizinische Gutachten, etc.) nachweisen.

Für den Begriff der vollen Erwerbsminderung gilt die Definition des § 43 Sozialgesetzbuch (SGB) VI (Stand 02.03.2023).

Sollten die Voraussetzungen für die Zahlung einer vollen Erwerbsminderungsrente entfallen und die Deutsche Rentenversicherung die Zahlung der unbefristeten Rente wegen voller Erwerbsminderung einstellen, so sind wir über diesen Umstand unverzüglich zu informieren.

2.6 Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?

Stundung der Beiträge während der Leistungsprüfung

Nach Anmeldung von Berufsunfähigkeit sind die Beiträge weiter zu zahlen. Auf Ihr Verlangen stunden wir die Beiträge nach Ablauf der Karenzzeit bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht und darüber hinaus, sollte es zu einem gerichtlichen Verfahren kommen, bis zu dessen Abschluss.

Eine Stundung erfolgt längstens jedoch für fünf Jahre nach Ablauf der Karenzzeit. Stundungszinsen berechnen wir dabei nicht.

Soweit wir Leistungen für den Zeitraum der Stundung anerkennen, brauchen Sie gestundete Beiträge nicht nachzuentrichten.

Soweit wir keine Leistungen anerkennen, sind nach Ablauf der Stundung die gestundeten Beiträge unverzüglich nachzuzahlen.

Lassen Sie sich die Beiträge nicht stunden und erkennen wir Leistungen aus dieser Versicherung an, zahlen wir Ihnen die befreiten Beiträge rückwirkend ab Beginn der Leistungspflicht, verzinst mit dem bei Vertragsabschluss vereinbarten Rechnungszins (siehe 4.4), zurück.

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

Während der gesamten Dauer Ihres Vertrags beraten und unterstützen wir Sie auf Ihren Wunsch hin gerne. Wir geben Auskünfte zu Ihrem Versi-

cherungsschutz allgemein und wenn Sie Leistungen beanspruchen. Wir erläutern Ihnen zum Beispiel, welche Voraussetzungen Sie erfüllen müssen, um Leistungen wegen Berufsunfähigkeit zu erhalten. Wir beraten die Versicherte Person, sofern sie dies wünscht, um sich wieder in den Beruf einzugliedern.

Gerne unterstützen wir Sie und die Versicherte Person, wenn Sie Fragen haben:

- welche Unterlagen die Versicherte Person einreichen muss, um die gesundheitliche Beeinträchtigung nachzuweisen,
- wie Sie die bisherige berufliche Tätigkeit beschreiben können,
- wie und wann wir die Leistung prüfen,
- welche Ansprechpartner geeignet sind, um Maßnahmen für die medizinische und berufliche Rehabilitation zu ergreifen.

2.7 Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf den Invalidisierungstafeln SL KV2023 I, den Tafeln SL KV2023 TI und SL KV2023 RI, SL KV2023 und einem Rechnungszins in Höhe von 0,25 Prozent.

2.8 Sonstige Regelungen

Unser Versicherungsschutz besteht weltweit.

Bei Antragstellung können Sie unterschiedliche Karenzzeiten oder keine Karenzzeit wählen (siehe Abschnitt 15).

Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe Kapitel D).

3 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?

Während der Prüfung des Anspruchs auf Leistung aus der Zusatzversicherung werden wir die Versicherte Person jeweils innerhalb von vier Wochen

nach Eingang von Unterlagen gemäß 9.1 über erforderliche weitere Prüfungsschritte informieren oder ihr regelmäßig eine Zwischeninformation zukommen lassen. Zusätzlich erinnern wir in regelmäßigen Abständen – spätestens alle sechs Wochen – an fehlende Unterlagen bzw. Informationen und setzen die Versicherte Person darüber in Kenntnis.

Liegen uns alle Unterlagen und die von uns eingeholten Informationen (siehe 9.1.1) vor, erklären wir gegenüber Ihnen und der Versicherten Person innerhalb von zwei Wochen, ob und ab wann wir Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung anerkennen.

Befristetes Anerkenntnis

Grundsätzlich sprechen wir bei Berufsunfähigkeit kein befristetes Anerkenntnis aus. In begründeten Einzelfällen, in denen einem unbefristeten Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen, können wir einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis für einen Leistungszeitraum von bis zu maximal zwölf Monaten in Textform aussprechen.

Gründe für ein befristetes Anerkenntnis liegen vor, wenn für ein unbefristetes Leistungsanerkenntnis noch Erhebungen oder Untersuchungen oder deren Auswertung erforderlich sind.

Ist aus medizinischen oder beruflichen bzw. betrieblichen Gründen (z. B. Dauer einer Umschulung oder Fortbildung, Möglichkeit der Umorganisation bei Selbstständigen oder ihnen gleichgestellten Personen – siehe Abschnitt 10) ein Ende der Berufsunfähigkeit zu erwarten, können wir ebenfalls befristet anerkennen.

Ein weiterer Grund für ein befristetes Anerkenntnis liegt vor, wenn zum Zeitpunkt unserer Leistungsentscheidung eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit aus medizinischen oder beruflichen bzw. betrieblichen Gründen bereits wieder entfallen ist.

Stellt sich nach Ablauf der Frist heraus, dass keine Berufsunfähigkeit vorliegt, fordern wir die

bis dahin gezahlten Leistungen nicht zurück. Leistungen aus einem befristeten Anerkenntnis sind für uns selbst dann nicht rückforderbar, wenn keine Berufsunfähigkeit vorgelegen haben sollte.

4 Was gilt für die Versicherte Person und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch und den Grad der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die Versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von Abschnitt 1 ausübt. Seit Eintritt der Berufsunfähigkeit neu erworbene berufliche Fähigkeiten werden dabei berücksichtigt, ebenso die Lebensstellung vor dem Versicherungsfall. Insofern können wir auch Angaben verlangen, ob die Versicherte Person eine Tätigkeit konkret im Sinne von Abschnitt 1 wieder ausübt oder ausgeübt hat.

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 Bestimmungen von 7.1.1 gelten entsprechend.

Eine Wiederaufnahme oder Änderung der beruflichen Tätigkeit muss uns unverzüglich angezeigt werden, sofern Leistungen aus diesem Vertrag erbracht werden oder beantragt wurden. Gleiches gilt bei Minderung der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) oder Änderung eines behördlichen Tätigkeitsverbots.

Hat sich der Grad der Berufsunfähigkeit auf weniger als 50 Prozent vermindert, stellen wir die Leistung ein.

Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, mit der Folge, dass keine der in 1.3 genannten Voraussetzungen erfüllt ist, stellen wir unsere Leistungen ein.

Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die Voraussetzungen der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit entfallen sind und wir der Versicherten Person diese Veränderung in Textform darlegen. Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen.

Auslandsaufenthalt

Hat die Versicherte Person nach Beginn der Leistungen ihren ständigen Aufenthalt im Ausland, so können wir jederzeit verlangen, dass die Versicherte Person oder der Versicherungsnehmer Unterlagen über die Fortdauer der Berufsunfähigkeit und ihres Grades vorlegt. Die Kosten hierfür erstatten wir maximal nach den an unserem Sitz geltenden Maßstäben und im Rahmen dieser Bedingungen. Einmal jährlich können wir umfassende Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte in Deutschland verlangen. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Soweit nichts anderes vereinbart ist, besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist

- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern die Versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die Versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die Versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr).
- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, durch absichtliche Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass die Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, werden wir bedingungsgemäß leisten.
- durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde,
- 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 einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.
- durch eine widerrechtliche Handlung, mit welcher der Versicherungsnehmer, Bezugsberechtigte oder der Drittberechtigte im Sinne des Strafrechts vorsätzlich sowie rechtswidrig die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit der Versicherten Person herbeigeführt hat.

6 Wann endet der Versicherungsschutz und wann der Anspruch auf Leistungen?

Der Versicherungsschutz endet

- mit dem Tod der Versicherten Person,
- mit Kündigung oder Beendigung dieser Zusatzversicherung,
- mit Kündigung oder Beendigung der Hauptversicherung bzw. mit dem tatsächlichen Beginn der Rente aus der Hauptversicherung,
- bei Beitragsfreistellung, wenn die beitragsfreie Mindestrente nicht erreicht wird,
- mit dem Ablaufdatum der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung.

Der Anspruch auf Leistungen aus Beitragsbefreiung und Rentenzahlung endet, wenn

- Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- die Versicherte Person stirbt oder
- das Ablaufdatum der Leistungsdauer erreicht ist.

7 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Vor und bei Abschluss sowie während der Vertragslaufzeit sind Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten zu beachten. Deren Verletzung hat schwerwiegende Folgen.

Wir werden Ihnen als Versicherungsnehmer keine Informationen über den Gesundheitszustand der Versicherten Person geben. Sollte im Rahmen des Antragsprozesses eine Gesundheitsprüfung durchgeführt werden, informieren wir Sie nur über das Ergebnis dieser Gesundheitsprüfung. Zudem setzen wir Sie im Falle einer Leistungsprüfung über deren Ergebnis in Kenntnis.

7.1 Welche Mitwirkungspflichten müssen beachtet werden, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

Zur Feststellung unserer vertraglichen Verpflichtung können wir Auskünfte in zweistufiger Form

verlangen, zur Feststellung unserer Leistungspflicht muss von der Versicherten Person der Nachweis des Bestehens von bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit und ihrer Auswirkungen auf den zuletzt ausgeübten Beruf der Versicherten Person erbracht werden.

Die Feststellung unserer vertraglichen Verpflichtung nehmen wir in zweistufiger Form vor. Wir können von der Versicherten Person auf der ersten Stufe verlangen, dass sie uns ermächtigt, bei ihrer Krankenkasse und/oder ihrem Hausarzt Informationen über ärztliche Behandlungen und Behandlungszeiträume ohne Angabe von Befunden für den Zeitraum der vorvertraglichen Anzeigepflicht einzuholen oder uns die erforderlichen Auskünfte auf eigene Nachfrage zur Verfügung stellt. Ergeben sich aus diesen Informationen Anhaltspunkte für die Verletzung von vorvertraglichen Anzeigepflichten, können wir von der Versicherten Person auf der zweiten Stufe verlangen, dass sie uns ermächtigt, bei ihrer Krankenkasse und/oder den behandelnden Ärzten Informationen auch über Befunde, Diagnosen und Arbeitsunfähigkeitszeiträume für den Zeitraum der vorvertraglichen Anzeigepflicht einzuholen oder uns die erforderlichen Auskünfte auf eigene Nachfrage zur Verfügung stellt. Die Versicherte Person ist nicht zur Mitwirkung verpflichtet. Solange die Mitwirkung verweigert wird, können wir die weitere Leistungsprüfung verweigern. Die Versicherungsleistung wird dann nicht fällig.

7.1.1 Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen wegen Berufsunfähigkeit

Für Leistungen wegen Berufsunfähigkeit sind uns unverzüglich einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- ausführliche Berichte der Ärzte und Heilbehandler, die die Versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, mit Angabe über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussicht-

liche Dauer des Leidens sowie die Auswirkungen des Leidens auf die Fähigkeit den Beruf auszuüben,

- Unterlagen über den Beruf der Versicherten Person sowie die Lebensstellung und die Tätigkeit vor dem Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit und über die dadurch bedingten Veränderungen,
- eine eigene Aufstellung über die Ärzte, Heilbehandler, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, bei denen die Versicherte Person in Behandlung war oder ist, und Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstige Versorgungsträger, bei denen die Versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte, sowie ihren derzeitigen und frühere Arbeitgeber.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat derjenige zu tragen, der die Leistungen beansprucht.

Wir können darüber hinaus auf unsere Kosten ärztliche Untersuchungen sowie notwendige Nachweise, zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen anfordern. Dies gilt auch für die wirtschaftlichen Verhältnisse und deren Veränderungen. Für medizinische Untersuchungen beauftragen wir Ärzte, die nicht in ständigen vertraglichen Bindungen zu uns stehen – also keine sogenannten Vertragsärzte.

Hält sich die Versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

Wir können zur Feststellung der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit von der Versicherten Person weiter verlangen, dass sie die Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in

Pflege war und ist, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen, oder uns die erforderlichen Auskünfte und Nachweise auf eigene Nachfrage bei den vorgenannten Institutionen und Personen zur Verfügung stellt. Hat die Versicherte Person eine Ermächtigung bei Abgabe der Vertragserklärung erteilt, werden wir diese vor der Erhebung einer solchen Auskunft informieren. Die Versicherte Person kann der Erhebung widersprechen. Die Versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn sie jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt hat. Erhalten wir keine zur Beurteilung der Voraussetzungen von Berufsunfähigkeit notwendigen Auskünfte und Nachweise, kann dies dazu führen, dass die Versicherungsleistung nicht fällig wird und wir keine Leistungen erbringen müssen.

7.1.2 Hinweis zu Arztanordnungen

Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Zusatzversicherung. Davon ausgenommen sind der ärztlich empfohlene Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie ärztlich empfohlene Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind, wenn diese Hilfsmittel bzw. Heilbehandlungen eine sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten und zu einem Absinken des Grades der Berufsunfähigkeit auf unter 50 Prozent führen können.

Lässt die Versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete, insbesondere operative Behandlungsmaßnahmen zur Heilung oder Minderung der Berufsunfähigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen.

7.2 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

7.2.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Wir übernehmen den Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit im Vertrauen darauf, dass uns alle vor Abgabe der Vertragserklärung in Textform gestellten Fragen (Angaben) wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet wurden (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für Fragen nach der Arbeitsfähigkeit sowie Gesundheitserklärung der Versicherten Person.

7.2.2 Rücktritt

Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der Versicherten Person (siehe 7.2.1) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die Versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, wird keine Leistung fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

7.2.3 Kündigung

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (siehe 8.2).

7.2.4 Rückwirkende Vertragsanpassung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat die Versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als zehn Prozent oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

7.2.5 Ausübung unserer Rechte

Wir können die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich und nur gegenüber Ihnen 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 innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Wurde die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Auf unser Anpassungs- und Kündigungsrecht, geregelt in § 19 VVG, verzichten wir dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos, also nicht von Ihnen zu vertreten war.

7.2.6 Anfechtung

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehemtscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der Versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Wenn die Versicherung durch Anfechtung aufgehoben wird, wird keine Leistung fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

7.2.7 Nachgewiesene Abrechnungsdiagnosen

Fehlerhafte Patientendokumentationen von Ärzten und Kliniken sowie fehlerhafte Krankenversicherungsauskünfte gehen nicht zu Ihren Lasten. Wenn Sie nachweisen, dass Umstände (z. B. Diagnosen, Arbeitsunfähigkeits-Zeiträume) von Dritten (z. B. Ärzte, Kliniken, Krankenkassen) fehlerhaft dokumentiert bzw. gespeichert wurden und die Daten nicht den Tatsachen entsprechen (z. B.

andere Erkrankung, anderer Befund), werden wir unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung, Vertragsanpassung und Anfechtung nicht auf diese fehlerhaften Daten stützen.

7.2.8 Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung

Die Regelungen in 7.2.1 bis 7.2.6 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß 7.2.5 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

7.3 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?

Solange eine Mitwirkungspflicht gemäß Abschnitt 4 oder 7.1 von Ihnen, der Versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie oder die Versicherte Person die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang sowie die Dauer unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats zur vertragsgemäßen Leistung verpflichtet, bei Vereinbarung einer Karenzzeit jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit.

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

7.4 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?

Bei Tod der Versicherten Person enden unsere Leistungen. Die Zusatzversicherung endet am Ende des Sterbemonats.

Der Tod der Versicherten Person ist uns in jedem Fall unverzüglich anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein ist uns eine amtliche Sterbeurkunde im Original einzureichen, die Alter, Geburtsort und Todeszeitpunkt nennt. Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzahlen.

7.5 Kommunikation bei der Leistungsprüfung

Im Rahmen der Leistungsprüfung werden wir uns zunächst an die Versicherte Person wenden.

C Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten und Elternzeit

Wenn Sie Ihre Beiträge nicht zahlen können, bieten wir Ihnen folgende Wege, um Ihre Zahlungsschwierigkeiten zu überbrücken:

- Beiträge senken (teilweise Beitragsfreistellung, siehe 8.1)
- Keine Beiträge mehr bezahlen (Beitragsfreistellung, siehe 8.1)

Zusätzlich informieren wir Sie zu:

- Wiederaufnahme der Beitragszahlung (Wiederinkraftsetzung, siehe 8.3)
- Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten (Stundung, siehe 8.5)
- Besonderheiten bei Elternzeit (siehe 8.6).

Bitte sprechen Sie uns an, damit wir gemeinsam eine Lösung für Sie finden können.

8 Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen?

8.1 Wie beantragen Sie eine Beitragssenkung oder Beitragsfreistellung?

Sie können jederzeit zum nächsten Zahlungsabschnitt (Versicherungsperiode) Ihre Beiträge für die Haupt- und Zusatzversicherung senken (teilweise Beitragsfreistellung) oder die Beitragszahlung für den gesamten Vertrag einstellen. Dies nennen wir Beitragsenkung bzw. Beitragsfreistellung. Die Beitragsfreistellung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist nur zusammen mit der Hauptversicherung möglich. Sie können die Beitragszahlung auch nur für einen bestimmten Zeitraum senken oder einstellen (siehe auch 8.5). Sie müssen uns Ihren Wunsch in Textform mitteilen.

Wenn Sie den Beitrag senken oder die Beitragszahlung einstellen möchten, muss die reduzierte bzw. beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens 300 Euro jährlich betragen. Liegt die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente unter der genannten Grenze, endet diese Zusatzversicherung (Regelung bei Elternzeit siehe 8.6).

8.2 Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?

Wenn Sie die Beitragszahlung einstellen, verringert sich Ihre vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente. Die garantierten beitragsfreien Werte finden Sie im Versicherungsschein. Dabei wenden wir die gleichen Rechnungsgrundlagen wie vor der Beitragsfreistellung an und verlangen einen Abzug (siehe 8.4).

Die Berechnung erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation, die für Ihren Vertrag gelten.

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten

keine Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Auch in den Folgejahren und in den letzten Jahren vor Ablauf stehen wegen der benötigten Risikobeiträge keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung.

Nähere Informationen zur beitragsfreien Rente und ihrer Höhe können Sie den vorvertraglichen Informationen und dem Versicherungsschein entnehmen.

8.3 Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen?

Wenn Sie einen ganz oder teilweise beitragsfrei gestellten oder erloschenen Vertrag wieder in Kraft setzen möchten, haben wir das Recht, eine medizinische Risikoprüfung durchzuführen.

Erfolgt die Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten nach Beitragsfreistellung oder Löschung bzw. ab dem Zeitpunkt, ab dem die Beiträge unbezahlt sind, verzichten wir auf eine erneute Risikoprüfung, sofern der Versicherungsfall zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags auf Wiederinkraftsetzung noch nicht eingetreten ist.

8.4 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung

Es wird hiermit ausdrücklich vereinbart, dass im Falle einer Beitragssenkung oder Beitragsfreistellung ein Abzug erfolgt.

Die Höhe des Abzugs haben wir in Euro und Cent für Sie in den Informationen beziffert, die Sie vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung erhalten haben. Auch im Versicherungsschein haben wir den Abzug in Euro und Cent für Sie beziffert. Sie finden die Werte jeweils unter der Überschrift „Übersicht der garantierten Werte bei Beitragsfreistellung und Kündigung“.

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir

halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung 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.

8.5 Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten

Stundung der Beiträge

Sie können für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten eine Stundung der fälligen Beiträge unter Beibehaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes in Textform verlangen, wenn folgende Voraussetzung erfüllt ist:

- Der Vertrag weist ein ausreichend hohes Deckungskapital auf; d. h. es muss mindestens dem Gegenwert der zu stundenen Beiträge entsprechen.

Die gestundeten Beiträge können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums

- in einem Beitrag entrichten oder
- durch eine Vertragsänderung verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist.

Befristete Beitragsfreistellung (befristete Beitragssenkung)

Bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten haben Sie die Möglichkeit, für bis zu 18 Monate die Beitragszahlung ganz oder teilweise einzustellen. Das nennen wir befristete Beitragsfreistellung. Voraussetzung hierfür ist, dass die reduzierte oder beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens 300 Euro jährlich beträgt.

Nach Ablauf der befristeten Beitragsfreistellung führen wir Ihren Vertrag ohne erneute Risikoprüfung fort.

Sie können die beitragsfrei gestellte Zeit bei Wiederinkraftsetzung durch eine Erhöhung der Beiträge oder durch Nachzahlung der Beiträge ausgleichen. Wenn Sie die beitragsfrei gestellte Zeit nicht ausgleichen, sondern den ursprünglich vereinbarten Beitrag weiterhin zahlen, verringern sich die Leistungen entsprechend den versicherungsmathematischen Regeln der Tarifikalkulation Ihres Vertrags.

Die für den beitragsfrei gestellten Teil maßgeblichen Rechnungsgrundlagen gelten auch für den wieder in Kraft gesetzten Vertragsteil.

Auf die Stundung der Beiträge und die befristete Beitragsfreistellung räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch ein.

8.6 Besonderheiten bei Elternzeit

Im Falle von Elternzeit wird der Vertrag auch unterhalb der beitragsfreien Mindestrente bis zu drei Jahre beitragsfrei weitergeführt. Wird der Vertrag unterhalb der beitragsfreien Mindestrente weitergeführt, behalten wir uns das Recht vor, nach Ablauf von drei Jahren im Rahmen der dann gültigen tarifvertraglichen und gesetzlichen Regelungen den Vertrag zu beenden, sofern keine beitragspflichtige Fortsetzung erfolgt. Es wird kein Rückkaufswert fällig.

D Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven

9 Was ist eine Überschussbeteiligung?

Die Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven nennen wir Überschussbeteiligung. Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven. Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch null Euro betragen.

9.1 Beteiligung an dem Überschuss

Ein Versicherungsunternehmen erwirtschaftet Überschüsse. Die Höhe der erwirtschafteten Überschüsse hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Somit kann die Höhe der künftigen Beteiligung an dem Überschuss **nicht garantiert** werden.

Es können Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse erwirtschaftet werden:

- Wenn wir mit dem Sicherungsvermögen aller unserer Versicherungsnehmer Erträge erzielen, entsteht ein sogenannter Zinsüberschuss.
- Wenn die Risiken in geringerem Umfang eingetreten sind, als wir anfangs angenommen haben, entsteht ein sogenannter Risikoüberschuss. Beispiel: Unsere Versicherten Personen werden weniger häufig berufsunfähig, als wir angenommen haben.
- Wenn die tatsächlich angefallenen Kosten niedriger sind als in der Kalkulation angesetzt, dann entsteht ein sogenannter Kostenüberschuss.

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben

ben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an dem Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Für die Beteiligung an dem Überschuss fassen wir gleichartige Versicherungen zusammen. Zum Beispiel ordnen wir Rentenversicherungen einer Bestandsgruppe zu und Berufsunfähigkeitsversicherungen einer anderen Bestandsgruppe. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinngruppen. Wir verteilen den Überschuss in dem Maße, wie die Bestandsgruppen und Gewinngruppen zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder eine Gewinngruppe nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Ihr Vertrag gehört zur Bestandsgruppe der Hauptversicherung, zu der diese Zusatzversicherung abgeschlossen wurde.

Für jede Bestands- und Gewinngruppe legt der Hauptbevollmächtigte für Deutschland jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars die Höhe der Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Abhängig von objektiven Risikomerkmale, z. B. ausgeübter Beruf, können unterschiedliche Überschussanteilsätze zur Anwendung kommen. Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihre Bestandsgruppe bzw. an dem auf Ihre Gewinngruppe entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Wir veröffentlichen die festgelegten Überschussanteilsätze jährlich in unserem Geschäftsbericht. Sie können den Geschäftsbericht gern bei uns anfordern oder im Internet auf unserer Website www.swisslife.de/geschaeftsbericht einsehen.

Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags.

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an dem Überschuss die Abschnitte 10, 11 und 14.

9.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem handelsrechtlichen Buchwert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz (siehe Geschäftsbericht) ausgewiesen sind.

Beispiel: Wir haben eine Aktie zum Kurs von 100 Euro gekauft. Mit diesem Wert ist die Aktie in der Bilanz ausgewiesen. Wenn der Kurs der Aktie zum Bilanzstichtag bei 110 Euro steht, ist eine Bewertungsreserve in Höhe von zehn Euro entstanden.

Bewertungsreserven können auch negativ werden. Dann spricht man von stillen Lasten. Ihre Beteiligung an den Bewertungsreserven ist niemals negativ.

Die Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven ist **nicht garantiert**, da die Entwicklung der Marktwerte der Kapitalanlagen nicht vorhersehbar ist. Aufsichtsrechtliche Regelungen kön-

nen dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt. Die Bewertungsreserven werden im Anhang des Geschäftsberichts veröffentlicht.

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven die Abschnitte 12, 13 und 14.

10 Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?

Die Überschussbeteiligung besteht aus Risiko- und Kostenüberschussanteilen. Die Überschussanteile werden von Versicherungsbeginn an erbracht.

Sie können sich bei Antragstellung für das Überschussverwendungs-System Beitragsverrechnung gemäß 10.1, für das Überschussverwendungs-System Bonusrente gemäß 10.2 oder für das Überschussverwendungs-System Investment-Zuwachs gemäß 10.3 entscheiden. Ein späterer Wechsel ist nicht möglich.

10.1 Beitragsverrechnung

Die jährlichen Überschussanteile werden während der Beitragszahlungsdauer in Prozent der Beiträge ausgewiesen und mit den fälligen Beiträgen verrechnet.

Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird keine Leistung fällig. Eine beitragsfreie Versicherung erhält keine Beteiligung an dem Überschuss.

Die Höhe der Beitragsverrechnung wird jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgelegt und somit kann auch die Höhe des zu zahlenden Beitrags jährlich schwanken.

Das Überschussverwendungs-System der Beitragsverrechnung kann nicht bei Direktversicherungen gewählt werden.

10.2 Bonusrente

Die jährlichen Überschussanteile werden während der Versicherungsdauer für einjährige Bonusversicherungen verwendet, sodass nach Eintritt des Versicherungsfalls eine zusätzliche Leistung fällig wird. Die Bonusrente bemisst sich in Prozent der versicherten Berufsunfähigkeitsrente.

Tritt der Versicherungsfall nicht ein, werden aus dem Bonus keine Leistungen fällig. Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird der Bonus in demselben Verhältnis herabgesetzt wie die garantierte Versicherungsleistung.

Die Höhe der Bonusrente wird jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgelegt und ist ab Eintritt der Berufsunfähigkeit garantiert. Maßgebend ist die deklarierte Bonusrente zu Beginn des Versicherungsjahres, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Die Höhe der Bonusrente ist nur bis zum Falle einer möglichen Reaktivierung garantiert.

10.3 Investment-Zuwachs

Die jährlichen Überschussanteile werden dem Vertragsguthaben der Hauptversicherung zugeführt.

11 Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu?

Ab Eintritt der Berufsunfähigkeit besteht die Überschussbeteiligung aus laufenden Zins-, Risiko- und Kostenüberschussanteilen. Sofern Risiko- und Kostenüberschussanteile nicht separat ausgewiesen werden, sind sie in den Zinsüberschussanteilen enthalten.

Die Zuteilung der laufenden Zinsüberschussanteile inklusive Risiko- und Kostenüberschussanteile erfolgt jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres, sofern eine Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit zu diesem Zeitpunkt besteht.

Während der Bezugszeit von Berufsunfähigkeits-Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine

Beteiligung an den Bewertungsreserven (siehe Abschnitt 13 und 14).

11.1 Rentensteigerungen

Die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung erhöhen sich zu Beginn eines Versicherungsjahres um einen jährlich neu festgelegten Prozentsatz der bisher erreichten Gesamtleistung. Die erste Erhöhung erfolgt zu Beginn des auf den Leistungsbeginn folgenden Versicherungsjahres.

Die so erreichte Gesamtrente ist nur bis zum Falle einer möglichen Reaktivierung garantiert.

Das Überschussverwendungs-System Rentensteigerung kann nur gewählt werden, wenn eine Rente bei Berufsunfähigkeit vereinbart wurde.

11.2 Investment-Zuwachs

Die jährlichen Überschussanteile werden dem Vertragsguthaben der Hauptversicherung zugeführt.

12 Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?

Risikoversicherungen bzw. Berufsunfähigkeitsversicherungen mit laufender Beitragszahlung sind hinsichtlich der Beteiligung an den Bewertungsreserven (gemäß § 153 VVG) vor Eintritt der Berufsunfähigkeit **nicht überschussberechtig**. Gleiches gilt bei abgekürzter Beitragszahlung.

13 Wie beteiligen wir Sie nach Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?

Während der Bezugszeit von Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven gemäß § 153 Absätze 1 und 3 VVG. Die Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes

Verfahren an. Diese Beteiligung führt zu einer Erhöhung der laufenden Überschussbeteiligung aller Verträge in der Rentenbezugszeit. Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze wird die jeweilige Bewertungsreservensituation berücksichtigt.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

Zunächst ermitteln wir die verteilungsfähigen Bewertungsreserven unseres Unternehmens. Verteilungsfähig sind Bewertungsreserven nur in dem Umfang, dass ein Versicherungsunternehmen seiner sich aus dem Versicherungsrecht ergebenden Verpflichtung, die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verträge sicherzustellen (§ 213 Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG), noch nachkommen kann. Der gemäß § 139 VAG zu ermittelnde Sicherungsbedarf wird dabei berücksichtigt. Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven ermitteln wir auf Basis der Bewertungsreservensituation der zurückliegenden Monate.

Daraufhin wird bestimmt, zu welchem Anteil die verteilungsfähige Bewertungsreserve dem (Teil-)Bestand der Verträge in der Rentenbezugszeit zuzuordnen ist. Weitere Informationen zur Ermittlung des Anteilsatzes finden Sie in unserem Geschäftsbericht.

Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven des Unternehmens werden mit diesem Anteilsatz multipliziert und ergeben die verteilungsfähigen Bewertungsreserven für den Teilbestand der Verträge in der Rentenbezugszeit.

Dieser Betrag wird mit dem Verhältnis der garantierten Jahres-Rentenleistung zur Deckungsrückstellung aller bestehenden Verträge in der Rentenbezugszeit multipliziert und den Rentenauszahlungen zugeordnet.

Verwendung

Der ermittelte Betrag der Bewertungsreserve wird im Sinne von § 153 VVG zur Hälfte als laufender Überschuss zur Erhöhung der Überschussrente des Bestands verwendet und führt so zur Erhöhung Ihrer laufenden Rente. Die hierfür ermittelten

Erhöhungssätze werden auf volle 0,05 Prozent kaufmännisch gerundet. Die sich insgesamt ergebenden Überschussanteilsätze werden im Geschäftsbericht veröffentlicht.

14 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts ist insbesondere bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

E Auszahlung von Leistungen

15 Ab wann zahlen wir Leistungen aus?

Karenzzeit

Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Beginn des Kalendermonats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (= Beginn des sechsmonatigen Zeitraums gemäß 1) und Ablauf einer gegebenenfalls vereinbarten Karenzzeit.

Die Karenzzeit beginnt am Monatsersten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit und endet mit Ablauf der vereinbarten Dauer. Während der Karenzzeit muss die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit ununterbrochen andauern und am Ende der Karenzzeit noch bestehen. Leistungen für die Karenzzeit werden von uns nicht geschuldet.

Additive Karenzzeit

Endet die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit und tritt erneut Berufsunfähigkeit (siehe 1.1) aufgrund derselben Ursache(n) ein, so rechnen wir bereits zurückgelegte volle Kalendermonate der Karenzzeit an.

Meldefrist

Für die Anmeldung von Leistungsansprüchen ist keine Meldefrist vereinbart. Werden jedoch Ansprüche so spät angemeldet, dass der Eintritt der Berufsunfähigkeit für die Vergangenheit nicht mehr nachweisbar ist (z. B. weil Unterlagen nicht mehr beigebracht werden können), kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen frühestens mit dem Monat entstehen, für den entsprechende Nachweise vorgelegt werden.

Verfügungen

Im Falle einer Rückdeckungsversicherung können Sie das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind. Die Abtretung und die Verpfändung 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, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

Ende der Leistungspflicht

Der Anspruch auf Leistungen aus Beitragsbefreiung und Rentenzahlung endet, wenn

- Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- die Versicherte Person stirbt oder
- das Ablaufdatum der Leistungsdauer erreicht ist.

16 An wen zahlen wir Rentenleistungen aus?

Das sogenannte Bezugsrecht bestimmt, wer einen Anspruch auf die Rentenleistung hat.

16.1 Direktversicherung

Die Versicherte Person besitzt für die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag das Bezugsrecht.

Werden die Beiträge wirtschaftlich von der Versicherten Person getragen (**Entgeltumwandlung**), so ist die Anwartschaft ab Beginn gesetzlich unverfallbar und die Versicherte Person hat ein **unwiderrufliches Bezugsrecht**.

Werden die Beiträge **von Ihnen finanziert**, ist es Ihnen freigestellt, der Versicherten Person ein sofortiges **unwiderrufliches Bezugsrecht** einzuräumen.

Bezüglich der Unverfallbarkeit bleibt es bei den gesetzlichen Unverfallbarkeitsregelungen des § 1b BetrAVG (Betriebsrentengesetz), die auch für den Versicherungsvertrag gelten. Sind die gesetzlichen Unverfallbarkeitsregeln noch nicht erfüllt und scheidet die Versicherte Person vorzeitig aus dem Dienstverhältnis aus, können Sie über das Bezugsrecht verfügen (sogenanntes unwiderrufliches Bezugsrecht mit Vorbehalt).

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts ist uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie uns vom Berechtigten in Textform angezeigt worden ist.

Hat die Versicherte Person ein nicht übertragbares und nicht beleihbares **unwiderrufliches Bezugsrecht**, erhält sie die Versicherungsleistungen. Dieses Bezugsrecht bezieht sich auch auf die Überschussanteile. Versicherungsnehmer für die Versicherungen bleiben Sie. Während der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses ist eine Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft und eine Abtretung von Rechten aus diesem Vertrag auf die Versicherte Person bis zu dem Zeitpunkt ausgeschlossen, in dem die Versicherte Person ihr 62. Lebensjahr vollendet hat. Eine Abtretung oder Beleihung der Ansprüche aus einem unwiderruflichen Bezugsrecht durch den Arbeitnehmer ist ausgeschlossen, soweit die Beiträge gemäß § 3 Nr. 63 EStG steuerlich gefördert werden. Bei Versorgungszusagen mit Entgeltumwandlung ist eine Abtretung, Verpfändung oder

Beleihung durch den Arbeitgeber ausgeschlossen. Sobald das Bezugsrecht unwiderruflich ist, kann es nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

16.2 Rückdeckungsversicherung

Bei einer Rückdeckungsversicherung sind Sie bezugsberechtigt. Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir daher an Sie als unseren Versicherungsnehmer.

Die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Weitere Voraussetzung ist, dass derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.

16.3 Hinweise zur sozialversicherungsrechtlichen Behandlung

Die folgenden Hinweise geben den Stand zum Oktober 2020 wieder. Falls sich die sozialversicherungsrechtliche Behandlung in Zukunft ändern sollte, gelten die Änderungen in der Regel auch für bestehende Vertragsverhältnisse.

Die beitragsrechtliche Behandlung von **Beiträgen** zu Direktversicherungen regeln die Arbeitsentgeltverordnung und das Vierte Sozialgesetzbuch. Bei einer **arbeitgeberfinanzierten** Direktversicherung werden die Beiträge nicht zum sozialversicherungspflichtigen Entgelt hinzugerechnet, soweit es sich um steuerfreie Zuwendungen an Direktversicherungen gemäß § 3 Nr. 63 Satz 1 und 2 EStG und § 100 EStG im Kalenderjahr bis zur Höhe von insgesamt vier Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung handelt. Auch bei einer **Entgeltumwandlung** sind steuerfreie Beiträge (§ 3 Nr. 63 EStG) zu einer Direktversicherung ebenso bis zur Höhe von insgesamt vier Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung sozialabgabenfrei, wie die arbeitgeberfinanzierten.

Die sozialabgabenrechtliche Beurteilung der **Leistungen** regelt im Wesentlichen das Fünfte Sozialgesetzbuch. Die Leistungen aus der Direktversicherung unterliegen gegebenenfalls der Beitragspflicht zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Für Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht seit dem 01.01.2020 ein Freibetrag. In der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) wird der volle allgemeine Beitragssatz erhoben. Gleiches gilt für freiwillig versicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse. Ebenso sind Kapitalleistungen beitragspflichtig. Als monatliche Bemessungsgrundlage für die Zahlung des Beitrags werden 1/120 der Kapitalleistung herangezogen (der Betrag der Kapitalleistung wird somit auf zehn Jahre verteilt). Bei der Beitragsberechnung wird die Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

Bei Leistungsempfängern, die der Privaten Krankenversicherung angehören, werden keine Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig.

F Unser Vertragsverhältnis

17 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

Ist ein Bezugsrecht eingeräumt, brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

18 Welche Pflichten haben Sie bei einer leistungsrelevanten Änderung der Versorgungsordnung?

Werden an der innerbetrieblichen Versorgungsordnung Änderungen vorgenommen, die Auswirkungen auf unser Versicherungsverhältnis haben,

bitten wir um entsprechende Mitteilung, damit wir sie dokumentieren können. Für den Kollektivrahmenvertrag bzw. den Versicherungsvertrag werden die Anpassungen erst nach unserer Zustimmung wirksam.

19 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

Wie kann eine Bestimmung der Versicherungsbedingungen unwirksam werden?

Eine Bestimmung kann durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt unwirksam werden. In diesem Fall können wir die unwirksame Bestimmung durch eine neue Bestimmung ersetzen. Wir dürfen dies allerdings nur unter folgenden Bedingungen:

- Wenn es notwendig ist, die alte durch die neue Bestimmung zu ersetzen, um den Vertrag fortzuführen, oder
- wenn es für Sie oder uns eine unzumutbare Härte darstellen würde, wenn der Vertrag ohne neue Bestimmung bestehen bleibt.

Wir haben Ihre und unsere Interessen zu berücksichtigen.

Salvatorische Klausel

Wenn eine oder mehrere Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen unwirksam sind, bleiben die übrigen dennoch wirksam.

19.1 Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?

Eine neue Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

Außerdem muss auch mit der neuen Bestimmung das Ziel Ihres Vertrags gewahrt bleiben. Die neue

Bestimmung wird Bestandteil dieses Vertrags, sobald die beiden folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Wir haben Ihnen die neue Bestimmung mitgeteilt. Dabei müssen wir Ihnen auch die Gründe nennen, die für die Änderung maßgeblich waren.
- Sie müssen die Mitteilung zwei Wochen vorher erhalten haben.

G Nachversicherungsgarantien

Auffüllgarantie bei Senkung der Bonusrente

Sollte die Bonusrente durch Reduzierung des Überschussanteilsatzes sinken, können Sie sich ohne erneute Gesundheitsprüfung in der Höhe so nachversichern, dass Ihr bisheriger Versicherungsschutz erhalten bleibt, sofern Leistungen wegen Berufsunfähigkeit noch nicht beantragt wurden oder Berufsunfähigkeit noch nicht eingetreten ist.

Erhöhungsmöglichkeit im Rahmen der Versorgungsordnung

Sie haben das Recht, den Versicherungsumfang des Vertrags mit erneuter Gesundheitsprüfung im Rahmen der Absicherungsgrenzen der vorliegenden Versorgungsordnung zu erhöhen.

Eine Erhöhung im Rahmen der vorliegenden Versorgungsordnung kann nur für die Zukunft beantragt werden. Wird eine solche Vertragsanpassung gewünscht, erfolgt diese zu dem im Nachtrag zum Versicherungsschein genannten Termin. Zu diesem Termin beginnt auch der Versicherungsschutz der gewünschten Erhöhung.

Sollte Berufsunfähigkeit vor Beginn des erhöhten Versicherungsschutzes eintreten und wurden bereits Beiträge dafür bezahlt, erstatten wir den aufgrund der Erhöhung geleisteten Mehrbeitrag verzinst mit dem vertraglichen Rechnungszins zurück.

Sie können die Erhöhung in Textform und unter Beifügung entsprechender Nachweise bei uns geltend machen, sofern die Versicherte Person zum Zeitpunkt weder berufsunfähig oder arbeitsunfähig im Sinne unserer Bedingungen ist oder war, noch einen Antrag auf Leistungen gestellt hat bzw. weder Leistungen aus einer Invaliditätsversicherung erhält oder erhielt, noch beantragt hat (z. B. bei Erwerbsminderung, Verlust einer Grundfähigkeit).

Eine Erhöhung der versicherten Leistungen ist abhängig von den Absicherungsgrenzen der anzuwendenden Versorgungsordnung. Wir behalten uns vor, diese bei Ihnen anzufordern. Die Gesundheitsprüfung orientiert sich an den dann bei uns geltenden Annahmerichtlinien. Diese stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Für die Erhöhung gelten die zu Vertragsbeginn geltenden Rechnungsgrundlagen, im Übrigen die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.

20 Verhältnis zur Hauptversicherung

Diese Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist, eine Einheit. Sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens mit dem Übergang der Hauptversicherung in den Rentenbezug erlischt die Zusatzversicherung. Wird die Hauptversicherung vor Ablauf der Zusatzversicherung beendet, endet auch vorzeitig die Zusatzversicherung. Für Leistungen, die zu diesem Zeitpunkt aus der Zusatzversicherung fällig sind, gilt der dritte Absatz des Abschnitts 23.

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

21 Kündigung im laufenden Arbeitsverhältnis

Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode ganz oder

teilweise in Textform kündigen. Falls Sie eine vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Beitragszahlung vereinbart haben, können Sie auch früher als zum Ende einer Versicherungsperiode kündigen, und zwar mit Frist von einem Monat zum Ende des darauffolgenden Monats. In diesem Fall endet die laufende Versicherungsperiode mit Ablauf dieser Frist.

In den letzten fünf Versicherungsjahren der Zusatzversicherung kann sie jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden.

Nach Eintritt der Leistungspflicht können Sie nicht mehr kündigen.

Teilweise Kündigung

Wenn Sie einen Teil dieses Versicherungsvertrags kündigen möchten, ist dies grundsätzlich unter den gleichen Voraussetzungen wie die vollständige Kündigung möglich.

Eine Teilkündigung wird nur durchgeführt, wenn die verbleibende beitragspflichtige Berufsunfähigkeitsrente nicht unter 300 Euro pro Jahr sinkt.

Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen. Sollte die Kündigung aufgrund eines Dienstaustritts im laufenden Versicherungsjahr erfolgen, erstatten wir anteilig die zu viel gezahlten Beiträge.

21.1 Direktversicherung

Wenn die Versicherte Person **unwiderruflich** bezugsberechtigt ist (siehe 16.1), müssen Sie das Kündigungsschreiben zusammen mit der Versicherten Person unterzeichnen, wenn die Leistung an eine andere Person erbracht werden soll.

Die Kündigung einer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden und führt in der Regel zu Haftungen durch Sie als Arbeitgeber.

22 Kündigung der Direktversicherung im zeitlichen Zusammenhang mit der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses

Eine Kündigung bzw. Teilkündigung einer Direktversicherung führt in der Regel aufgrund der gesetzlichen Vorgaben lediglich zu einer Beitragsfreistellung und nicht zu einer Auszahlung.

Wir erstatten Ihnen die zu viel gezahlten Beiträge zurück.

H Nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses

23 Direktversicherung

Scheidet die Versicherte Person vor Eintritt des Versicherungsfalles aus den Diensten des Arbeitgebers aus und liegen die Voraussetzungen der sogenannten versicherungsvertraglichen Lösung gemäß § 2 Abs. 2 BetrAVG vor, wird ihr die Versicherungsnehmer-Eigenschaft der Versicherung übertragen. Sie kann die Versicherung beitragsfrei oder beitragspflichtig fortsetzen (**sogenannte private Fortführung**). Der zuletzt gezahlte Beitrag kann sich durch den Wegfall einer Ermäßigung erhöhen. Aus anderen Gründen darf der Beitrag nach der Übertragung auf die Versicherte Person nicht erhöht werden.

Wenn die Versicherung beitragsfrei auf die Versicherte Person übertragen werden soll, muss die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens 300 Euro pro Jahr betragen. Ist dies nicht der Fall, endet diese Zusatzversicherung. Es wird keine Leistung fällig.

Die unverfallbaren Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag, die im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung entstanden sind, dürfen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten abgetreten werden.

Ansprüche, die aus Beiträgen der privaten Fortführung nach Beendigung des Beschäftigungsver-

hältnisses und die nach Übernahme der Versicherungsnehmer-Eigenschaft entstehen, dürfen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten abtreten, beliehen oder gekündigt werden.

Diese Versicherung darf auf keine andere Person übertragen werden, außer auf die Versicherte Person oder den neuen Arbeitgeber, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen dafür vorliegen.

24 Rückdeckungsversicherung

Scheidet die Versicherte Person vorzeitig aus den Diensten des Arbeitgebers aus, so verbleibt die Versicherung beim Arbeitgeber. Einen Anspruch auf Fortführung durch die Versicherte Person besteht nicht.

I Erläuterung wichtiger Begriffe

Bestandskräftiger Verwaltungsakt

Eine Maßnahme einer Behörde, gegen die kein Rechtsmittel eingelegt werden kann oder ein Rechtsmittel erfolglos geblieben ist. Eine solche Behörde sind Kartellbehörden oder die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bezugsberechtigter

Ist die Person, die die Leistung erhält. Sie bestimmen den Begünstigten im Versicherungsvertrag.

Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem handelsrechtlichen Buchwert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz (siehe Geschäftsbericht) ausgewiesen sind. Mehr zu Bewertungsreserven lesen Sie in Kapitel E.

Deckungskapital

Ist der Wert der Verpflichtungen, die uns durch den Versicherungsvertrag entstehen. Es wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet.

Deckungsrückstellung

Ist eine handelsrechtlich zu bildende Rückstellung auf der Passivseite der Bilanz. Sie dient dazu, die künftigen Leistungen sicherzustellen.

Erklärungen

Sind Mitteilungen, die in Textform erfolgen müssen und einen rechtlichen Charakter haben können. Beispiel: Beantragung einer Beitragsfreistellung oder Kündigung.

Geltende Richtlinien

Sind unsere Regeln, in denen beispielsweise beschrieben wird, welche Berufe wir zu welchen Konditionen (z. B. Berufsgruppen) versichern. Bestimmte Berufe können gar nicht oder nur bis zu bestimmten Höchstsummen, Mindest- und Höchsteintrittsaltern oder mit Zuschlägen versichert werden. Weiterhin werden dort Summengrenzen

für die medizinische und wirtschaftliche Risikoprüfung beschrieben. Die medizinische Risikoprüfung bezeichnen wir auch als Gesundheitsprüfung.

Höchstrichterliche Entscheidung

Ist eine bindende Entscheidung eines obersten Gerichts. Ein solches Gericht kann zum Beispiel der Bundesgerichtshof sein.

Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf den Invalidisierungstafeln SL KV2023 I (N), den Tafeln SL KV2023 TI und SL KV2023 RI und einem Rechnungszins in Höhe von 0,25 Prozent.

Sicherungsvermögen

Alle unsere Vermögensgegenstände, mit denen wir die Ansprüche unserer Versicherungsnehmer decken.

Textform

Wenn Sie uns oder wir Ihnen Mitteilungen machen, kann dies in unterschiedlicher Form geschehen. Wenn für eine Mitteilung die Textform gefordert ist, bedeutet dies Folgendes: Die Mitteilung kann dann per Brief, E-Mail oder Telefax erfolgen.

Überschussanteilsätze

Dies sind die konkreten Prozentsätze, mit denen wir unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen beteiligen. Sie können sich von Jahr zu Jahr oder auch in der Bezugsgröße unterscheiden. Beispiele: 1,0 Prozent des Beitrags oder 1,5 Prozent des Deckungskapitals.

Überschüsse

Überschüsse sind die Erträge, die wir erwirtschaften abzüglich unserer Aufwendungen. In der Lebensversicherung gibt es im Wesentlichen drei Überschussarten: Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse. Lesen Sie dazu Kapitel D.

Überschussbeteiligung

An unseren Überschüssen und den Bewertungsreserven beteiligen wir Sie nach den gesetzlichen Vorschriften. Lesen Sie mehr in Kapitel D.

Überschüsse

Überschüsse sind die Erträge, die wir erwirtschaften abzüglich unserer Aufwendungen. In der Lebensversicherung gibt es im Wesentlichen drei Überschussarten: Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse. Lesen Sie dazu Kapitel D.

Überschussverwendungs-System

Bezeichnet die Art und Weise, wie die zugeteilten Überschussanteile verwendet werden.

Unverzüglich

Bedeutet „ohne schuldhaftes Zögern“. Umgangssprachlich versteht man damit: so schnell wie möglich.

Unzumutbare Härte

Ist, wenn das Festhalten am Vertrag für eine Partei unbillig oder untragbar ist. Dies kann zum Beispiel in folgendem Fall gegeben sein: Eine unwirksame Bestimmung entfällt und der Vertrag ist dadurch nicht mehr ausgewogen, weil eine Partei einseitig begünstigt wird. Wann eine unzumutbare Härte vorliegt, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls.

Versicherte Person

Ist die Person, für die ein bestimmtes Risiko versichert ist. Diese Person ist im Versicherungsschein benannt. Ein Beispiel: Bei einer Grundfähigkeitsversicherung versichern wir für diese Person das Risiko, dass diese Person den Verlust einer Grundfähigkeit erleidet.

Versicherungsjahr

Sind in der Regel volle zwölf Monate ab dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung beginnt. Alle Versicherungsjahre eines Vertrags beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beispiel: Die Versicherung beginnt am 1. April um 00.00 Uhr. Ein Versicherungsjahr läuft dann vom 1. April 00.00 Uhr eines Jahres bis zum 31. März 24.00 Uhr des darauffolgenden Jahres.

Wenn das erste Versicherungsjahr weniger als zwölf Monate beträgt, sprechen wir von einem Rumpfbeginnjahr. In diesen Fall verschiebt sich der Beginn des zweiten Versicherungsjahres und aller folgenden Versicherungsjahre um die Anzahl der Monate des Rumpfbeginnjahres.

Versicherungsnehmer

Ist die Person, die unser Vertragspartner ist. Sie schließt den Vertrag mit uns ab und erhält den Versicherungsschein. Grundsätzlich betreffen den Versicherungsnehmer alle Rechte und Pflichten, die sich aus dem Vertrag ergeben. Der Versicherungsnehmer kann von der Versicherten Person und dem Begünstigten aus der Versicherung abweichen.

Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Beitragszahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Versicherungsschein

Ist eine Urkunde über unseren Versicherungsvertrag. Zu Beginn des Vertrags senden wir Ihnen den Versicherungsschein zu. Er enthält wichtige Daten zu Ihrer Versicherung, zum Beispiel: über die Beiträge, den Beginn der Versicherung oder die Versicherte Person. Den Versicherungsschein müssen Sie gut aufheben, da dieser erforderlich ist, um Leistungen aus der Versicherung zu erhalten.

Versicherungsvertrag

Ist die rechtliche Grundlage für die Versicherung, die Sie mit uns abschließen.

J Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, Stand 01.01.2017)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

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

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

1. **Mobilität:**
Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. **kognitive und kommunikative Fähigkeiten:**
Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:**

motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. **Selbstversorgung:**
Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. **Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:**
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandswchsel und Wundversorgung, Versorgung mit

- Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:
Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Abs. 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

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

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Abs. 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in

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

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

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

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,

4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

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

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

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen,

können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1 die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

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

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

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

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