

Versicherungsbedingungen

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

Teil A - Leistungsbausteine

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

Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice E356

	Seite
1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	1
2. Leistung aus der Überschussbeteiligung	7
3. Unmittelbare Beteiligung an der Wertentwicklung von Fonds	13
4. Leistungsempfänger und Überweisung der Leistung	16
5. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	17
6. Ihre Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	17
7. Erklärung über unsere Leistungspflicht	19
8. Kosten Ihres Vertrags	19
9. Beitragsfreistellung	20
10. Kündigung	21
11. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten	22

Teil B - Pflichten für alle Bausteine

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

	Seite
1. Vorvertragliche Anzeigepflicht	31
2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung	31
3. Weitere Mitwirkungspflichten	32

Teil C - Allgemeine Regelungen

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

	Seite
1. Beginn des Versicherungsschutzes	34
2. Versicherungsschein	34
3. Deutsches Recht	34
4. Adressaten für Beschwerden	34
5. Zuständiges Gericht	34
6. Verjährung	35
7. Informationen während der Vertragslaufzeit	35

Erläuterung von Fachausdrücken

Am Ende unserer Versicherungsbedingungen finden Sie Definitionen zu den wichtigsten im Text verwendeten Fachausdrücken. Im Text haben wir diese Fachausdrücke mit einem "→" markiert. Beispiel: →**Versicherungsnehmer**.

	Seite
Erläuterung von Fachausdrücken	36

Anhang zum Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang"

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

Teil A - Leistungsbausteine

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

Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice E356

Hier finden Sie die Regelungen Ihrer Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice oder Ihrer BerufsunfähigkeitsStartPolice sowie für Ihren Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben. Die Regelungen gelten sowohl für den Abschluss des Komfort-Tarifs als auch des Premium-Tarifs einer Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice, sofern nicht ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass eine Regelung nur für den Premium-Tarif anwendbar ist.

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

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

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

(1) Leistungen bei Berufsunfähigkeit

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

- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für Ihre Versicherung.
- Wir zahlen die Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die erste Zahlung erfolgt gegebenenfalls anteilig. Wir überweisen die Rente jeweils am 1. →**Bankarbeitstag** nach den vereinbarten Fälligkeitsterminen.

Die Leistungen der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice erbringen wir, solange

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

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

Wenn Sie den Premium-Tarif der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice abgeschlossen haben, beteiligen wir uns auch an den Kosten einer erfolgreich abgeschlossenen medizinischen oder beruflichen Rehabilitation. Eine Beteiligung erfolgt jedoch nur, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- unsere Leistungspflicht im Sinne dieses Absatzes endet infolge der Rehabilitationsmaßnahmen und
- die Rehabilitationsmaßnahmen wurden nicht von Dritten (zum Beispiel Deutsche Rentenversicherung, gesetzliche oder private Krankenversicherung) bezahlt.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, zahlen wir einen einmaligen Betrag in Höhe von bis zu einer halben Jahresrente, jedoch maximal 6.000 EUR. Sind die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahmen geringer als eine halbe Jahresrente bzw. als der Maximalbetrag von 6.000 EUR, dann erstatten wir nur die tatsächlich angefallenen Kosten.

(2) Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit

a) Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente

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

Für den Fall, dass Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.2 erbracht werden, entsteht der Anspruch erst zu dem in Ziffer 1.2 Absatz 1 b) genannten Zeitpunkt. Werden Leistungen wegen Krebs nach Ziffer 1.3 erbracht, entsteht der Anspruch erst zu dem in Ziffer 1.3 Absatz 1 b) genannten Zeitpunkt.

Wenn Sie eine Karenzzeit vereinbart haben, entsteht der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente mit dem Ablauf des Monats, in dem die Karenzzeit endet. Die Karenzzeit beginnt mit dem Eintritt der Berufsunfähigkeit. Voraussetzung für das Entstehen des Anspruchs auf Berufsunfähigkeitsrente ist in diesem Fall, dass

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

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

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

Wenn wir Leistungen wegen Wiedereingliederung erbringen (siehe Ziffer 1.6) und innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, werden die Wiedereingliederungshilfeszahlungen auf die Leistungen der Berufsunfähigkeitsvorsorge angerechnet.

b) Beitragszahlung bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht

Wenn die →**versicherte Person** im Sinne von Ziffer 1.2 Absatz 1 krankgeschrieben ist oder bei der versicherten Person eine Krebs-

erkrankung im Sinne von Ziffer 1.3 Absatz 2 eingetreten ist, befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht.

Wenn die **→versicherte Person** nicht im Sinne von Ziffer 1.2 Absatz 1 krankgeschrieben ist oder bei der versicherten Person keine Krebserkrankung im Sinne von Ziffer 1.3 Absatz 2 eingetreten ist, gilt:

- Bis zur Entscheidung, ob ein Anspruch vorliegt,
- müssen die Beiträge in voller Höhe weiter gezahlt werden. Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkennen, werden wir zu viel gezahlte Beiträge zurückzahlen.
 - können Sie verlangen, dass die bis zur endgültigen Entscheidung noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Falls wir unsere Leistungspflicht nicht anerkennen, müssen gestundete Beiträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf 48 Monate verteilt werden. Zahlen Sie die gestundeten Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus.

Lassen Sie unsere Entscheidung über die Leistungspflicht gerichtlich prüfen, können Sie verlangen, dass die bis zur rechtskräftigen Entscheidung des Gerichts noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Wenn dann das Gericht unsere Entscheidung rechtskräftig bestätigt hat, müssen gestundete Beträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf 48 Monate verteilt werden. Zahlen Sie die gestundeten Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Möglichkeiten des Beitragsausgleichs.

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

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie den Premium-Tarif der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice abgeschlossen haben.

(1) Leistungen wegen Krankschreibung

a) Leistungen in Höhe der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

Wenn die **→versicherte Person** während der Versicherungsdauer der Versicherung mindestens 6 Monate ununterbrochen krankgeschrieben worden ist oder voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen krankgeschrieben wird, erbringen wir die folgenden Leistungen:

- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Versicherung.
- Wir zahlen eine Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die erste Zahlung erfolgt gegebenenfalls anteilig. Wir überweisen die Rente jeweils am 1. **→Bankarbeitstag** nach den vereinbarten Fälligkeitsterminen.

Leistungen wegen Krankschreibungen können erst nach Prüfung der eingereichten Nachweise unter Berücksichtigung eventuell vereinbarter Ausschlüsse und / oder besonderer Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes (siehe Absatz 5) erfolgen, wobei von uns weitere Unterlagen entsprechend Ziffer 6.1 dieser Versicherungsbedingungen verlangt werden können (siehe Unterabsatz d)).

b) Leistungsdauer

- Die Leistungen wegen Krankschreibung erbringen wir, solange
- die **→versicherte Person** ununterbrochen krankgeschrieben ist bzw. sein wird und
 - die vereinbarte Leistungsdauer bei Berufsunfähigkeit nicht abgelaufen ist und

- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krebs erbringen und
- die versicherte Person lebt und
- insgesamt eine Dauer der Krankschreibung von 36 Monaten während der vereinbarten Leistungsdauer bei Berufsunfähigkeit nicht überschritten ist. Wenn die **→versicherte Person** mehrfach nach Absatz a) krankgeschrieben ist, ist die Leistungsdauer wegen Krankschreibung für alle eintretenden Krankschreibungen zusammen auf 36 Monate beschränkt.

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

Wenn wir

- Leistungen wegen Krankschreibung der **→versicherten Person** erbracht haben und
 - nach Abschluss der Leistungsprüfung wegen Berufsunfähigkeit feststellen, dass Berufsunfähigkeit vorliegt,
- gilt:

Wir rechnen den Zeitraum zwischen dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, und dem Beginn der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, für den wir Leistungen wegen Krankschreibung erbracht haben, auf die maximale Leistungsdauer wegen Krankschreibung von insgesamt 36 Monaten nicht an.

c) Verhältnis der Leistungen wegen Krankschreibung und der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krebs

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

Für den Zeitraum, für den wir bereits Leistungen wegen Krankschreibung erbracht haben, erbringen wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krebs. Die Leistungen wegen Krankschreibung entsprechen der Höhe nach den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krebs.

d) Einreichung von Unterlagen

Wenn Leistungen wegen Krankschreibung verlangt werden, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers Bescheinigungen nach Absatz 2 eingereicht werden. Davon muss mindestens eine Bescheinigung von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein. Darüber hinaus sind weitere Unterlagen nach Ziffer 6.1 einzureichen, wenn wir dies verlangen.

e) Nachprüfung unserer Leistungspflicht

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

f) Auskunfts- und Mitwirkungsobliegenheiten

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

(2) Krankschreibung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen

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

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

(3) Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung

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

(4) Karenzzeit

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

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

Wenn die Voraussetzungen für die Leistungen wegen Krankschreibung vorliegen, rechnen wir auch den Zeitraum ab Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen bis zum Ablauf der Karenzzeit auf die maximale Leistungsdauer von insgesamt 36 Monaten an. Eine Anrechnung erfolgt dagegen nicht für die Zeit, für die wir eine Berufsunfähigkeit anerkannt haben.

(5) Anwendbare Regelungen

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

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

1.3 Welche Leistungen erbringen wir bei Eintritt einer Krebserkrankung und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie den Premium-Tarif der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice abgeschlossen haben.

(1) Leistungen wegen Krebs**a) Leistungen in Höhe der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit**

Wenn bei der **→versicherten Person** während der Versicherungsdauer der Versicherung eine Krebserkrankung nach Absatz 2 eintritt, erbringen wir für einen Zeitraum von maximal 18 Monaten die folgenden Leistungen:

- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Versicherung.
- Wir zahlen eine Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die erste Zahlung erfolgt gegebenenfalls anteilig. Wir überweisen die Rente jeweils am 1. **→Bankarbeitstag** nach den vereinbarten Fälligkeitsterminen.

Leistungen wegen Krebs können während der Versicherungsdauer der Versicherung mehrmals beansprucht werden. Wenn sich Leistungszeiträume aufgrund weiterer Krebserkrankungen überschneiden, werden die Leistungen wegen Krebs in den Monaten der Überschneidung nur einmal erbracht.

Leistungen wegen Krebs können erst nach Prüfung der eingereichten Nachweise unter Berücksichtigung eventuell vereinbarter Ausschlüsse und / oder besonderer Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes (siehe Absatz 5) erfolgen.

b) Leistungsdauer

Die Leistungen wegen Krebs erbringen wir für eine Dauer von maximal 18 Monaten. Wenn sich Leistungszeiträume aufgrund weiterer Krebserkrankungen überschneiden, verlängert sich die Leistungsdauer um maximal 18 Monate nach Eintritt der weiteren Krebserkrankung. Die Leistungen wegen Krebs erbringen wir, solange

- die vereinbarte Leistungsdauer bei Berufsunfähigkeit nicht abgelaufen ist und
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung erbringen und
- die **→versicherte Person** lebt.

Wenn die **→versicherte Person** einen Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit stellt und die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, erbringen wir mit Beginn des nächsten Monatsersten nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen wegen Krebs eingestellt. Wir werden in diesem Fall frühestens nach Ablauf von 18 Monaten ab Eintritt der Krebserkrankung unsere Leistungen nach einer Nachprüfung unserer Leistungspflicht (siehe Ziffer 6.3 Absatz 1) einstellen.

c) Verhältnis der Leistungen wegen Krebs und der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung

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

Für den Zeitraum, für den wir bereits Leistungen wegen Krebs erbracht haben, erbringen wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Krankschreibung. Die Leistungen wegen Krebs entsprechen der Höhe nach den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Krankschreibung.

d) Einreichung von Unterlagen

Wenn Leistungen wegen Krebs verlangt werden, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers ärztliche Nachweise nach Absatz 2 eingereicht werden.

(2) Krebserkrankung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen

Bei einer Krebserkrankung muss ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten zwischen Versicherungsbeginn und Erstdiagnosestellung gelegen haben.

Zudem muss

- ein solider, invasiver Tumor der Tumorgroße T1 mit der Erforderlichkeit einer Chemotherapie, einer von außen auf den Körper wirkenden (perkutanen) Strahlentherapie und/oder einer Immuntherapie (CAR-T oder Immun-Checkpoint-Inhibitor) oder
 - ein solider, invasiver Tumor ab einer Tumorgroße T2 oder
 - ein Tumor mit Lymphknoten- oder Fernmetastasen oder
 - ein malignes Melanom (melanozytärer (schwarzer) Hautkrebs) nach den oben genannten Tumorkriterien oder
 - ein Gehirntumor ab WHO II oder
 - Leukämie, Lymphomen in allen Stadien
- mittels histopathologischem Befund nachgewiesen werden.

Ausgeschlossen sind alle Formen von nichtmelanozytärem Hautkrebs.

Der Eintritt der versicherten Krebserkrankung ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

(3) Anspruch auf Leistungen wegen Krebs

Der Anspruch auf Leistungen wegen Krebs entsteht mit Ablauf des Monats, in den die Feststellung einer Krebserkrankung nach Absatz 2 durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung fällt.

(4) Karenzzeit

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

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

Wenn die Voraussetzungen für die Leistungen wegen Krebs vorliegen, rechnen wir auch den Zeitraum ab Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen bis zum Ablauf der Karenzzeit auf die maximale Leistungsdauer von 18 Monaten an. Eine Anrechnung erfolgt dagegen nicht für die Zeit, für die wir eine Berufsunfähigkeit anerkannt haben.

(5) Anwendbare Regelungen

Soweit in dieser Ziffer nichts anderes geregelt ist, gelten die Regelungen Ihrer Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice auch für die Leistungen wegen Krebs.

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

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

(1) Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und die **→versicherte Person** während der Versicherungsdauer der Versicherung pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 1.8 wird, das heißt aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.8 Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Ziffer 1.8 Absatz 2), zahlen wir eine Pflegezusatzrente.

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

- die **→versicherte Person** lebt und
- die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 1.8 ist.

(2) Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

(1) Umorganisationshilfe bei Nichtzahlung einer Berufsunfähigkeitsrente

Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht leisten, weil die **→versicherte Person** ihren Betrieb zumutbar nach Ziffer 1.7 Absatz 1 f) umorganisieren könnte, zahlen wir eine einmalige Hilfe in Höhe einer halben Jahresrente. Diese Umorganisationshilfe zahlen wir nur, wenn zum Zeitpunkt der Anspruchsentstehung die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens 12 Monate beträgt. Wenn bei der

→versicherten Person innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht die Einmalzahlung mit den Berufsunfähigkeitsrenten. Die Umorganisationshilfe können Sie mehrmals erhalten, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht.

(2) Umorganisationshilfe bei Wegfall der Berufsunfähigkeitsrente

Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht mehr leisten, weil die **→versicherte Person** ihren Betrieb zumutbar nach Ziffer 1.7 Absatz 1 f) umorganisieren könnte, zahlen wir eine einmalige Hilfe in Höhe einer halben Jahresrente. Diese Umorganisationshilfe zahlen wir nur, wenn zum Zeitpunkt der Anspruchsentstehung die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens 12 Monate beträgt. Wenn bei der **→versicherten Person** innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht die Einmalzahlung mit den Berufsunfähigkeitsrenten. Die Umorganisationshilfe können Sie mehrmals erhalten, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht.

1.6 Wann und in welcher Höhe erbringen wir eine Wiedereingliederungshilfe?

Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht mehr leisten, weil die **→versicherte Person** tatsächlich eine andere Tätigkeit als bei Anerkennung der Berufsunfähigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung nach Ziffer 1.7 Absatz 1 a) entspricht, zahlen wir eine einmalige Hilfe in Höhe einer halben Jahresrente. Diese Wiedereingliederungshilfe zahlen wir nur, wenn zum Zeitpunkt der Anspruchsentstehung die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens 12 Monate beträgt. Wenn bei der **→versicherten Person** innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht die Einmalzahlung mit den Berufsunfähigkeitsrenten. Die Wiedereingliederungshilfe können Sie mehrmals erhalten, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht.

1.7 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?

(1) Berufsunfähigkeit

a) Vollständige Berufsunfähigkeit

Wenn die **→versicherte Person**

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

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

als zumutbare Minderung des Einkommens festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich.

b) Maßgebender Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit

Maßgebend bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit ist

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

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

c) Maßgebender Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit von Schülern

Wenn die **→versicherte Person** zum Zeitpunkt der Prüfung der Berufsunfähigkeit Schüler ist, gilt als Beruf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schüler.

d) Maßgebender Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit von Auszubildenden

Wenn die **→versicherte Person** zum Zeitpunkt der Prüfung der Berufsunfähigkeit Auszubildender ist, gilt als Beruf der mit der Ausbildung angestrebte Ausbildungsberuf.

e) Maßgebender Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit von Studenten

Wenn die **→versicherte Person** zum Zeitpunkt der Prüfung der Berufsunfähigkeit Student ist, gilt als Beruf neben dem zuletzt ausgeübten Studium auch das mit dem Abschluss des belegten Studiengangs verbundene Berufsbild. Als Studium gilt ein Studium an einer Hochschule (Universität), Fachhochschule (FH) oder Dualen Hochschule (DH). Der angestrebte Studienabschluss muss in Deutschland staatlich anerkannt sein.

f) Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

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

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

Die Zumutbarkeit der Umorganisation richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten und nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die zumutbare Minderung des betrieblichen Gewinns vor Steuern aufgrund der Maßnahmen beträgt jedoch höchstens 20 Prozent.

Wir verzichten auf die Prüfung der Umorganisation,

- wenn der versicherte Selbstständige eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in seiner täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 Prozent kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Tätigkeiten ausübt oder
- wenn der Betrieb weniger als 10 Mitarbeiter beschäftigt. Zu den 10 Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelehrte Angestellte. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

g) Berufsunfähigkeit bei Teilzeittätigkeit

Wenn die **→versicherte Person** zum Zeitpunkt der Prüfung der Berufsunfähigkeit ihren Beruf in Teilzeit ausübt oder ausgeübt hat, liegt vollständige Berufsunfähigkeit vor, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 1 a) für den Beruf in Teilzeit erfüllt sind.

Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn die

→versicherte Person

- in Folge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,

- die ärztlich nachzuweisen sind,
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, ihren Beruf in Teilzeit mindestens drei Stunden pro Arbeitstag auszuüben, und
- sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung (siehe Absatz 1 a)) entspricht.

Übt die **→versicherte Person** ihren Beruf aus familiären Gründen nur vorübergehend in Teilzeit aus, liegt vollständige Berufsunfähigkeit darüber hinaus vor, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 1 a) für den vorherigen Beruf in Vollzeit erfüllt sind.

Das heißt, wenn die **→versicherte Person** ihren bisherigen Beruf in Vollzeit aus einem der folgenden familiären Gründe vorübergehend auf Teilzeit reduziert hat oder einen anderen Beruf in Teilzeit ausübt, dann wird bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, auf den vor der Reduzierung ausgeübten Beruf und die damit verbundene Lebensstellung (siehe Absatz 1 a)) abgestellt. Familiäre Gründe in diesem Sinn sind:

- Betreuung eigener Kinder: Die **→versicherte Person** hat ihren Beruf in Vollzeit auf Teilzeit reduziert oder übt einen anderen Beruf in Teilzeit aus, um eigene minderjährige Kinder (leibliche Kinder oder Adoptivkinder) zu betreuen.
- Pflege von Angehörigen: Die **→versicherte Person** hat ihren Beruf in Vollzeit auf Teilzeit reduziert oder übt einen anderen Beruf in Teilzeit aus, um eine pflegebedürftige Person (ab Pflegegrad 2, siehe § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017) im Rahmen einer privaten, nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit zu pflegen.

h) Teilweise Berufsunfähigkeit

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

(2) Berufsunfähigkeit aufgrund Tätigkeitsverbots

Wenn die **→versicherte Person**

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

(3) Berufsunfähigkeit nach Ausscheiden aus dem Berufsleben

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

(4) Berufsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit

Als berufsunfähig gilt die **→versicherte Person** auch, wenn sie pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 1.8 ist, das heißt aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.8 Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Ziffer 1.8 Absatz 2).

(5) Berufsunfähigkeit aufgrund voller Erwerbsminderung

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

- die **→versicherte Person** die Rente wegen voller Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen erhält und
- die versicherte Person bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens 50 Jahre alt ist oder die Versicherung ohne Ausschlüsse oder Zuschläge abgeschlossen wurde und

- der Vertrag bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens seit 10 Jahren besteht.

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

1.8 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?

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

(1) Begriff und Dauer der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit der →**versicherten Person** liegt vor, wenn

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

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, ununterbrochen bestehen oder bereits 6 Monate bestanden haben. In diesen Fällen liegt von Beginn des 1. Monats an Pflegebedürftigkeit vor.

Die Pflegebedürftigkeit ist stets ärztlich nachzuweisen.

Die Pflegebedürftigkeit beurteilt sich nach den nachfolgenden 6 Bereichen, denen bestimmte Kriterien zugeordnet sind. Diesen Kriterien sind zur Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten Kategorien zugeordnet. Die Bereiche, Kriterien und Kategorien entsprechen denjenigen, die in § 14 und § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, genannt sind. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschriften hat auf die Definition der Bereiche, Kriterien und Kategorien der Pflegebedürftigkeit nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrer Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice und Ihrem Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, keine Auswirkungen. Den Wortlaut der genannten Paragraphen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

a) Mobilität

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

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

b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

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

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

c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

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

d) Selbstversorgung

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

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

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

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

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

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

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

f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

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

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

(2) Grade der Pflegebedürftigkeit

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

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

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

Leistungen aus der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice (siehe Ziffer 1.1) und aus dem Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben (siehe Ziffer 1.4), erbringen wir, wenn die **→versicherte Person** aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird.

(3) Ermittlung des Grads der Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

Die jeweils erreichbaren Summen der Einzelpunkte in jedem Bereich werden in Punktbereiche gegliedert (zum Beispiel "Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten"). Alle Punktbereiche können Sie § 15 und der Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

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

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

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

1.9 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz aus Ihrer Versicherung besteht weltweit.

1.10 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?

(1) Rechnungsgrundlagen bei Vertragsschluss

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

a) Rechnungsgrundlagen für die garantierten Leistungen bei Berufsunfähigkeit:

- unsere unternehmenseigene Sterbetafel "AZ 2021 BU TA U" (**→Tafeln**),
- unsere unternehmenseigene Berufsunfähigkeitstafel "AZ 2019 BU I U" für die Berufsunfähigkeitswahrscheinlichkeiten (**→Tafeln**),
- unsere unternehmenseigenen Berufsunfähigkeitstafeln "AZ 2021 BU TI U" und "AZ 2021 BU RI U" für die Sterbewahrscheinlichkeiten der Berufsunfähigen und die Reaktivierungswahrscheinlichkeiten (**→Tafeln**),
- den **→Rechnungszins** 0,25 Prozent und
- die **→Kosten** der Berufsunfähigkeitsvorsorge der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice (siehe dazu Ziffer 8.1).

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

- unsere unternehmenseigene Pfegetafel "AZ 2016 P U" (**→Tafeln**),
- den **→Rechnungszins** 0,25 Prozent und
- die **→Kosten** des Bausteins Pflegezusatzrente (siehe dazu Ziffer 8.1).

(2) Rechnungsgrundlagen bei Leistungserhöhungen und in anderen Fällen

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

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

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

Bei Leistungserhöhungen legen wir bei der Berechnung der hinzukommenden Leistungen höchstens die Prozentsätze der **→Kosten** der Berufsunfähigkeitsvorsorge der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice bzw. des Bausteins Pflegezusatzrente zugrunde, die wir bei Vertragsschluss zugrunde gelegt haben.

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

2. Leistung aus der Überschussbeteiligung

Für die Überschussbeteiligung gelten die folgenden Regelungen.

Inhalt dieses Abschnitts:

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

2.1 Was sind die Grundlagen der Überschussbeteiligung?

(1) Keine Garantie der Höhe der Überschussbeteiligung
Wir können die Überschussbeteiligung der Höhe nach nicht garantieren. Zum einen hängt die Höhe der Überschussbeteiligung von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung der von uns versicherten Risiken und der Kosten ist von Bedeutung. Zum anderen erfolgt die Überschussbeteiligung nach einem verursachungsorientierten Verfahren (siehe dazu im Einzelnen die Ziffer 2.2 und Ziffer 2.3.1 Absatz 2 b)). **Im ungünstigsten Fall kann die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags der Höhe nach null sein.**

Wir informieren Sie jährlich über die Entwicklung der Überschussbeteiligung.

(2) Komponenten der Überschussbeteiligung

Die Überschussbeteiligung umfasst 2 Komponenten:

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

Wir beachten bei der Überschussbeteiligung die jeweils geltenden Vorgaben

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

(3) Maßgebende Überschüsse und Bewertungsreserven

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

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

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

2.2 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Überschüssen?

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

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

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

2.2.1 Bildung von Überschussgruppen

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

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

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

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

2.2.2 Festlegung der Überschussanteilsätze

Zur Ermittlung der Überschussanteile, die Ihrem Vertrag zugeteilt werden (siehe Ziffern 2.2.3 und 2.2.4), legt unser Vorstand auf Vorschlag des **→Verantwortlichen Aktuars** vor Beginn eines jeden Kalenderjahres die Höhe der **→Überschussanteilsätze** für die Dauer eines Jahres fest (sogenannte Überschussdeklaration).

Die **→Überschussanteilsätze** werden für die einzelnen Überschuss- und Untergruppen (siehe Ziffer 2.2.1) sowie für die verschiedenen Arten der Überschussanteile (siehe Ziffern 2.2.3 und 2.2.4) als Prozentsätze bestimmter **→Bezugsgrößen** festgelegt. Die Festlegung der **→Überschussanteilsätze** kann im ungünstigsten Fall dazu führen, dass der einzelne Vertrag keine Überschussanteile oder nicht alle für ihn in Betracht kommenden Arten von Überschussanteilen (siehe Ziffern 2.2.3 und 2.2.4) erhält.

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

2.2.3 Laufende Beteiligung am Überschuss

Wir beteiligen die Versicherung in Abhängigkeit von der Zuordnung Ihrer Versicherung zu einer Überschuss- bzw. Untergruppe an den erzielten Überschüssen (laufende Überschussanteile). Wie die erzielten Überschüsse verwendet werden, ist abhängig von der vereinbarten Überschussverwendungsart. Folgende Überschussverwendungsarten können Sie bei Vertragsschluss vereinbaren:

- Verrechnung (siehe Absatz 1)
- Überschussrente (siehe Absatz 2)
- Ansammlungsbonus (siehe Absatz 3)
- Fondsanlage (siehe Absatz 4)

(1) Wenn Sie Verrechnung vereinbart haben, gilt folgendes:

a) Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile

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

Die festgelegten →**Überschussanteilsätze** legen wir jährlich jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres für die Dauer eines Versicherungsjahres zugrunde.

aa) Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen

→**Bezugsgrößen** bei beitragspflichtigen Versicherungen sind

- der vereinbarte Beitrag für Ihre vereinbarten Leistungen bei Berufsunfähigkeit und
- der vereinbarte Beitrag für Ihre vereinbarten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

bb) Bezugsgrößen bei beitragsfreien Versicherungen

→**Bezugsgrößen** bei nach Ziffer 9.1 beitragsfreien Versicherungen sind

- die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente und
- die vereinbarte Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

cc) Bezugsgrößen bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Pflegezusatzrenten

Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten bzw. laufende Pflegezusatzrenten, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, gezahlt werden, sind die →**Bezugsgrößen**

- das →**Deckungskapital** der Berufsunfähigkeitsrente und
- das Deckungskapital der Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres.

b) Verwendung der laufenden Überschussanteile

aa) Verwendung bei beitragspflichtigen Versicherungen

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

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

Die Überschussanteile werden jeweils mit den laufenden Beiträgen entsprechend deren Zahlungsweise verrechnet.

bb) Verwendung bei beitragsfreien Versicherungen

Wenn

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

cc) Verwendung bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten

Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für die Berufsunfähigkeitsrente zugewiesenen Überschussanteilen abzüglich Verwaltungskosten (→**Kosten**) nach Zif-

fer 8.1 Absatz 2 b) eine zusätzliche beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Berufsunfähigkeitsrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.10 Absatz 2.

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

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

- beitragspflichtig war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugewiesenen Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Anwartschaft auf eine Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.10 Absatz 2.
- beitragsfrei war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugewiesenen Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), die in Prozent der vereinbarten Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauer stimmt mit derjenigen der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und laufende Pflegezusatzrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für Ihre Pflegezusatzrente zugewiesenen Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Pflegezusatzrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.10 Absatz 2.

Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

(2) Wenn Sie eine Überschussrente vereinbart haben, gilt folgendes:

a) Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile

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

Die festgelegten →**Überschussanteilsätze** legen wir jährlich jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres für die Dauer eines Versicherungsjahres zugrunde.

aa) Bezugsgröße bei beitragspflichtigen Versicherungen

→**Bezugsgrößen** bei beitragspflichtigen Versicherungen sind

- die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente und
- die vereinbarte Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

bb) Bezugsgrößen bei beitragsfreien Versicherungen

→**Bezugsgrößen** bei nach Ziffer 9.1 beitragsfreien Versicherungen sind

- die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente und
- die vereinbarte Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

cc) Bezugsgrößen bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Pflegezusatzrenten

Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten bzw. laufende Pflegezusatzrenten, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, gezahlt werden, sind die →**Bezugsgrößen**

- das →**Deckungskapital** der Berufsunfähigkeitsrente und
- das Deckungskapital der Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres.

b) Verwendung der jährlichen Überschussanteile

aa) Verwendung bei beitragspflichtigen Versicherungen

Wir finanzieren mit den für Ihre Versicherung festgelegten jährlichen Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf

- eine zusätzliche Berufsunfähigkeitsrente (Überschussrente) und
- eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, die in Prozent der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bzw. Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauern stimmen mit denjenigen der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bzw. der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn die jährlichen Überschussanteile, die zur Finanzierung einer beitragsfreien Anwartschaft auf eine zusätzliche Berufsunfähigkeitsrente bzw. Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, bestimmt sind, aufgrund der jährlichen Festlegung durch unseren Vorstand in einem Versicherungsjahr unter denen des Vorjahres liegen, können Sie die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente und Pflegezusatzrente zu Beginn dieses Versicherungsjahres für die restliche Versicherungsdauer Ihrer Versicherung ohne erneute Risikoprüfung um genau den Unterschiedsbetrag beitragspflichtig erhöhen. In einem solchen Fall werden wir Sie rechtzeitig informieren. Sie haben dann 6 Wochen Zeit, sich für die Erhöhung zu entscheiden. Voraussetzung für das Erhöhungsrecht ist, dass die **→versicherte Person** zu Beginn des betreffenden Versicherungsjahres nicht berufsunfähig ist.

In einem solchen Fall erhöht sich der Beitrag nicht im selben Verhältnis wie die Versicherungsleistung. Die Erhöhung errechnet sich nach den am Erhöhungstermin aktuellen Vertragsdaten, insbesondere dem **→rechnungsmäßigen Alter** der **→versicherten Person**, der restlichen Versicherungsdauer, der Beitragszahlungsdauer, einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag sowie den Regelungen nach Ziffer 1.10 Absatz 2.

bb) Verwendung bei beitragsfreien Versicherungen

Wenn

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

cc) Verwendung bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten

Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für die Berufsunfähigkeitsrente zugeteilten Überschussanteilen abzüglich Verwaltungskosten (**→Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absatz 2 b) eine zusätzliche beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Berufsunfähigkeitsrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.10 Absatz 2.

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

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und keine Pflegezusatzrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), die in Prozent der vereinbarten Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauer stimmt mit derjenigen der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und laufende Pflegezusatzrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für Ihre Pflegezusatzrente zugeteilten Über-

schussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Pflegezusatzrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.10 Absatz 2.

Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

(3) Wenn Sie einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, gilt folgendes:

a) Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile

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

Die festgelegten **→Überschussanteilsätze** legen wir jährlich jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres für die Dauer eines Versicherungsjahres zugrunde.

aa) Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen

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

bb) Bezugsgrößen bei beitragsfreien Versicherungen

→Bezugsgrößen bei nach Ziffer 9.1 beitragsfreien Versicherungen sind

- die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente und
- die vereinbarte Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

cc) Bezugsgrößen bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Pflegezusatzrenten

Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten bzw. laufende Pflegezusatzrenten, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, gezahlt werden, sind die **→Bezugsgrößen**

- das **→Deckungskapital** der Berufsunfähigkeitsrente und
- das Deckungskapital der Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres.

dd) Bezugsgröße der Zinsüberschussanteile des Ansammlungsbonus

Zusätzlich zu den jährlichen Überschussanteilen Ihrer Versicherung erhalten Sie auf Ihren Ansammlungsbonus Zinsüberschussanteile.

Wir berechnen den Zinsüberschussanteil täglich mit den für diese Überschussanteile festgelegten jährlichen **→Überschussanteilsätzen** bezogen auf einen Tag und teilen die Überschussanteile täglich zu.

→Bezugsgröße für den Zinsüberschussanteil ist das **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus zuzüglich der bereits zugeteilten jährlichen Überschussanteile abzüglich Verwaltungskosten (**→Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absatz 2 c).

b) Verwendung der laufenden Überschussanteile

aa) Verwendung bei beitragspflichtigen Versicherungen

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

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

Wir finanzieren mit den jährlichen Überschussanteilen eines Versicherungsjahres zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres eine Erhöhung des →**Deckungskapitals** des Ansammlungsbonus.

bb) Verwendung bei beitragsfreien Versicherungen

Wenn

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

cc) Verwendung bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten

Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für die Berufsunfähigkeitsrente zugeteilten Überschussanteilen abzüglich Verwaltungskosten (→**Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absatz 2 b) eine zusätzliche beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Berufsunfähigkeitsrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.10 Absatz 2.

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

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

- beitragspflichtig war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Anwartschaft auf eine Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.10 Absatz 2.
- beitragsfrei war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), die in Prozent der vereinbarten Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauer stimmt mit derjenigen der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und laufende Pflegezusatzrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für Ihre Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Pflegezusatzrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.10 Absatz 2.

Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

ee) Verwendung der Zinsüberschussanteile des Ansammlungsbonus

Wir verwenden die täglichen Zinsüberschussanteile aus dem Ansammlungsbonus nach Abzug von Verwaltungskosten (→**Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absatz 2 c) für eine Erhöhung des →**Deckungskapitals** des Ansammlungsbonus.

ff) Auszahlung des Ansammlungsbonus bei Ablauf der Versicherungsdauer oder bei Tod der versicherten Person

Wenn die Versicherungsdauer abläuft, zahlen wir das →**Deckungskapital** des Ansammlungsbonus aus.

Wenn die →**versicherte Person** vor Ablauf der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir das →**Deckungskapital** des Ansammlungsbonus aus.

(4) Wenn Sie eine Fondsanlage vereinbart haben, gilt folgendes:

a) Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile

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

Die festgelegten →**Überschussanteilsätze** legen wir jährlich jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres für die Dauer eines Versicherungsjahres zugrunde.

aa) Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen

→**Bezugsgrößen** bei beitragspflichtigen Versicherungen sind

- der vereinbarte Beitrag für Ihre vereinbarten Leistungen bei Berufsunfähigkeit und
- der vereinbarte Beitrag für Ihre vereinbarten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

bb) Bezugsgrößen bei beitragsfreien Versicherungen

→**Bezugsgrößen** bei nach Ziffer 9.1 beitragsfreien Versicherungen sind

- die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente und
- die vereinbarte Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

cc) Bezugsgrößen bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Pflegezusatzrenten

Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten bzw. laufende Pflegezusatzrenten, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, gezahlt werden, sind die →**Bezugsgrößen**

- das →**Deckungskapital** der Berufsunfähigkeitsrente und
- das Deckungskapital der Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres.

dd) Bezugsgröße der fondsabhängigen Überschussanteile

Zusätzlich zu den jährlichen Überschussanteilen beteiligen wir die Versicherung zu Beginn eines jeden Monats an den fondsabhängigen Überschussanteilen.

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

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

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

b) Verwendung der laufenden Überschussanteile

aa) Verwendung bei beitragspflichtigen Versicherungen

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

- des Beitrags für Ihre vereinbarten Leistungen bei Berufsunfähigkeit und
- des Beitrags für Ihre vereinbarten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

festgesetzt wird.

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

bb) Verwendung bei beitragsfreien Versicherungen

Wenn

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

cc) Verwendung bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten

Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für die Berufsunfähigkeitsrente zugeteilten Überschussanteilen abzüglich Verwaltungskosten (→**Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absatz 2 b) eine zusätzliche beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Berufsunfähigkeitsrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.10 Absatz 2.

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

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

- beitragspflichtig war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Anwartschaft auf eine Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.10 Absatz 2.
- beitragsfrei war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), die in Prozent der vereinbarten Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauer stimmt mit denjenigen der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und laufende Pflegezusatzrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für Ihre Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Pflegezusatzrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.10 Absatz 2.

Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

ee) Verwendung der fondsabhängigen Überschussanteile

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

ff) Auszahlung des Fondswerts bei Ablauf der Versicherungsdauer oder bei Tod der versicherten Person

Wenn die Versicherungsdauer abläuft, zahlen wir den →**Fondswert** aus. Stichtag für die Ermittlung des →**Fondswerts** zum Ab-

lauf der Versicherung ist der achtletzte →**Bankarbeitstag** vor Ablauf der Versicherungsdauer.

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

2.2.4 Schlussüberschussbeteiligung des Ansammlungsbonus

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben.

Zusätzlich zu den jährlichen Überschussanteilen kann bei Vertragsende ein Schlussüberschussanteil zugeteilt werden, das heißt bei

- Kündigung,
- Ablauf der Versicherungsdauer oder
- Tod der →**versicherten Person** vor Ablauf der Versicherungsdauer.

Der Schlussüberschussanteil besteht aus einem normalen Schlussüberschussanteil und darüber hinaus bei beitragspflichtigen Versicherungen aus einem zusätzlichen Schlussüberschussanteil. Die Höhe des normalen und des zusätzlichen Schlussüberschussanteils ergibt sich aus der Überschussdeklaration (siehe Ziffer 2.2.2) und kann auch null sein.

(1) Ermittlung des normalen Schlussüberschussanteils

Bei Vertragsende (siehe Ziffer 2.2.4 Satz 2) ermitteln wir die Höhe des normalen Schlussüberschussanteils nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei legen wir die →**Bezugsgrößen** und die dann für sämtliche Versicherungsjahre jeweils festgelegten Schlussüberschussanteilsätze zugrunde. →**Bezugsgröße** für den normalen Schlussüberschussanteil ist jeweils das durchschnittliche →**Deckungskapital** des Ansammlungsbonus in den einzelnen abgelaufenen Kalenderjahren.

Die Höhe sämtlicher Schlussüberschussanteilsätze legt unser Vorstand jeweils für ein Kalenderjahr fest. Die Festlegung der Höhe der Schlussüberschussanteilsätze sowie weitere Informationen können Sie dem Anhang unseres Geschäftsberichts unter der Überschrift "Schlussüberschussanteil" entnehmen.

Bei Kapitalzahlungen vor Ablauf der Versicherungsdauer (zum Beispiel bei Kündigung) kann der Schlussüberschussanteil in Abhängigkeit von der Zinssituation am Kapitalmarkt geringer ausfallen. Weitere Informationen können Sie dem Anhang unseres Geschäftsberichts unter der Unterüberschrift "Schlussüberschussanteil bei Kündigung" entnehmen.

(2) Ermittlung des zusätzlichen Schlussüberschussanteils

Bei Vertragsende (siehe Ziffer 2.2.4 Satz 2) ermitteln wir die Höhe des zusätzlichen Schlussüberschussanteils nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Die Ermittlung entspricht dabei der eines jährlichen Überschussanteils nach Ziffer 2.2.3 Absatz 3 a) Sätze 2 und 3 für den Zeitraum des Beginns des letzten Versicherungsjahres bis zum Leistungszeitpunkt.

(3) Verwendung des Schlussüberschussanteils

Wenn ein Schlussüberschussanteil bei Vertragsende (siehe Ziffer 2.2.4 Satz 2) hinzukommt, zahlen wir ihn aus.

2.3 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Bewertungsreserven?

2.3.1 Beteiligung vor Rentenbeginn

(1) Beteiligung bei Verrechnung, Überschussrente oder Fondsanlage

Die Beteiligung an den →**Bewertungsreserven** erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Wenn Sie Verrechnung oder

eine Überschussrente oder eine Fondsanlage vereinbart haben, entfallen auf Ihre Versicherung allerdings vor Rentenbeginn keine oder nur geringe → **Bewertungsreserven**, da für die Bildung von Kapitalanlagen, aus denen Bewertungsreserven entstehen können, keine oder nur geringe Beträge zur Verfügung stehen.

(2) Beteiligung bei Ansammlungsbonus

Wenn Sie einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, beteiligen wir Ihre Versicherung auch vor Rentenbeginn an den → **Bewertungsreserven**.

Wir ordnen die → **Bewertungsreserven**, die nach den aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der → **Versicherungsnehmer** zu berücksichtigen sind, den einzelnen Verträgen nach dem in Absatz 2 b) beschriebenen verursachungsorientierten Verfahren rechnerisch zu. Die Höhe der → **Bewertungsreserven** ermitteln wir dazu

- jährlich neu,
- zusätzlich auch zu den Stichtagen, die wir im Anhang unseres Geschäftsberichts unter der Unterüberschrift "Maßgebende Stichtage für die Beteiligung an Bewertungsreserven" veröffentlichen.

Aus der rechnerischen Zuordnung ergeben sich noch keine vertraglichen Ansprüche auf eine Beteiligung an den → **Bewertungsreserven** in einer bestimmten Höhe. Ihre konkrete Beteiligung auf Grundlage der rechnerischen Zuordnung ergibt sich aus den Absätzen 2 c) bis e).

a) Zeitpunkt der Beteiligung

Wir beteiligen Ihre Versicherung bei Vertragsende an den → **Bewertungsreserven**, das heißt bei

- Kündigung,
- Ablauf der Versicherungsdauer oder
- Tod der → **versicherten Person** vor Ablauf der Versicherungsdauer.

b) Verursachungsorientiertes Teilnahmeverfahren

Die Beteiligung an den → **Bewertungsreserven** erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Im Rahmen dieses Verfahrens bestimmen wir die dem einzelnen Vertrag rechnerisch zuzuordnenden → **Bewertungsreserven** als Anteil an den Bewertungsreserven aller anspruchsberechtigten Verträge. Dieser Anteil ist abhängig von der Summe der sich für Ihren Vertrag in den abgelaufenen Versicherungsjahren ergebenden durchschnittlichen → **Deckungskapitalien** im Verhältnis zur Summe der sich für alle abgelaufenen Versicherungsjahre ergebenden durchschnittlichen Deckungskapitalien aller Verträge, soweit sie anspruchsberechtigt sind.

Die Stichtage für die Ermittlung der → **Bewertungsreserven** legen wir jeweils im Voraus für ein Kalenderjahr fest. Wir veröffentlichen diese Festlegungen im Anhang unseres Geschäftsberichts unter der Unterüberschrift "Maßgebende Stichtage für die Beteiligung an Bewertungsreserven".

c) Zuteilung der Bewertungsreserven

Wir ermitteln bei Vertragsende (siehe Absatz 2 a)) für diesen Zeitpunkt den Ihrem Vertrag rechnerisch zuzuordnenden Anteil an den → **Bewertungsreserven** nach dem in Absatz 2 b) beschriebenen Verfahren. Nach § 153 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) teilen wir Ihrer Versicherung dann die Hälfte des ermittelten Betrags zu. Damit haben Sie einen Anspruch auf den Ihrem Vertrag zugeteilten Betrag. Die Mittel für die Beteiligung an den → **Bewertungsreserven** werden grundsätzlich der → **Rückstellung für Beitragsrückerstattung** entnommen (siehe Ziffer 2.1 Absatz 3).

d) Verwendung der zugewiesenen Bewertungsreserven

Bei Vertragsende (siehe Absatz 2 a)) zahlen wir die Beteiligung an den → **Bewertungsreserven** aus.

e) Sockelbetrag für die Beteiligung an den Bewertungsreserven

Die Höhe der → **Bewertungsreserven**, an denen Ihr Ansammlungsbonus beteiligt wird, ist vom Kapitalmarkt abhängig und unterliegt Schwankungen. Zum Ausgleich dieser Schwankungen können wir in Abhängigkeit von unserer Ertragslage → **Über-**

schussanteilsätze für den sogenannten Sockelbetrag für die Beteiligung an den → **Bewertungsreserven** festsetzen. Bei Vertragsende (siehe Absatz 2 a)) kann ein Sockelbetrag zum Tragen kommen.

aa) Ermittlung des Sockelbetrags

Wenn bei Vertragsende (siehe Absatz 2 a)) ein Sockelbetrag zum Tragen kommt, ermitteln wir dessen Höhe nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei legen wir die → **Bezugsgrößen** und die dann für sämtliche Versicherungsjahre jeweils festgelegten → **Überschussanteilsätze** für den Sockelbetrag zugrunde.

→ **Bezugsgröße** für den Sockelbetrag ist das jeweilige → **Deckungskapital** des Ansammlungsbonus in den einzelnen abgelaufenen Kalenderjahren.

Die Höhe der → **Überschussanteilsätze** für den Sockelbetrag legt unser Vorstand jeweils für ein Kalenderjahr fest. Die Festlegung der Höhe der → **Überschussanteilsätze** für den Sockelbetrag sowie weitere Informationen können Sie dem Anhang unseres Geschäftsberichts unter der Überschrift "Sockelbetrag für die Beteiligung an Bewertungsreserven" entnehmen.

bb) Zuteilung und Verwendung des Sockelbetrags

Wenn wir Ihrem Vertrag die Beteiligung an den → **Bewertungsreserven** zuteilen und ein für diesen Zeitpunkt festgelegter Sockelbetrag höher ist als der Wert der Beteiligung, der sich nach Absatz 2 c) ergibt, teilen wir Ihrem Vertrag den Sockelbetrag zu. Er wird so verwendet, wie unter Absatz 2 d) beschrieben. Wenn der Sockelbetrag niedriger ist oder es keinen Sockelbetrag gibt, bleibt es bei der Zuteilung des gesetzlich vorgesehenen Werts (siehe Absatz 2 c)).

2.3.2 Beteiligung laufender Renten

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

2.3.3 Vorrang aufsichtsrechtlicher Regelungen

Bei der Beteiligung an den → **Bewertungsreserven** sind wir an die aufsichtsrechtlichen Vorschriften zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen gebunden. **Die Beteiligung an den → Bewertungsreserven kann dadurch - im ungünstigsten Fall - der Höhe nach null sein.**

3. Unmittelbare Beteiligung an der Wertentwicklung von Fonds

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile eine Fondsanlage vereinbart haben (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 4 b)).

Inhalt dieses Abschnitts:

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

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

(1) Beteiligung an der Wertentwicklung

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

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

beteiligt. Die Überschussanteile werden zum Erwerb von Anteilseinheiten verwendet (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 4 b), Unterabsätze aa) und ee)).

(2) Anlagestrategie

a) Bei einer von uns angebotenen →**Anlagestrategie** handelt es sich um eine Zusammenstellung von Fonds nach festgelegten Anlagegrundsätzen. Weder bei Vertragsschluss noch während der Vertragsdauer müssen von uns →**Anlagestrategien** neben Fonds zur Verfügung gestellt werden.

Wenn wir →**Anlagestrategien** anbieten, bezeichnen wir die Zusammenstellung der Fonds sowie die prozentuale Aufteilung des Anlagebetrags auf die Fonds zu einem bestimmten Zeitpunkt als →**Struktur**.

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

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

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

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

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

b) Wenn Sie eine oder mehrere →**Anlagestrategien** gewählt haben, können Sie Informationen über die aktuell gültige →**Struktur** der von Ihnen gewählten Anlagestrategien jederzeit kostenlos bei uns anfordern.

3.2 Wie erfolgt die Kapitalanlage?

(1) Anlage im gesonderten Sicherungsvermögen (Anlagestock)

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

(2) Wert der Anteilseinheit (Anteilswert)

Der Wert einer Anteilseinheit (→**Anteilswert**) richtet sich nach der Wertentwicklung der im jeweiligen Sondervermögen der Kapital-

verwaltungsgesellschaft gehaltenen Vermögensgegenstände. Der →**Anteilswert** entspricht dem Rücknahmepreis eines Anteils des Fonds.

Den Rücknahmepreis eines Fondsanteils ermittelt die jeweilige Kapitalverwaltungsgesellschaft an den für sie geltenden Arbeitstagen. Diese müssen nicht mit den →**Bankarbeitstagen** in Deutschland übereinstimmen. Wenn uns kein aktueller Rücknahmepreis vorliegt, verwenden wir den letzten uns bekannten Rücknahmepreis.

Wenn eine Kapitalverwaltungsgesellschaft die Rücknahme der Anteilseinheiten ausgesetzt oder endgültig eingestellt hat oder keine Ausgabe von Anteilseinheiten mehr erfolgt und wir aus diesen Gründen die Anteilseinheiten nicht an die Kapitalverwaltungsgesellschaft zurückgeben können, setzen wir - soweit vorhanden - den für diese Anteilseinheiten ermittelten Börsenpreis an.

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

3.3 Wie verwenden wir ausgeschüttete Erträge der Fonds?

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

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

(1) Thesaurierung

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

(2) Erwerb neuer Anteilseinheiten

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

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

(1) Aufteilung künftiger Überschussanteile

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

(2) Auswählbare Fonds und Anlagestrategien

Für die Aufteilung der künftigen Anlagebeträge nach Absatz 1 und die Umschichtungen von Anteilseinheiten nach Absatz 3 können Sie aus den Fonds und den →**Anlagestrategien** wählen, die zum Zeitpunkt der Ausübung dieser Rechte für Ihre Versicherung zur Verfügung stehen und bei denen die Rückgabe der Anteilseinheiten zu diesem Zeitpunkt unbefristet und uneingeschränkt möglich ist. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds und →**Anlagestrategien** können Sie jederzeit kostenlos bei uns anfordern.

(3) Umschichtung von Anteilseinheiten

a) Umschichtung von Anteilseinheiten an Fonds

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

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

b) Umschichtung von Anteilseinheiten an Fonds aus Anlagestrategien

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

- in einen oder mehrere Fonds
- bzw. in eine oder mehrere von Ihnen neu gewählten Anlagestrategien

umgeschichtet werden. Bei einer teilweisen Umschichtung werden die Anteilseinheiten der einzelnen Fonds im selben Verhältnis umgeschichtet, in dem sich der → **Fondswert** der → **Anlagestrategie** auf die einzelnen Fonds aufteilt. Die umzuschichtenden Anteilseinheiten werden zu ihrem → **Anteilswert** in Anteilseinheiten

- der neu gewählten Fonds
- bzw. der Fonds, die der neu gewählten → **Anlagestrategie** nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen → **Struktur** zugrunde liegen, angelegt.

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

c) Voraussetzungen der Umschichtung

Es sind nur ganzzahlige Prozentsätze zulässig.

Bei einer Umschichtung können Sie nicht verlangen, dass wir auf Ihre Versicherung entfallende Anteilseinheiten verkaufen und zum gleichen Umschichtungstermin wieder Anteilseinheiten desselben Fonds bzw. dieselbe → **Anlagestrategie** kaufen.

Für das Umschichten der Anteilseinheiten können Sie zusammen höchstens 10 Fonds und → **Anlagestrategien** wählen.

(4) Zeitpunkt der Ausführung

Wir führen die Änderung nach Absatz 1 oder 3 unverzüglich, spätestens am 2. → **Bankarbeitstag**, der auf den Eingang Ihrer Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) bei uns folgt, durch.

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

(5) Aktives Ablaufmanagement

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

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

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

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

Zusätzliche → **Kosten** entstehen Ihnen hierbei nicht.

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

3.5 Wie können Sie den Fondswert Ihrer Versicherung erfahren?

Sie erhalten jährlich ab dem 2. Versicherungsjahr eine Mitteilung, der Sie die → **Anteilswerte** sowie die Anzahl der Anteilseinheiten, die auf Ihre Versicherung entfallen, und den → **Fondswert** entnehmen können. Sie können diese Auskunft auch jederzeit auf Wunsch erhalten.

3.6 Wann können wir einen von Ihnen gewählten Fonds ersetzen?

(1) Änderung der Fondspalette

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

(2) Austausch eines Fonds

Wenn in Bezug auf einen Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Fonds erhebliche Änderungen eintreten, die wir nicht beeinflussen können, sind wir berechtigt, den Fonds durch einen anderen zu ersetzen.

a) Beispielhafte erhebliche Änderungen

Als erhebliche Änderungen gelten insbesondere:

- die Auflösung oder Schließung des Fonds durch die von uns beauftragte Kapitalverwaltungsgesellschaft;
- die Zusammenlegung des von Ihnen gewählten Fonds mit anderen Fonds durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft;
- der Verlust der Zulassung für den Vertrieb von Investmentanteilen der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft;
- die Einstellung des Vertriebs von Investmentanteilen der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft;
- von den Kapitalverwaltungsgesellschaften festgelegte Rückgabe- und Rücknahmebeschränkungen von Investmentanteilen bzw. Anteilseinheiten, wie die Aussetzung der Rücknahme und die Einführung von Rückgabefristen und Rücknahmebeschränkungen;
- die erhebliche Verletzung von vertraglichen Pflichten der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft.

b) Weitere erhebliche Änderungen

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

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

(3) Auswirkungen

Wenn wir von dem in Absatz 2 genannten Recht Gebrauch machen, können wir solche Fonds oder → **Anlagestrategien** aus unserem Angebot Ihrer Versicherung zugrunde legen, die nach unserer Einschätzung den von Ihnen gewählten Fonds am ehesten ent-

sprechen. Das gilt sowohl für die notwendige Umschichtung der Anteilseinheiten der nicht mehr zur Verfügung stehenden Fonds als auch für den Neuerwerb entsprechender Anteilseinheiten.

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

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

Sofern die Ausgabe von Fondsanteilen kurzfristig beschränkt, ausgesetzt oder endgültig eingestellt worden ist, verfahren wir nach den Sätzen 1 und 2.

3.7 Wann können wir eine von Ihnen gewählte Anlagestrategie ersetzen?

(1) Änderung der Auswahl an Anlagestrategien

Wenn wir →**Anlagestrategien** anbieten, kann dieses Angebot während der gesamten Vertragsdauer Änderungen unterliegen. Die jeweils aktuelle Liste der →**Anlagestrategien** können Sie jederzeit kostenlos bei uns anfordern.

(2) Austausch der Anlagestrategie

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

a) Beispielhafte erhebliche Änderungen

Als erhebliche Änderungen gelten insbesondere:

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

b) Weitere erhebliche Änderungen

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

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

(3) Auswirkungen

Wenn wir von dem in Absatz 2 genannten Recht Gebrauch machen, können wir solche →**Anlagestrategien** oder Fonds aus unserem Angebot Ihrer Versicherung zugrunde legen, die nach unserer Einschätzung der von Ihnen gewählten Anlagestrategie am

ehesten entsprechen. Das gilt sowohl für die notwendige Umschichtung der Anteilseinheiten der Fonds, die der nicht mehr zur Verfügung stehenden →**Anlagestrategie** zugrunde liegen, als auch für den Neuerwerb entsprechender Anteilseinheiten.

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

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

Sofern die Ausgabe von Fondsanteilen, die einer oder mehreren →**Anlagestrategien** nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen →**Struktur** zugrunde liegen, kurzfristig beschränkt, ausgesetzt oder endgültig eingestellt worden ist, verfahren wir nach den Sätzen 1 und 2.

4. Leistungsempfänger und Überweisung der Leistung

Inhalt dieses Abschnitts:

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

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

(1) Leistungsempfänger und widerrufliches Bezugsrecht

Die Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir an Sie als unseren →**Versicherungsnehmer** oder an Ihre Erben, wenn Sie uns keine andere Person benannt haben, der die Ansprüche aus dem Vertrag bei deren Fälligkeit zustehen sollen (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit ändern oder widerrufen (widerrufliches Bezugsrecht), gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Nach dem Tod der →**versicherten Person** kann das Bezugsrecht nicht mehr geändert oder widerrufen werden.

(2) Unwiderrufliches Bezugsrecht

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

(3) Bezugsberechtigter (Begünstigter Personenkreis)

Als widerruflich Bezugsberechtigten nach Absatz 1 und als unwiderruflich Bezugsberechtigten nach Absatz 2 kann ausschließlich die →**versicherte Person** oder ein naher Angehöriger der versicherten Person gemäß § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder gemäß § 15 Abgabenordnung (AO) benannt werden (zum Beispiel Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Lebensgefährte, Verwandte in gerader Linie, Geschwister).

Die Beschränkung auf diesen Personenkreis gilt nicht, wenn die Versicherung zur Sicherung einer Verbindlichkeit der →**versicherten Person** oder eines nahen Angehörigen der versicherten Person gemäß § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder gemäß § 15 Abgabenordnung (AO) nach Absatz 4 abgetreten oder verpfändet

wird. In diesem Fall kann der Sicherungsnehmer sich als Bezugsberechtigten benennen.

(4) Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen

Sie können Ihre Ansprüche aus dem Vertrag auch abtreten oder verpfänden, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind, gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter.

(5) Textform

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (siehe Absätze 1 und 2) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus Ihrem Vertrag (siehe Absatz 4) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns der bisherige Berechtigte in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) angezeigt hat. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie. Es können aber auch andere Personen sein, wenn Sie vorher bindende Verfügungen vorgenommen haben.

4.2 Was gilt bei Überweisung der Leistung?

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

5. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

In welchen Fällen ist die Leistung ausgeschlossen?

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

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

b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse.

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

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

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

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

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

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

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

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

g) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit

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

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

6. Ihre Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:

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

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

(1) Einreichung von Unterlagen

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

a) eine Darstellung der Ursache der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit;

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

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

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

e) wenn das Gutachten nicht geeignet ist, das Vorliegen unserer Leistungsvoraussetzungen zu bestätigen, oder keine gesetzliche Pflegepflichtversicherung besteht oder diese kein Gutachten erstellt hat,

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

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

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

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

h) wenn Sie einen Baustein Pflegezusatzrente ergänzend versichert haben und aus diesem Baustein Leistungen verlangen, die unter Absatz d) und e) genannten Unterlagen.

Auch bei späterer Einreichung der Unterlagen nach den Absätzen a) bis h) leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffern 1.1 Absatz 2 a) und 1.4 Absatz 2).

(2) Mitwirkung bei der Datenerhebung bei anderen Stellen

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

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

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

(3) Mitwirkung bei weiteren Untersuchungen und weiteren Nachweisen

Wir können verlangen, dass

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

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

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

(4) Folgen einer Pflichtverletzung

Unsere Leistungen werden fällig, wenn wir die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistung notwendigen Erhebungen abgeschlossen haben. Wenn Sie eine der in diesem Abschnitt genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur

Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

(5) Karenzzeit

Die Absätze 1 bis 4 gelten auch, wenn Sie eine Karenzzeit (siehe Ziffer 1.1 Absatz 2 a)) vereinbart haben. Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert und eine Karenzzeit nach Ziffer 1.1 Absatz 2 a) vereinbart haben (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2), gelten die Absätze 1 bis 4 ebenfalls.

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

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

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

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

(2) Karenzzeit

Die Pflicht nach Absatz 1 besteht auch, wenn Sie eine Karenzzeit (siehe Ziffer 1.1 Absatz 2 a)) vereinbart haben. Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert und eine Karenzzeit nach Ziffer 1.1 Absatz 2 a) vereinbart haben (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2), besteht die Pflicht nach Absatz 1 ebenfalls.

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

(1) Nachprüfung unserer Leistungspflicht

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

- die →**versicherte Person** weiterhin berufsunfähig ist und wenn ja, zu welchem Grad;
- die →**versicherte Person** eine andere Tätigkeit im Sinne von Ziffer 1.7 Absatz 1 a) ausübt; dabei können neu erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten berücksichtigt werden;
- die →**versicherte Person** weiterhin pflegebedürftig ist, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

(2) Auskunfts- und Mitwirkungsobliegenheiten

Um die aktuelle Situation nachprüfen zu können,

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

Hierbei eventuell entstehende Kosten müssen wir tragen.

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

(3) Wegfall unserer Leistungspflicht

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

Zu dem Zeitpunkt, ab dem unsere Leistungspflicht entfällt, müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen, wenn die Beitragszahlungsdauer nicht abgelaufen ist. Wenn eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Regelungen bereits vor Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit (siehe Ziffer 1.1 Absatz 2 a)) endet, so wird keine Berufsunfähigkeitsrente gezahlt. Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflege-

zusatzrente versichert haben und eine Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Regelungen bereits vor Ablauf einer nach Ziffer 1.1 Absatz 2 a) vereinbarten Karenzzeit (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2) endet, so wird keine Pflegezusatzrente gezahlt.

6.4 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht

Wenn Sie, die **→versicherte Person** oder die Person, die den Anspruch auf Leistungen erhebt, eine der Obliegenheiten nach Ziffer 6.2 und Ziffer 6.3 verletzt haben, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Hierauf können wir uns jedoch nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Im Einzelnen gilt:

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

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

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

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

(2) Spätere Erfüllung der Obliegenheit

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

6.5 Welche weiteren Unterlagen können wir verlangen?

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

7. Erklärung über unsere Leistungspflicht

Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

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

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

Auf die Möglichkeit eines befristeten Anerkenntnisses verzichten wir ausdrücklich.

8. Kosten Ihres Vertrags

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

Inhalt dieses Abschnitts:

8.1 Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert?

8.2 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

8.1 Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert?

(1) Abschluss- und Vertriebskosten

Mit Ihrem Vertrag sind Abschluss- und Vertriebskosten (**→Kosten**) verbunden. Diese sind von Ihnen zu tragen. Wir haben die Abschluss- und Vertriebskosten (**→Kosten**) in Ihren Beitrag einkalkuliert, sie müssen daher nicht gesondert gezahlt werden.

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

a) Kosten bei den bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträgen

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

Die Abschluss- und Vertriebskosten (**→Kosten**) verteilen wir

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

b) Kosten bei Erhöhungen der Summe der vereinbarten Beiträge

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

- Wenn sich Leistungen während der Vertragsdauer durch Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente (siehe Ziffer 11.1) oder
 - beim dynamischen Zuwachs
- verteilen wir die Abschluss- und Vertriebskosten (**→Kosten**) in Höhe eines Prozentsatzes der Differenz zwischen alter und neuer Beitragssumme ab dem Erhöhungstermin wie in Absatz a) Satz 2 beschrieben.

(2) Übrige Kosten

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

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

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

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

Wenn sich die Leistungen während der Vertragsdauer durch die Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente (siehe Ziffer 11.1), gilt der vorherige Satz für die zusätzlichen Beiträge sowie die sich daraus ergebenden erhöhten Leistungen entsprechend.

b) Verwaltungskosten bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Pflegezusatzrenten

Wenn wir Berufsunfähigkeitsrenten erbringen, belasten wir Ihren Vertrag mit Verwaltungskosten (**→Kosten**) in Form eines jährlichen Prozentsatzes des **→Deckungskapitals** der Berufsunfähigkeitsvorsorge der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice inklusive zusätzlicher Berufsunfähigkeitsrenten (nach Ziffer 2.2.3 Absätze 1 b), 2 b), 3 b) und 4 b), jeweils Unterabsatz cc)).

Wenn wir Leistungen aus dem Baustein Pflegezusatzrente erbringen, belasten wir Ihren Vertrag mit Verwaltungskosten (**→Kosten**)

in Form eines jährlichen Prozentsatzes der gezahlten Leistungen des Bausteins Pflegezusatzrente.

Wenn sich die Leistungen während der Vertragsdauer durch die Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente (siehe Ziffer 11.1), gelten die beiden vorherigen Sätze für die zusätzlichen Beiträge sowie die sich daraus ergebenden erhöhten Leistungen entsprechend.

c) **Zusätzliche Verwaltungskosten, die auf einen vereinbarten Ansammlungsbonus entfallen**

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, belasten wir Ihren Vertrag während der Vertragsdauer zusätzlich mit Verwaltungskosten (**→Kosten**) in Form eines jährlichen Prozentsatzes des **→Deckungskapitals** des Ansammlungsbonus.

d) **Zusätzliche Verwaltungskosten, die bei einer vereinbarten Fondsanlage auf den Fondswert entfallen**

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile eine Fondsanlage vereinbart haben, belasten wir Ihren Vertrag während der Vertragsdauer zusätzlich mit Verwaltungskosten (**→Kosten**) in Form eines jährlichen Prozentsatzes des **→Fondswerts**.

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

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

(3) **Höhe der Kosten**

Informationen zur Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten und der übrigen Kosten (**→Kosten**) können Sie Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Kosten fallen an?" entnehmen.

(4) **Besonderheiten bei einer vereinbarten Fondsanlage für den Verkauf von Anteileinheiten, die auf Ihre Versicherung entfallen**

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile eine Fondsanlage vereinbart haben, werden beim Verkauf von Anteileinheiten nach Ziffer 8.1 Absatz 2 d) die Anteileinheiten der einzelnen Fonds im selben Verhältnis verkauft, in dem sich der **→Fondswert** Ihrer Versicherung auf die Fonds aufteilt. Maßgeblich für den Verkauf von Anteileinheiten ist der **→Anteilswert** des 1. **→Bankarbeitstags** eines jeden Monats.

8.2 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

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

9. Beitragsfreistellung

Inhalt dieses Abschnitts:

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

9.1 Wie kann Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt werden?

(1) **Voraussetzungen**

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

(2) **Mindestversicherungsleistung**

Wenn die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente nach den Absätzen 3 und 4 zum Zeitpunkt der beabsichtigten Beitragsfreistellung jährlich mindestens 200 EUR beträgt, wird die garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach Absatz 3 herabgesetzt. Wenn diese Mindestversicherungsleistung nicht erreicht wird, erlischt die Versicherung.

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus oder eine Fondsanlage vereinbart haben, zahlen wir in diesem Fall, soweit vorhanden, den Ansammlungsbonus bzw. den **→Fondswert** aus.

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

(3) **Auswirkungen**

Wenn Sie eine Beitragsfreistellung verlangen, setzen wir die garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab. Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, setzen wir die garantierte Pflegezusatzrente ebenfalls nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab. Dabei legen wir das **→Deckungskapital** zugrunde, das zum Beitragsfreistellungstermin nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet wird, wobei wir von der Verrechnung negativer Deckungskapitalien absehen. Das **→Deckungskapital** hat bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung mindestens den Wert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten (**→Kosten**) auf die ersten 5 Versicherungsjahre, höchstens jedoch auf die Beitragszahlungsdauer, ergibt.

Nach der Beitragsfreistellung finanzieren wir, wenn die **→versicherte Person** nicht berufsunfähig ist, mit den für Ihre Versicherung festgelegten Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine Überschussrente (siehe Ziffer 2.2.3 Absätze 1 b), 2 b), 3 b) und 4 b), jeweils Unterabsatz bb)).

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus oder eine Fondsanlage vereinbart haben, wird Ihre Versicherung weiterhin an den Zinsüberschüssen des Ansammlungsbonus (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 3 b), Unterabsatz ee)) bzw. an den fondsabhängigen Überschussanteilen (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 4 b), Unterabsatz ee)) beteiligt.

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

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

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

(4) Vereinbarung eines Abzugs

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass wir von dem nach Absatz 3 ermittelten Betrag einen Abzug vornehmen.

Die Höhe und die Gründe für diesen Abzug sind in Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Garantieleistungen ergeben sich bei Beitragsfreistellung bis zum Ende der Versicherungsdauer?" festgelegt.

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Die Angemessenheit müssen wir im Streitfall darlegen und beweisen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht oder nur in geringerer Höhe angemessen ist, entfällt der Abzug oder wir setzen ihn - im letzteren Fall - entsprechend herab.

(5) Fortbestehen von Leistungsansprüchen

Ansprüche aus dieser Versicherung, die auf bereits vor der Beitragsfreistellung der Versicherung eingetretener Berufsunfähigkeit nach Ziffer 1.1 bzw. Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 1.4 beruhen, bestehen nach der Beitragsfreistellung der Versicherung fort.

9.2 Welche Nachteile kann eine Beitragsfreistellung haben?

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann für Sie Nachteile haben. Der für die Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehende Betrag erreicht während der Versicherungsdauer nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten (→ **Kosten**) nach Ziffer 8.1 und eine Risikodeckung finanziert werden müssen. Nähere Informationen zur Höhe der Garantieleistungen bei Beitragsfreistellung während der Vertragsdauer können Sie Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Garantieleistungen ergeben sich bei Beitragsfreistellung bis zum Ende der Versicherungsdauer?" entnehmen.

9.3 Wie kann nach einer Beitragsfreistellung der Versicherungsschutz wiederhergestellt werden, der zuvor bestanden hat?**(1) 6-Monats-Frist für die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung**

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

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

- berufsunfähig oder
- pflegebedürftig ist oder
- Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.2 oder
- Leistungen wegen Krebs nach Ziffer 1.3 erhält.

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

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

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

aufgeteilt, muss die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes jeweils innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung eines Abschnittes erfolgen. Nach Ablauf dieser Fristen ist eine Wiederaufnahme der Beitragszahlung nicht mehr möglich.

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

(3) Möglichkeiten zur Wiederherstellung des Versicherungsschutzes

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

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

Stattdessen können Sie ohne eine vollständige Wiederherstellung des Versicherungsschutzes, der vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, auch nur die Beitragszahlung wieder aufnehmen.

Wir berechnen die neuen Beiträge oder die neuen Garantieleistungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen nach Ziffer 1.10 Absatz 1. Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

10. Kündigung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 10.1 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?**
- 10.2 Wie wirkt sich eine Kündigung Ihrer Versicherung aus?**
- 10.3 Wann können Sie Ihren ergänzend versicherten Baustein Pflegezusatzrente separat kündigen?**

10.1 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

Sie können Ihre Versicherung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) wie folgt kündigen:

- Versicherungen mit laufender Beitragszahlung und mit vereinbarter Überschussverwendung Verrechnung oder Überschussrente oder Ansammlungsbonus jederzeit zum Ende der laufenden Versicherungsperiode,
- Versicherungen mit laufender Beitragszahlung und mit vereinbarter Überschussverwendung Fondsanlage jederzeit zum Ende des laufenden Monats und
- beitragsfreie Versicherungen jederzeit zum Ende des laufenden Monats.

10.2 Wie wirkt sich eine Kündigung Ihrer Versicherung aus?

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

(1) Berufsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Kündigung

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

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und die → **versicherte Person** zum Zeitpunkt der Kündigung pflegebedürftig ist, bleiben Ansprüche aus dem Baustein Pflegezusatzrente aufgrund einer bereits vor Kündigung eingetretenen Pflegebedürftigkeit bestehen. Eine laufende Pflegezusatzrente (siehe Ziffer 1.4) wird bei Kündigung weitergezahlt. Wenn die

→**versicherte Person** zum Zeitpunkt der Kündigung nicht pflegebedürftig ist, erlischt der Baustein Pflegezusatzrente.

(2) **Keine Berufsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Kündigung**
Die Versicherung erlischt, wenn die →**versicherte Person** zum Zeitpunkt der Kündigung nicht berufsunfähig ist.

(3) Folgen der Kündigung

Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus oder eine Fondsanlage vereinbart haben, zahlen wir im Falle einer Kündigung - soweit vorhanden - den nach den Absätzen 4 bis 6 errechneten Betrag.

(4) Auszahlung des Ansammlungsbonus bzw. des Fondswerts

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, zahlen wir zum Kündigungstermin das →**Deckungskapital** des Ansammlungsbonus aus.

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile eine Fondsanlage vereinbart haben, zahlen wir zum Kündigungstermin den →**Fondswert** aus. Stichtag für die Ermittlung des →**Fondswerts** ist der fünftletzte →**Bankarbeitstag** vor dem Kündigungstermin. Geht die Kündigungserklärung nach dem fünftletzten →**Bankarbeitstag** bei uns ein, rechnen wir die Anteilseinheiten mit dem →**Anteilswert**, der bei Eingang Ihrer Kündigungserklärung vorhanden ist, ab. Überzahlte Beiträge, zum Beispiel bei jährlicher Beitragszahlung, werden zurückerstattet.

(5) Schlussüberschussanteil

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, kann zu dem Betrag nach Absatz 4 ein Schlussüberschussanteil hinzukommen (siehe Ziffer 2.2.4).

(6) Bewertungsreserven

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, kann sich der Betrag nach Absatz 4 gegebenenfalls um die Ihrer Versicherung zugeteilten →**Bewertungsreserven** erhöhen (siehe Ziffer 2.3).

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

Wenn Sie für Ihre Versicherung laufende Beiträge zahlen, können Sie Ihren Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, zum Ende einer Versicherungsperiode in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) separat kündigen.

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

11. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

Hier finden Sie zahlreiche Gestaltungsmöglichkeiten Ihrer Versicherung. Sie sind an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Wenn Sie eine Gestaltungsmöglichkeit ausüben, kann sich dies auf die Höhe der Versicherungsleistungen auswirken. Ziffer 11.13 gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile eine Fondsanlage vereinbart haben. Die Ziffern 11.14 bis 11.16 gelten nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus oder eine Fondsanlage vereinbart haben.

Inhalt dieses Abschnitts:

11.1 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?

- 11.2 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen?
- 11.3 Wann können Sie die vereinbarte Versicherungsdauer Ihrer Versicherung verlängern?
- 11.4 Wann können Sie Ihren Baustein Pflegezusatzrente während der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln?
- 11.5 Wann können Sie Ihre Versicherung zum Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln?
- 11.6 Wann können Sie Ihre Versicherung in eine Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice umwandeln?
- 11.7 Wann können Sie Ihre Versicherung in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice umwandeln?
- 11.8 Wann können Sie verlangen, dass wir die Ergebnisse der Risikoprüfung Ihrer Versicherung für eine neue Basisrente der versicherten Person einschließlich Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge übernehmen?
- 11.9 Wann können Sie verlangen, dass wir die Ergebnisse der Risikoprüfung Ihrer Versicherung für eine neue Basisrente der versicherten Person einschließlich Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung übernehmen?
- 11.10 Wann können Sie die Beitragszahlung aussetzen?
- 11.11 Wann können Sie die Beitragszahlung herabsetzen?
- 11.12 Wann kann Ihre Versicherung befristet beitragsfrei gestellt werden?
- 11.13 Wann können Sie auf die Versicherung entfallende Anteilseinheiten auf ein persönliches Depot übertragen?
- 11.14 Wie können Sie mit den in den Anteilseinheiten angelegten Überschussanteilen bzw. dem Ansammlungsbonus Ihre Berufsunfähigkeitsrente erhöhen?
- 11.15 Wann können Sie aus Ihrer Versicherung ein Kapital entnehmen?
- 11.16 Wann können Sie die Beiträge aus den in den Anteilseinheiten angelegten Überschussanteilen bzw. aus dem Ansammlungsbonus finanzieren?

11.1 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?

(1) Anlassunabhängige Erhöhung Ihrer Berufsunfähigkeitsrente

Sie können verlangen, dass Ihre vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn ohne erneute Risikoprüfung erhöht wird. Wenn die →**versicherte Person** bei Versicherungsbeginn →**rechnungsmäßig** jünger als 15 Jahre alt war, können Sie die Erhöhung bis zum rechnermäßigen Alter von 20 Jahren der versicherten Person verlangen. Eine Erhöhung ist nicht möglich, wenn

- die →**versicherte Person** in dem dem Erhöhungstermin vorangegangenen Jahr länger als 14 Kalendertage durchgehend außerstande war, ihre Berufstätigkeit auszuüben, oder
- Ihre Versicherung ohne Risikoprüfung oder mit vereinfachter Risikoprüfung zustande gekommen ist oder
- Ihre Versicherung aufgrund der Erhöhung einer anderen Versicherung oder durch Umwandlung oder Ersetzung einer anderen Versicherung ohne erneute Risikoprüfung zustande gekommen ist.

(2) Anlassabhängige Erhöhung Ihrer Berufsunfähigkeitsrente

Sie können Ihre vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Risikoprüfung bei den nachfolgend genannten Anlässen erhöhen, wenn Sie die Erhöhung innerhalb von 12 Monaten seit Eintritt des Anlasses verlangen. Die Anlässe müssen während der Versicherungsdauer eingetreten sein.

- a) Geburt eines Kindes der →**versicherten Person** oder die Adoption eines Minderjährigen durch die versicherte Person;
- b) Erreichen der Volljährigkeit der versicherten Person;

c) Aufnahme eines Studiums oder einer Ausbildung durch die versicherte Person;

d) Beendigung der Berufsausbildung oder Start in das Berufsleben der versicherten Person;

e) Abschluss einer staatlich anerkannten akademischen Weiterqualifizierung (Bachelor, Master, Diplom, Magister, Staatsexamen oder Promotion) durch die versicherte Person;

f) Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit der versicherten Person, wenn die selbstständige Tätigkeit die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert;

g) Aufnahme eines Darlehens der versicherten Person zur Finanzierung einer Immobilie, die mindestens einen Wert von 100.000 EUR hat;

h) Heirat der versicherten Person;

i) Ehescheidung bzw. Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person, sofern diese nicht in eine Ehe umgewandelt wird;

j) Tod des Ehepartners bzw. eingetragenen Lebenspartners der versicherten Person;

k) Erhöhung des Einkommens der versicherten Person unter folgenden Voraussetzungen:

- Wenn die →**versicherte Person** Arbeitnehmer ist, muss das jährliche Bruttoarbeitsentgelt (ohne variable Gehaltsbestandteile) im Vergleich zum vorangegangenen Kalenderjahr um mindestens 10 Prozent erhöht sein.
- Wenn die →**versicherte Person** eine selbstständige Tätigkeit ausübt, muss ihr hierdurch erzielter Gewinn vor Steuern in 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren jeweils um 10 Prozent höher sein als ihr Gewinn vor Steuern, den sie in dem Kalenderjahr vor dem 3-Jahres-Zeitraum erzielt hat.

l) Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen Weiterqualifizierung zum Fach-/Betriebswirt oder zum Techniker oder einer Meisterprüfung durch die →**versicherte Person**;

m) Die versicherte Person erhält Prokura;

n) Das Bruttoarbeitsentgelt der versicherten Person überschreitet erstmals die am Beschäftigungsort der versicherten Person geltende Beitragsbemessungsgrenze in der Deutschen Rentenversicherung;

o) Ende der Pflichtmitgliedschaft der versicherten Person in einem berufsständischen Versorgungswerk;

p) Wegfall eines Vertrags auf betriebliche Altersversorgung, aufgrund dessen die versicherte Person verfallbare Versorgungsansprüche hatte, unter folgender Voraussetzung:
Die →**versicherte Person** befindet sich in einem neuen, ungekündigten Arbeitsverhältnis oder hat eine selbstständige berufliche Tätigkeit aufgenommen, die die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert.

q) Beitragsfreistellung eines Vertrags auf betriebliche Altersversorgung, aufgrund dessen der →**versicherten Person** verfallbare oder unverfallbare Versorgungsansprüche zustehen, unter folgenden Voraussetzungen:

- Die →**versicherte Person** führt den Vertrag auf betriebliche Altersversorgung nicht als Privatvertrag mit eigenen Beiträgen fort.
- Die →**versicherte Person** befindet sich in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis oder hat eine selbstständige berufliche Tätigkeit aufgenommen, die die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert.

Wir können verlangen, dass Sie uns die Anlässe nachweisen.

(3) Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente bei Aufnahme einer Berufstätigkeit nach Abschluss eines Studiums

Wenn die →**versicherte Person** nach Abschluss eines Studiums einen Beruf aufnimmt, kann die versicherte Berufsunfähigkeitsrente

ohne erneute Risikoprüfung um 100 Prozent, maximal auf 30.000 EUR jährlich, erhöht werden. Die Erhöhung können Sie innerhalb von 12 Monaten seit Aufnahme der beruflichen Tätigkeit verlangen.

(4) Weitere Voraussetzungen

Darüber hinaus gilt für eine Erhöhung:

- Die →**versicherte Person** darf bei einer Erhöhung nach Absatz 1 →**rechnungsmäßig** höchstens 40 Jahre alt sein.
- Die →**versicherte Person** darf bei einer Erhöhung nach Absatz 2 →**rechnungsmäßig** höchstens 50 Jahre alt sein.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Die →**versicherte Person** darf zum Zeitpunkt der Erhöhung nicht berufsunfähig sein und es werden auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.2 oder Leistungen wegen Krebs nach Ziffer 1.3 erbracht.
- Seit Vertragsschluss wurden keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.2 oder Leistungen wegen Krebs nach Ziffer 1.3 erbracht.

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

(5) Grenzen

Für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente nach den Absätzen 1 und 2 ohne erneute Risikoprüfung gelten folgende Grenzen:

- Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente muss sich um mindestens 600 EUR erhöhen.
- Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente darf sich um höchstens 6.000 EUR erhöhen.
- Mehrere Erhöhungen dürfen für alle für die →**versicherte Person** bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten insgesamt 18.000 EUR jährliche Rente nicht überschreiten. Ausgenommen von dieser Grenze ist die Erhöhung nach Absatz 3.
- Alle für die →**versicherte Person** bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten müssen insgesamt in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Bei einem Bruttoarbeitsentgelt bis 60.000 EUR jährlich dürfen die Renten insgesamt nicht mehr als 70 Prozent ihres Bruttoarbeitsentgelts betragen; bei einem höheren Bruttoarbeitsentgelt der →**versicherten Person** dürfen sämtliche bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten insgesamt die Summe von 70 Prozent von 60.000 EUR zuzüglich 50 Prozent von dem 60.000 EUR übersteigenden Teil des Bruttoarbeitsentgelts nicht überschreiten. Als Bruttoarbeitsentgelt gilt dabei das durchschnittliche Bruttoarbeitsentgelt der letzten 3 Jahre.

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

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

(7) Auswirkungen

Auch für die erhöhte Berufsunfähigkeitsrente bzw. Pflegezusatzrente gelten die Abänderungen und die weiteren besonderen Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes, die im Versicherungsschein dokumentiert sind. Soweit dort nichts anderes geregelt ist, gelten für die Berechnung der erhöhten Berufsunfähigkeits- und Pflegezusatzrente die Regelungen nach Ziffer 1.10 Absatz 2. Bisher angesetzte Beitragszuschläge können wir entsprechend erheben.

Wenn Sie oder die →**versicherte Person** uns bei Antragstellung zu Ihrer Versicherung unzutreffende Angaben über die Risikoverhältnisse der versicherten Person gemacht haben (Anzeigepflichtverletzung), gelten die Regelungen nach Teil B Ziffer 1 auch für den erhöhten Teil der Berufsunfähigkeitsrente und den erhöhten Teil der Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

11.2 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen?

Die Höhe des zu zahlenden Beitrags ist auch abhängig von dem bei Abschluss des Vertrags ausgeübten Beruf der **→versicherten Person**. Wenn die **→versicherte Person** ihren Beruf wechselt, können Sie prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der zu zahlende Beitrag reduziert. Dies gilt auch, wenn die **→versicherte Person**

- von einem Beruf in ein Studium wechselt oder
- das Studium wechselt oder
- von einem Studium in einen Beruf wechselt oder
- Schüler ist und die Schulform wechselt oder
- Schüler ist und in die Klassenstufe 11 versetzt wird oder
- Schüler war und ein Studium, eine Ausbildung oder eine Berufstätigkeit aufnimmt.

(1) Voraussetzungen

- Sie teilen uns den neuen Beruf, die Aufnahme eines Studiums oder den Wechsel des Studiums der **→versicherten Person** bzw. bei einem Schüler den Wechsel der Schulform, die Versetzung in die Klassenstufe 11 oder die Aufnahme eines Studiums, einer Ausbildung oder einer Berufstätigkeit in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) mit.
- Die **→versicherte Person** übt den neuen Beruf oder das neue Studium seit mindestens 6 Monaten aus. Diese Voraussetzung muss nicht erfüllt sein, wenn die **→versicherte Person** vor dem Wechsel Schüler oder Student war.

Wir können die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten Risikoprüfung abhängig machen. Wir nehmen jedoch in folgenden Fällen keine erneute Risikoprüfung vor:

- Wechsel des Berufs innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn, wenn die **→versicherte Person** das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, oder
- Wechsel des Berufs innerhalb der ersten 10 Jahre nach Versicherungsbeginn, wenn die **→versicherte Person** bei Vertragsabschluss das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte und vor dem Wechsel Schüler, Student oder Auszubildender war.

(2) Auswirkungen

Sofern unsere Prüfung ergibt, dass der Berufswechsel, die Aufnahme eines Studiums oder der Wechsel des Studiums bzw. bei einem Schüler der Wechsel der Schulform, die Versetzung in die Klassenstufe 11 oder die Aufnahme eines Studiums, einer Ausbildung oder einer Berufstätigkeit zu einer Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den für die verbleibende Versicherungsdauer zu zahlenden Beitrag nach den Rechnungsgrundlagen, die wir bei Vertragsschluss zugrunde gelegt haben. Sie zahlen dann künftig den niedrigeren Beitrag. Ansonsten führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag weiter. Über das Ergebnis unserer Prüfung werden wir Sie informieren.

Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben vereinbarte Zuschläge und/oder Ausschlüsse unverändert bestehen.

11.3 Wann können Sie die vereinbarte Versicherungsdauer Ihrer Versicherung verlängern?

Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder einem berufsständischen Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufs, in dem die **→versicherte Person** Mitglied ist, erhöht wird, können Sie verlangen, dass die Versicherungsdauer Ihrer Versicherung ohne erneute Risikoprüfung um die Zeitspanne verlängert wird, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde. Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlängert sich auch die vereinbarte Leistungsdauer entsprechend.

(1) Voraussetzungen

- Sie verlangen die Verlängerung der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder einem berufsständi-

chen Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufs, in dem die **→versicherte Person** Mitglied ist.

- Die **→versicherte Person** darf bei der Verlängerung der Versicherungsdauer höchstens 50 Jahre alt sein.
- Bei Ihrer Versicherung ist die Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Die **→versicherte Person** hat noch keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge bzw. Leistungen wegen Krankenschreibung nach Ziffer 1.2 oder Leistungen wegen Krebs nach Ziffer 1.3 erhalten.

(2) Auswirkungen

Ihre Leistungen bei Berufsunfähigkeit bleiben unverändert bestehen. Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, verlängert sich auch die Versicherungsdauer der Pflegezusatzrente entsprechend. Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bezogen auf die neue Versicherungsdauer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu fest. Dabei können wir auch andere als bei Vertragsabschluss verwendete Rechnungsgrundlagen nach Ziffer 1.10 Absatz 2 zugrunde legen.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

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

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

(1) Voraussetzungen

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

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

(2) Grenzen

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

(3) Auswirkungen

- Ihre Leistungen bei Berufsunfähigkeit bleiben unverändert bestehen. Ihr ergänzend versicherter Baustein Pflegezusatzrente erlischt. Der Beitrag für Ihren Baustein Pflegezusatzrente entfällt.
- Wenn Sie oder die **→versicherte Person** uns bei Antragstellung zu Ihrem ergänzend abgeschlossenen Baustein Pflegezusatzrente unzutreffende Angaben über die Risikoverhältnisse

der versicherten Person gemacht haben (Anzeigepflichtverletzung), gelten die Regelungen nach Teil B Ziffer 1 auch für die neue selbstständige Pflegeversicherung.

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

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

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

(1) Voraussetzungen

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

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

(2) Grenzen

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

(3) Auswirkungen

- Wenn Sie oder die **→versicherte Person** uns bei Antragstellung zu Ihrer bestehenden Versicherung unzutreffende Angaben über die Risikoverhältnisse der versicherten Person gemacht haben (Anzeigepflichtverletzung), gelten die Regelungen nach Teil B Ziffer 1 auch für die neue selbstständige Pflegeversicherung.
- Für Ihre selbstständige Pflegeversicherung gelten die Versicherungsbedingungen und Rechnungsgrundlagen, die zum Zeitpunkt der Umwandlung für den Neuabschluss einer selbstständigen Pflegeversicherung vorgesehen sind.
- Wir berechnen den Beitrag bzw. die Leistungen für Ihre selbstständige Pflegeversicherung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Der Beitrag kann sich erhöhen.

11.6 Wann können Sie Ihre Versicherung in eine Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice umwandeln?

Sie können verlangen, dass Ihre Versicherung in eine Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice mit einer Berufsunfähigkeitsrente in gleicher Höhe umgewandelt wird. Dies gilt jedoch nicht, wenn Sie für

die Verwendung der Überschussanteile eine Fondsanlage vereinbart haben.

(1) Voraussetzungen

- Sie haben bei uns eine Versicherung zur Alters- oder Hinterbliebenenvorsorge mit laufender Beitragszahlung abgeschlossen, deren Versicherungsdauer mit der restlichen Versicherungs- und Leistungsdauer Ihrer bestehenden Versicherung übereinstimmt.
- Bei der bei uns abgeschlossenen Versicherung zur Alters- oder Hinterbliebenenvorsorge handelt es sich nicht um eine Sofort-Rente, VermögensPolice, PrivatFinancePolice, AusbildungsPolice, VL-Lebensversicherung, RisikoLebensversicherung mit Beitragsbonus oder um einen Bestattungsschutzbrief.
- Sie haben zu der bei uns abgeschlossenen Versicherung zur Alters- oder Hinterbliebenenvorsorge keinen Baustein Berufsunfähigkeitsrente oder Baustein Berufs- oder Dienstunfähigkeitsrente abgeschlossen.
- Die vereinbarte jährliche Berufsunfähigkeitsrente beträgt
 - höchstens 150 Prozent der Summe der für die Vertragslaufzeit vereinbarten Beiträge zur Altersvorsorge einschließlich gegebenenfalls abgeschlossener Bausteine zur Hinterbliebenenvorsorge (ohne vereinbarte Beiträge für einen gegebenenfalls eingeschlossenen Baustein Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit oder Beitragsbefreiung bei Berufs- oder Dienstunfähigkeit) bzw.
 - höchstens 35 Prozent des Garantiekapitals bei Tod bei einer Risikolebensversicherung.
- Die Versicherungs- und Leistungsdauer der Ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice muss mit der restlichen Versicherungs- und Leistungsdauer Ihrer bestehenden Versicherung übereinstimmen.
- Die Umwandlung können Sie nur während der Versicherungsdauer Ihrer bestehenden Versicherung verlangen.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Die **→versicherte Person** darf zum Zeitpunkt der Umwandlung weder im Sinne dieser Versicherungsbedingungen noch im Sinne der Versicherungsbedingungen der neuen Ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice berufsunfähig sein und es werden auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.2 oder Leistungen wegen Krebs nach Ziffer 1.3 erbracht.

(2) Zeitpunkt der Umstellung

Die Umstellung der Versicherung erfolgt zum Versicherungsbeginn, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, zu dem der nächste Beitrag Ihrer Versicherung fällig wäre.

(3) Auswirkungen

- Die Beiträge für die Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice können sich gegenüber Ihrer bestehenden Versicherung ändern und sind unter anderem abhängig vom Eintrittsalter zum Zeitpunkt der Umstellung und der Höhe der Berufsunfähigkeitsrente.
- Die Beiträge für die Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen festgelegt. Es gelten hierfür die Regelungen der Ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Leistungserhöhungen und in anderen Fällen". Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.
- Wenn Sie oder die **→versicherte Person** uns bei Antragstellung zu Ihrer bestehenden Versicherung unzutreffende Angaben über die Risikoverhältnisse der versicherten Person gemacht haben (Anzeigepflichtverletzung), gelten die Regelungen nach Teil B Ziffer 1 auch für die neue Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice.
- Nach der Umstellung der Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen für die Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice.
- Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, wird dieser bei Umwandlung in eine Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice weitergeführt.

11.7 Wann können Sie Ihre Versicherung in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice umwandeln?

Wenn die →**versicherte Person** während der Versicherungsdauer in ein Beamtenverhältnis wechselt, können Sie Ihre Versicherung innerhalb von 12 Monaten nach dem Wechsel ohne Risikoprüfung in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice umwandeln. Nach Ablauf von 12 Monaten nehmen wir vor dem Umwandeln eine Risikoprüfung vor. In jedem Fall müssen Sie uns jedoch Angaben zu der zum Umwandlungszeitpunkt ausgeübten beruflichen Tätigkeit der →**versicherten Person** machen.

Wenn Sie Ihre Versicherung durch eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice ersetzen, können Sie für die Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice auch Teil-Dienstunfähigkeit versichern.

(1) Voraussetzungen

- Die Versicherungs- und Leistungsdauer der Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice darf höchstens so lang sein wie die restliche Versicherungs- und Leistungsdauer Ihrer bestehenden Versicherung. Für die Versicherungs- und Leistungsdauer der Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice gilt die zeitliche Höchstgrenze für den zum Umwandlungszeitpunkt von der →**versicherten Person** ausgeübten Beruf, die wir bei neu abzuschließenden Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolicen verwenden.
- Die Umwandlung können Sie nur während der Versicherungsdauer Ihrer bestehenden Versicherung verlangen.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Die →**versicherte Person** darf zum Zeitpunkt der Umwandlung weder im Sinne dieser Versicherungsbedingungen noch im Sinne der Versicherungsbedingungen der neuen Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice berufs- oder dienstunfähig sein und es werden auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.2 oder Leistungen wegen Krebs nach Ziffer 1.3 erbracht.

(2) Grenzen

Die dann vereinbarte monatliche Berufs- oder Dienstunfähigkeitsrente der Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice darf maximal der zuletzt vereinbarten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente Ihrer bestehenden Versicherung entsprechen.

(3) Auswirkungen

- Die Beiträge der Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice können sich gegenüber Ihrer bestehenden Versicherung ändern und sind unter anderem abhängig vom Eintrittsalter zum Zeitpunkt der Umstellung und der Höhe der Berufs- oder Dienstunfähigkeitsrente.
- Die Beiträge für die Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen festgelegt. Es gelten hierfür die Regelungen der Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Leistungserhöhungen und in anderen Fällen". Die für Ihre bestehende Versicherung angesetzten Beitragszuschläge können entsprechend für die Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice erhoben werden.
- Wenn Sie oder die →**versicherte Person** uns bei Antragstellung zu Ihrer bestehenden Versicherung unzutreffende Angaben über die Risikoverhältnisse der versicherten Person gemacht haben (Anzeigepflichtverletzung), gelten die Regelungen nach Teil B Ziffer 1 auch für die neue Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice.
- Nach der Umstellung der Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen für die Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice.
- Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, erlischt dieser bei einer Umwandlung in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

11.8 Wann können Sie verlangen, dass wir die Ergebnisse der Risikoprüfung Ihrer Versicherung für eine neue BasisRente der versicherten Person einschließlich Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge übernehmen?

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

(1) Voraussetzungen

- Es handelt sich bei der neuen BasisRente nicht um eine BasisRente StartUp KomfortDynamik, StartUp InvestFlex oder StartUp InvestFlex mit Garantie.
- Ihre bestehende Versicherung wird vor Abschluss der neuen BasisRente gekündigt.
- Die Versicherungs- und Leistungsdauer der neuen Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge zur BasisRente stimmt mit der restlichen Versicherungs- und Leistungsdauer Ihrer bestehenden Versicherung überein.
- Die →**versicherte Person** darf bei Abschluss der neuen BasisRente →**rechnungsmäßig** höchstens 45 Jahre alt sein.
- Ihre bestehende Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Die →**versicherte Person** darf bei Abschluss der neuen BasisRente nicht berufsunfähig sein und es werden auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.2 oder Leistungen wegen Krebs nach Ziffer 1.3 erbracht.
- Zur neuen BasisRente sind außer den Bausteinen Berufsunfähigkeitsvorsorge keine weiteren Bausteine abgeschlossen.

(2) Grenzen

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

(3) Auswirkungen

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

11.9 Wann können Sie verlangen, dass wir die Ergebnisse der Risikoprüfung Ihrer Versicherung für eine neue BasisRente der versicherten Person einschließlich Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung übernehmen?

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

Dienstunfähigkeitsabsicherung auch Teil-Dienstunfähigkeit versichern.

(1) Voraussetzungen

- Die neue BasisRente einschließlich Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung wird innerhalb von 12 Monaten nach dem Wechsel der → **versicherten Person** während der Versicherungsdauer in ein Beamtenverhältnis abgeschlossen.
- Sie müssen uns Angaben zu der zum Umwandlungszeitpunkt ausgeübten beruflichen Tätigkeit der → **versicherten Person** machen.
- Es handelt sich bei der neuen BasisRente nicht um eine BasisRente StartUp KomfortDynamik, StartUp InvestFlex oder Start-Up InvestFlex mit Garantie.
- Ihre bestehende Versicherung wird vor Abschluss der neuen BasisRente gekündigt.
- Die Versicherungs- und Leistungsdauer der neuen Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung zur BasisRente darf höchstens so lang sein wie die restliche Versicherungs- und Leistungsdauer Ihrer bestehenden Versicherung. Für die Versicherungs- und Leistungsdauer der Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung gilt die zeitliche Höchstgrenze für den zum Umwandlungszeitpunkt von der → **versicherten Person** ausgeübten Beruf, die wir bei neu abzuschließenden Bausteinen Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung verwenden.
- Die → **versicherte Person** darf bei Abschluss der neuen BasisRente → **rechnungsmäßig** höchstens 45 Jahre alt sein.
- Ihre bestehende Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Die → **versicherte Person** darf bei Abschluss der neuen BasisRente nicht berufs- oder dienstunfähig sein und es werden auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.2 oder Leistungen wegen Krebs nach Ziffer 1.3 erbracht.
- Zur neuen BasisRente sind außer den Bausteinen Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung keine weiteren Bausteine abgeschlossen.

(2) Grenzen

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

(3) Auswirkungen

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

11.10 Wann können Sie die Beitragszahlung aussetzen?

(1) Stundung der Beitragszahlung

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

Sie arbeitslos oder in Elternzeit sind oder sich in Kurzarbeit befinden.

Der Versicherungsschutz bleibt während der Stundung in vollem Umfang bestehen. Nach Ablauf des Zeitraums der Stundung wird Ihre Versicherung beitragspflichtig fortgeführt.

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

(2) Nachweise

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

(3) Nachzahlung der gestundeten Beiträge

Wenn der Stundungszeitraum abgelaufen ist, müssen Sie die in diesem Zeitraum gestundeten Beiträge in einem Betrag oder verteilt auf höchstens 48 Monate nachzahlen. Wenn Sie Ihre Versicherung während des Stundungszeitraums kündigen, müssen Sie die bis zum Eingang der Kündigung gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen. Zahlen Sie die ausstehenden Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung bei der vereinbarten Überschussverwendungsart Verrechnung oder Überschussrente durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus. Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus oder eine Fondsanlage vereinbart haben, finanzieren wir die ausstehenden Beiträge aus dem → **Deckungskapital** des Ansammlungsbonus bzw. aus dem → **Fondswert** durch den Verkauf von Anteileinheiten, die auf Ihre Versicherung entfallen. Reicht das → **Deckungskapital** des Ansammlungsbonus bzw. der → **Fondswert** zur Deckung der ausstehenden Beiträge nicht aus, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus. Wird nach Herabsetzung die Mindestversicherungsleistung nicht erreicht, erlischt die Versicherung ohne Zahlung eines Rückkaufswerts.

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

11.11 Wann können Sie die Beitragszahlung herabsetzen?

Sie können in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) verlangen, dass Ihre Versicherung mit herabgesetzten Beiträgen weitergeführt wird (Beitragsherabsetzung). Im Fall der Beitragsherabsetzung setzen wir die garantierte Berufsunfähigkeitsrente herab (siehe Absatz 3). Die Beitragsherabsetzung ist zum Ende einer jeden Versicherungsperiode (siehe Teil B Ziffer 2.1) möglich.

(1) Voraussetzungen

- Die herabgesetzte garantierte jährliche Berufsunfähigkeitsrente und, wenn Sie einen Baustein Pflegezusatzrente vereinbart haben, die herabgesetzte garantierte jährliche Pflegezusatzrente müssen nach der Beitragsherabsetzung jeweils mindestens 200 EUR betragen.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Die → **versicherte Person** darf zum Zeitpunkt der Beitragsherabsetzung nicht berufsunfähig sein und es werden auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.2 oder Leistungen wegen Krebs nach Ziffer 1.3 erbracht.

(2) Befristung

Sie können eine unbefristete Beitragsherabsetzung verlangen oder die Beitragsherabsetzung zeitlich bis zu 3 Jahre befristen. Bei einer Befristung informieren wir Sie rechtzeitig vor Ablauf des gewünschten Zeitraums über die Wiederaufnahme der vollen Beitragszahlung.

(3) Auswirkungen

Wenn Sie eine Beitragsherabsetzung verlangen, setzen wir die garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab. Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, setzen wir die garantierte Pflegezusatzrente ebenfalls nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab.

(4) Vereinbarung eines Abzugs

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass wir von dem Betrag, der zur Bildung der Versicherungsleistungen nach der Beitragsherabsetzung zur Verfügung steht, einen Abzug vornehmen.

In Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" ist festgelegt, in welcher Höhe wir einen Abzug vornehmen. Dort erläutern wir Ihnen auch die Gründe für diesen Abzug. Diese Erläuterungen finden Sie im Abschnitt "Welche Garantieleistungen ergeben sich bei Beitragsfreistellung bis zum Ende der Versicherungsdauer?".

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Die Angemessenheit des Abzugs müssen wir im Streitfall darlegen und beweisen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht oder nur in geringerer Höhe angemessen ist, entfällt der Abzug oder wir setzen ihn - im letzteren Fall - entsprechend herab.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

(5) Nachteile einer Beitragsherabsetzung

Die Beitragsherabsetzung Ihrer Versicherung kann für Sie Nachteile haben. Der für die Bildung einer Leistung nach Beitragsherabsetzung zur Verfügung stehende Betrag erreicht während der Versicherungsdauer nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge, da Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten (→**Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absätze 1 und 2 a) und eine Risikodeckung finanziert werden müssen.

(6) Möglichkeiten bei Wiederanhebung der Beiträge nach einer Beitragsherabsetzung

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

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

- berufsunfähig oder
- pflegebedürftig ist oder
- Leistungen wegen Krankenschreibung nach Ziffer 1.2 oder
- Leistungen wegen Krebs nach Ziffer 1.3 erhält.

Auch nach Ablauf von 6 Monaten, jedoch nur innerhalb von 3 Jahren nach der Beitragsherabsetzung Ihrer Versicherung, können Sie verlangen, dass durch die Wiederanhebung der Beitragszahlung die versicherten Leistungen bis zur Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsherabsetzung angehoben werden. In diesem Fall nehmen wir eine Risikoprüfung vor. Den Versicherungsschutz können wir dann wiederherstellen, wenn die →**versicherte Person** zum Zeitpunkt der Wiederherstellung des Versicherungsschutzes eine vergleichbare neue Versicherung ohne erschwerte Bedingungen bei uns abschließen könnte. Nach Ablauf von 3 Jahren nach der Beitragsherabsetzung ist eine Wiederanhebung der Beitragszahlung nicht mehr möglich.

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

- die Differenz zwischen den herabgesetzten Beiträgen und den ursprünglich vereinbarten Beiträgen, die auf die Dauer der Beitragsherabsetzung entfällt, begleichen oder
- höhere laufende Beiträge zahlen.

Stattdessen können Sie ohne eine vollständige Wiederherstellung des Versicherungsschutzes, der vor der Beitragsherabsetzung bestanden hat, auch nur die Beitragszahlung wieder erhöhen.

Wir berechnen die neuen Beiträge oder die neuen Garantieleistungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen nach Ziffer 1.10 Absatz 1. Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

11.12 Wann kann Ihre Versicherung befristet beitragsfrei gestellt werden?

Sie können in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) verlangen, dass Ihre Versicherung nach den Regelungen der Ziffern 9.1 und 9.2 zum Ende der Versicherungsperiode (siehe Teil B Ziffer 2.1) bis zu 6 Monate befristet beitragsfrei gestellt wird.

(1) Voraussetzungen

Sie können Ihre Versicherung nur befristet beitragsfrei stellen, wenn die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente und, wenn Sie einen Baustein Pflegezusatzrente vereinbart haben, die beitragsfreie Pflegezusatzrente zum Zeitpunkt der beabsichtigten befristeten Beitragsfreistellung jährlich jeweils mindestens 200 EUR betragen.

(2) Auswirkungen

Für die Dauer der befristeten Beitragsfreistellung setzen wir die garantierte Berufsunfähigkeitsrente und die garantierte Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, nach Ziffer 9.1 Absatz 3 nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab.

(3) Vereinbarung eines Abzugs

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass wir von dem Betrag, der zur Bildung der beitragsfreien Versicherungsleistungen zur Verfügung steht, einen Abzug vornehmen.

Die Höhe und die Gründe für diesen Abzug sind in Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Garantieleistungen ergeben sich bei Beitragsfreistellung bis zum Ende der Versicherungsdauer?" festgelegt.

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Die Angemessenheit müssen wir im Streitfall darlegen und beweisen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht oder nur in geringerer Höhe angemessen ist, entfällt der Abzug oder wir setzen ihn - im letzteren Fall - entsprechend herab.

(4) Wiederherstellung des Versicherungsschutzes nach einer befristeten Beitragsfreistellung

Nach Ablauf der befristeten Beitragsfreistellung wird Ihre Versicherung ohne Risikoprüfung automatisch beitragspflichtig fortgesetzt und es werden die versicherten Leistungen auf die Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsfreistellung angehoben, wenn die →**versicherte Person** zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beitragszahlung

- nicht berufsunfähig oder
- pflegebedürftig ist und
- auch keine Leistungen wegen Krankenschreibung nach Ziffer 1.2 oder
- Leistungen wegen Krebs nach Ziffer 1.3 erbracht werden.

Nach der Wiederherstellung des Versicherungsschutzes ist ein höherer Beitrag als der vereinbarte Beitrag vor der befristeten Beitragsfreistellung zu zahlen. Stattdessen können Sie auch verlangen, nach den Regelungen der Ziffer 9.3 Absatz 3 die Beiträge zu begleichen, die auf die beitragsfreie Zeit entfallen. In diesen beiden Fällen schreiben wir den Abzug nach Absatz 3 vollständig Ihrer Versicherung wieder gut.

Alternativ können Sie verlangen, dass Sie ohne eine vollständige Wiederherstellung des Versicherungsschutzes, der vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, nur die Beitragszahlung wieder aufnehmen. In diesem Fall schreiben wir den Abzug nach Absatz 3 anteilig Ihrer Versicherung wieder gut.

Wir berechnen die neuen Beiträge oder die neuen Garantieleistungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen nach Ziffer 1.10 Absatz 1. Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

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

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile eine Fondsanlage vereinbart haben.

Sie können in folgenden Fällen Anteileinheiten auf ein persönliches Depot übertragen lassen:

(1) Übertragung bei Ablauf der Versicherungsdauer

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

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

Voraussetzung dafür ist, dass

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

(2) Übertragung bei Tod

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

a) Voraussetzungen

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

b) Auswirkungen

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

(3) Übertragung bei Kündigung

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

Wenn die Zahlung gemäß Ziffer 10.2 Absatz 4 den Wert der zu übertragenden Anteileinheiten übersteigt, behalten wir uns vor, den Restbetrag auszuzahlen.

a) Voraussetzungen

- Den Antrag können Sie nur zusammen mit der Kündigung stellen.
- Eine Übertragung ist nur möglich, wenn der Wert der Anteileinheiten, die bei Kündigung auf Ihre Versicherung entfallen, mindestens 10.000 EUR beträgt.

- Es liegt kein Übertragungsausschluss nach Absatz 4 vor.
- Der Fonds, dessen Anteileinheiten Sie übertragen wollen, darf keine institutionelle Anteilsklasse sein. Ob dies der Fall ist, entnehmen Sie dem jeweiligen Fondsinformationsblatt.

b) Auswirkungen

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

(4) Übertragungsausschlüsse

a) Keine Übertragung bei Kapitalentnahme

Bei einer Kapitalentnahme (siehe Ziffer 11.15) können Sie die Anteileinheiten nicht auf ein persönliches Depot übertragen lassen.

b) Keine Übertragung aufgrund von US-börsenaufsichtsrechtlichen Gründen

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

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

11.14 Wie können Sie mit den in den Anteileinheiten angelegten Überschussanteilen bzw. dem Ansammlungsbonus Ihre Berufsunfähigkeitsrente erhöhen?

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus oder eine Fondsanlage vereinbart haben.

Sie können bei Eintritt der Berufsunfähigkeit nach Anerkennung unserer Leistungspflicht Ihre garantierte Berufsunfähigkeitsrente durch das →**Deckungskapital** des Ansammlungsbonus bzw. den →**Fondswert** erhöhen. Eine anteilige Verwendung des Ansammlungsbonus bzw. des →**Fondswert** ist nicht möglich. Die erhöhte Berufsunfähigkeitsrente berechnen wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

Stichtag für die Ermittlung des →**Fondswerts** ist der Tag, an dem die Beantragung einer Erhöhung Ihrer Berufsunfähigkeitsrente durch den Fondswert bei uns eingegangen ist.

11.15 Wann können Sie aus Ihrer Versicherung ein Kapital entnehmen?

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus oder eine Fondsanlage vereinbart haben.

Sie können aus dem →**Deckungskapital** des Ansammlungsbonus bzw. aus dem →**Fondswert** ein Kapital entnehmen. Hierfür erheben wir eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 15 EUR.

(1) Voraussetzungen

- Es darf kein Policendarlehen bestehen.
- Sie müssen mindestens 500 EUR entnehmen.
- Das verbleibende →**Deckungskapital** des Ansammlungsbonus bzw. der verbleibende →**Fondswert** der Versicherung zum Stichtag für die Ermittlung des Fondswerts muss nach der Entnahme und Berücksichtigung der Bearbeitungsgebühr mindestens 500 EUR betragen.
- Wenn Sie eine Fondsanlage vereinbart haben, kann eine Entnahme nur insoweit erfolgen, als wir die Anteileinheiten der Fonds zurückgeben können. Bei der Ermittlung des verbleibenden →**Fondswert** berücksichtigen wir nur die Anteileinheiten,

bei denen eine Rückgabe unbefristet und uneingeschränkt möglich ist.

Den →**Fondswert** ermitteln wir unverzüglich, spätestens im Laufe des fünften →**Bankarbeitstags** nach Eingang Ihrer Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) auf Auszahlung des Kapitals.

(2) Auswirkungen

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

11.16 Wann können Sie die Beiträge aus den in den Anteilseinheiten angelegten Überschussanteilen bzw. aus dem Ansammlungsbonus finanzieren?

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus oder eine Fondsanlage vereinbart haben.

Sie können jederzeit verlangen, dass die Beiträge aus dem Ansammlungsbonus bzw. aus den in den Anteilseinheiten angelegten Überschussanteilen finanziert werden, so lange das →**Deckungskapital** des Ansammlungsbonus bzw. der →**Fondswert** nicht unter 500 EUR sinkt.

Wenn Sie eine Fondsanlage vereinbart haben, kann eine Finanzierung der Beiträge nur aus den Anteilseinheiten erfolgen, deren Rückgabe unbefristet und uneingeschränkt möglich ist. Bei der Ermittlung des verbleibenden →**Fondswerts** berücksichtigen wir nur die Anteilseinheiten aus Fonds und →**Anlagestrategien**, bei denen eine Rückgabe unbefristet und uneingeschränkt möglich ist.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

Teil B - Pflichten für alle Bausteine

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

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Anzeigepflicht

a) Gegenstand der Anzeigepflicht

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

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

b) Anzeigepflicht der versicherten Person

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

c) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen

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

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei einer Anzeigepflichtverletzung

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

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

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

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

b) Rückkaufswert und Vereinbarung eines Abzugs bei Rücktritt oder Anfechtung

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten, zahlen wir, sofern Sie im Kündigungsfall einen Anspruch auf einen Rückkaufswert haben, den Rückkaufswert Ihrer Versicherung, der auch im Falle Ihrer Kündigung zum Zeitpunkt des Rücktritts bzw. der Anfechtung gezahlt würde. Es wird ausdrücklich vereinbart, dass wir von diesem Betrag einen Abzug vornehmen. In Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" ist festgelegt, in welcher Höhe wir einen Abzug vornehmen. Dort erläutern wir Ihnen auch die Gründe für diesen Abzug. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Die Angemessenheit müssen wir im Streitfall darlegen und beweisen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht oder nur in geringerer Höhe angemessen ist, entfällt der Abzug oder wir setzen ihn - im letzteren Fall - entsprechend herab.

c) Frist für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen, wenn seit dem Abschluss des Vertrags mehr als 5 Jahre vergangen sind. Dies gilt nicht, wenn wir von der Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangen, der vor Ablauf der Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt 10 Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

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

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung

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

(4) Erweiterung oder Wiederherstellung des Versicherungsschutzes

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

(5) Schriftformerfordernis

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

(6) Empfangsvollmacht

Wenn Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, eine von uns abgegebene Erklärung entgegenzunehmen.

Wenn auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden ist oder sein Aufenthalt nicht ermittelt werden kann, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

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

2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode

Den Beitrag für Ihre Versicherung müssen Sie

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

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster oder einmaliger Beitrag

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

b) Folgebeiträge

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

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

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

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

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

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

(4) Übermittlungsrisiko

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

(5) Zahlung im Lastschriftverfahren

a) SEPA-Lastschriftmandat

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

b) Monatliche Beiträge

Monatliche Beiträge müssen im Lastschriftverfahren gezahlt werden.

c) Folgen eines fehlgeschlagenen Lastschrifteinzugs

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

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

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

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

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

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

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

(2) Unser Rücktrittsrecht

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

Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

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

(1) Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 b) zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug. In diesem Fall sind wir berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns hierdurch entstanden ist.

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

(2) Fristsetzung

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

(3) Wegfall oder Minderung des Versicherungsschutzes bei erfolglosem Fristablauf

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

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

(4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf

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

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

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

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

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

3. Weitere Mitwirkungspflichten

Welche weiteren Mitwirkungspflichten haben Sie?

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

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

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

(2) Notwendige Informationen

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

(3) Unterlassene Mitwirkung bei gesetzlicher Meldepflicht

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

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

Teil C - Allgemeine Regelungen

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

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz

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

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

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

(2) Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

2. Versicherungsschein

Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Inhaber

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

(2) Nachweis der Berechtigung bei Verfügungen

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

3. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

4. Adressaten für Beschwerden

An wen können Beschwerden gerichtet werden?

Ihnen stehen die nachfolgend genannten Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung:

(1) Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an Ihren Versicherungsvermittler richten.

(2) Beschwerde beim Ombudsmann für Versicherungen

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann für Versicherungen durchzuführen (**Anschrift: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin; E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de; Website: www.versicherungsombudsmann.de**). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. Das Verfahren kann nur von Verbrauchern durchgeführt werden. Der Beschwerdewert darf 100.000 EUR nicht übersteigen. Bei Beschwerden über einen Versicherungsvermittler oder -berater können Sie sich unabhängig vom Beschwerdewert an den Ombudsmann wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag. Entscheidet der Ombudsmann zu Ihren Gunsten, sind wir an diese Entscheidung gebunden, sofern der Beschwerdewert 10.000 EUR nicht überschreitet.

Sofern Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag auf elektronischem Wege (zum Beispiel über eine Website oder via E-Mail) geschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbeilegungsplattform (**Website: www.ec.europa.eu/consumers/odr/**) nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort an den Ombudsmann für Versicherungen weitergeleitet.

(3) Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn; E-Mail: poststelle@bafin.de; Website: www.bafin.de**. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an diese wenden.

(4) Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

5. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen gegen uns

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

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

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

(2) Zuständiges Gericht für Klagen gegen Sie

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

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei

dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

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

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

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

6. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

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

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

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

7. Informationen während der Vertragslaufzeit

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

Sie können diese Auskunft auch jederzeit auf Wunsch erhalten.

Erläuterung von Fachausdrücken

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

Anlagestrategie:

Bei einer von uns angebotenen Anlagestrategie handelt es sich um eine Zusammenstellung von Fonds nach festgelegten Anlagegrundsätzen. Weder bei Vertragsschluss noch während der Vertragsdauer müssen von uns Anlagestrategien neben Fonds zur Verfügung gestellt werden.

Anteilswert:

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

Den Rücknahmepreis eines Fondsanteils ermittelt die jeweilige Kapitalverwaltungsgesellschaft an den für sie geltenden Arbeitstagen. Diese müssen nicht mit den Bankarbeitstagen in Deutschland übereinstimmen. Wenn uns kein aktueller Rücknahmepreis vorliegt, verwenden wir den letzten uns bekannten Rücknahmepreis.

Wenn eine Kapitalverwaltungsgesellschaft die Rücknahme der Anteilseinheiten ausgesetzt oder endgültig eingestellt hat oder keine Ausgabe von Anteilseinheiten mehr erfolgt und wir aus diesen Gründen die Anteilseinheiten nicht an die Kapitalverwaltungsgesellschaft zurückgeben können, setzen wir - soweit vorhanden - den für diese Anteilseinheiten ermittelten Börsenpreis an.

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

Bankarbeitstag:

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

Bewertungsreserven:

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

Bezugsgröße:

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

Deckungskapital:

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

Deckungsrückstellung:

Versicherer sind gesetzlich verpflichtet, für ihre Verpflichtungen gegenüber ihren Versicherungsnehmern Deckungsrückstellungen zu bilden. Sie entsprechen dem Betrag, der bereitgestellt werden muss, damit zusammen mit künftigen Versicherungsbeiträgen die garantierten Versicherungsleistungen finanziert werden können. Die Deckungsrückstellung wird entsprechend der Vorschriften der

§§ 341 e und f des Handelsgesetzbuches (HGB) und der Deckungsrückstellungsverordnung berechnet.

Fondswert:

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

Kosten:

Kosten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind die Kosten, welche in der Beitragskalkulation berücksichtigt wurden (Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten). Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere Verwaltungskosten. Zu den Kosten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gehören außerdem die Kosten, die aus von Ihnen veranlassten Gründen erhoben werden können.

Rechnungsmäßiges Alter:

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

Rechnungszins:

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

Rückstellung für Beitragsrückerstattung:

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

Struktur:

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

Tafeln:

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

- Mit Sterbetafeln können wir Wahrscheinlichkeiten für Todesfälle ermitteln.
- Mit weiteren Tafeln können wir Wahrscheinlichkeiten anderer Versicherungsfälle wie zum Beispiel für den Eintritt und Wegfall der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit ermitteln. Wir können außerdem Wahrscheinlichkeiten bestimmter Ereignisse feststellen, wie zum Beispiel für die Sterblichkeit von Berufsunfähigen oder Pflegebedürftigen oder die Wiederverheiratung.

Überschussanteilsatz:

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

Verantwortlicher Aktuar:

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

Versicherte Person:

Die versicherte Person ist diejenige Person, auf deren Leben die Versicherung genommen wird. Die versicherte Person muss nicht notwendigerweise der Versicherungsnehmer sein.

Versicherungsnehmer:

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

Anhang zum Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang"

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anlage 1 (zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6;

Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

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

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

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

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

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

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

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

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

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12

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

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

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

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

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

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

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

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

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

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

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

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

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

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

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

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

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

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

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

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

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

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

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

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

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

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

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

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

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

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

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

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

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

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

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

Anlage 2 (zu § 15)

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

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