

Allgemeine Bedingungen

für Ihre selbstständige kollektive Berufsunfähigkeitsversicherung

im Rahmen einer Direktversicherung
im Rahmen einer Rückdeckungsversicherung

K220

Stand: 10.2023 (AVB_KV_BUV_2023_10)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

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

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

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

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

A Wie funktioniert Ihre kollektive Berufsunfähigkeitsversicherung?

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

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

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

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

Im Falle einer Berufsunfähigkeit zahlen wir die vereinbarte Rente für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens bis zum Ablauf Ihres Vertrags. Während des Leistungsbezugs besteht keine Beitragszahlungspflicht. Die genauen Regelungen, wann Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, können Sie unter Abschnitt 8 nachlesen.

Inhalt

A	Wie funktioniert Ihre kollektive Berufsunfähigkeitsversicherung?...	2	7.4	Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten.....	9
B	Unser Vertragsschluss	5	7.5	Besonderheiten bei Elternzeit	10
1	Wer ist Ihr Vertragspartner?.....	5	7.6	Besonderheiten bei Ende der Entgeltfortzahlung.....	10
2	Wann beginnt der Versicherungsschutz?.....	5	E	Unsere Leistungen und Einschränkungen	11
3	Wann endet der Versicherungsschutz?5		8	Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?	11
C	Beiträge und Kosten	5	8.1	Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten.....	11
4	Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?.....	5	8.2	Kriterien für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden .	12
4.1	Zahlungsweise	5	8.3	Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit.....	12
4.2	Erstbeitrag.....	5	8.4	Günstigerprüfung für Teilzeitkräfte	14
4.3	Folgebeiträge	5	9	Welche Leistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit?	15
5	Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?	6	9.1	Zahlung einer Rente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.....	15
5.1	Erstbeitrag.....	6	9.2	Zahlung einer Umschulungshilfe	15
5.2	Folgebeitrag	6	9.3	Zahlung einer Rehabilitationshilfe	15
6	Welche Kosten erheben wir für Ihren Vertrag?.....	6	9.4	Garantierte Rentensteigerung.....	16
6.1	Welche Kosten entstehen?.....	6	9.5	Leistungen wegen voller Erwerbsminderung	16
6.2	Vereinbarung zu den Abschluss- und Vertriebskosten	7	9.6	Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?.....	16
6.3	Höhe der anfallenden Kosten	7	9.7	Rechnungsgrundlagen.....	17
6.4	Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung.....	7	9.8	Sonstige Regelungen	17
6.5	Welchen Hintergrund hat der Abzug?	7	10	Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?	17
6.6	Angemessenheit des Abzugs	8	11	Was gilt für die Versicherte Person und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	18
6.7	Wann wird bei der Direktversicherung auf einen Abzug verzichtet?	8	12	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? 18	
6.8	Sonstige Kosten.....	8	13	Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten.....	19
D	Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten und Elternzeit	8	13.1	Welche Mitwirkungspflichten müssen beachtet werden, wenn Leistungen wg. Berufsunfähigkeit verlangt werden?	19
7	Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen? ...	9	13.2	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	21
7.1	Wie beantragen Sie eine Beitrags-senkung oder Beitragsfreistellung?	9			
7.2	Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?.....	9			
7.3	Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen?	9			

- 13.3 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?23
- 13.4 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?23
- 13.5 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?23
- 13.6 Kommunikation bei der Leistungsprüfung23

F Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven...23

14 Was ist eine Überschussbeteiligung? 23

- 14.1 Beteiligung an dem Überschuss23
- 14.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven.25

15 Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?.....25

- 15.1 Beitragsverrechnung25
- 15.2 Bonusrente.....25

16 Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu?.....26

- 16.1 Rentensteigerungen26
- 16.2 Barauszahlungen26

17 Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?26

18 Wie beteiligen wir Sie nach Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?26

19 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren? 27

G Auszahlung von Leistungen.....27

20 Ab wann zahlen wir Leistungen aus?.27

21 An wen zahlen wir Rentenleistungen aus?.....28

- 21.1 Direktversicherung28
- 21.2 Rückdeckungsversicherung.....28
- 21.3 Hinweise zur sozialversicherungsrechtlichen Behandlung .28

22 Welche Kosten und Besonderheiten gelten für die Überweisung der Leistungen?29

H Unser Vertragsverhältnis29

23 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?.....29

24 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen?.....29

- 24.1 Recht und Vertragssprache29
- 24.2 Was müssen Sie beachten, wenn sich eine Anschrift oder ein Name ändert?..29
- 24.3 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?30
- 24.4 Welche Pflichten haben Sie bei einer leistungsrelevanten Änderung der Versorgungsordnung?30

25 Welche Beschwerdemöglichkeiten gibt es?.....30

- 25.1 Schlichtungsstelle für die Versicherte Person.....30
- 25.2 Aufsichtsbehörden.....31

26 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?.....31

27 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?.....31

I Verlängerungsgarantie.....32

28 Unter welchen Voraussetzungen können Sie den Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern?32

J Nachversicherungsgarantien32

K Kündigung des Vertrags33

- 29 Kündigung im laufenden Arbeitsverhältnis.....33
- 30 Kündigung der Direktversicherung im zeitl. Zusammenhang mit der Beendigung d. Beschäftigungsverhältnisses 34

L Nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses34

- 31 Direktversicherung34
- 32 BUprotect in der Direktversicherung ..34
- 33 Rückdeckungsversicherung35

M Erläuterung wichtiger Begriffe36

N Auszug aus dem Sozialgesetzbuch 38

B Unser Vertragsschluss

1 Wer ist Ihr Vertragspartner?

Wir sind die Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, und gehören zur Swiss Life Gruppe, dem größten Schweizer Lebensversicherer. Sie werden unser Vertragspartner, der sogenannte Versicherungsnehmer.

2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht frühestens, wenn Sie den Versicherungsschein erhalten. Wenn im Versicherungsschein ein späterer Zeitpunkt als Versicherungsbeginn genannt ist, beginnt Ihr Versicherungsschutz zu diesem späteren Zeitpunkt. Die Versicherung beginnt immer um 00.00 Uhr des Tages.

3 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet

- mit dem Tod der Versicherten Person,
- mit Kündigung des Vertrags,
- bei Beitragsfreistellung, wenn die beitragsfreie Mindestrente nicht erreicht wird,
- mit dem Ablaufdatum der Versicherungsdauer.

C Beiträge und Kosten

4 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?

4.1 Zahlungsweise

Laufende Beiträge können Sie in folgenden Zahlungsabschnitten zahlen:

- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich.

Der Zahlungsabschnitt entspricht der Versicherungsperiode (wie im Versicherungsvertragsgesetz – VVG).

4.2 Erstbeitrag

Sie müssen Ihren Erstbeitrag sofort zahlen, nachdem Sie den Versicherungsschein erhalten haben. Sie müssen den Erstbeitrag jedoch nicht vor dem Versicherungsbeginn zahlen, der im Versicherungsschein angegeben ist.

Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Im Lastschriftverfahren gilt Ihr Beitrag als rechtzeitig bezahlt, wenn

- wir Ihren fälligen Beitrag einziehen können und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

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

- Sie den Vorfall nicht zu vertreten haben,
- wir Sie zur Zahlung aufgefordert haben und
- Sie Ihren Beitrag unverzüglich an uns überweisen.

4.3 Folgebeiträge

Alle folgenden Beiträge müssen Sie zu Beginn des vereinbarten Zahlungsabschnitts zahlen. Sie können die Beiträge entweder überweisen oder im Lastschriftverfahren zahlen. Beim Lastschriftverfahren buchen wir Ihre Beiträge am Anfang eines Zahlungsabschnitts von dem Konto ab, das Sie uns angegeben haben. Ihr Beitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn

- wir Ihren fälligen Beitrag einziehen können und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

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

- Sie den Vorfall nicht zu vertreten haben,

- wir Sie zur Zahlung aufgefordert haben und
- Sie Ihren Beitrag unverzüglich an uns überweisen.

Wir dürfen verlangen, dass Sie die Beiträge auf andere Weise als im Lastschriftverfahren zahlen, wenn

- wir den Beitrag wiederholt nicht einziehen konnten und
- Sie diese Vorfälle zu vertreten haben.

Wenn Sie Beiträge nicht gezahlt haben und der Leistungsfall von uns anerkannt wurde, können wir die fehlenden Beiträge von unseren Leistungen abziehen.

5 Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

5.1 Erstbeitrag

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie uns nachweisen.

Haben Sie Ihren Erstbeitrag noch nicht gezahlt und der Versicherungsfall tritt ein, erbringen wir keine Leistung, sofern wir Sie auf diese Rechtsfolge

- durch eine Mitteilung in Textform oder
- durch einen auffälligen schriftlichen Hinweis im Versicherungsschein

vorab aufmerksam gemacht haben. Haben Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten, erbringen wir dennoch die Leistung; Dies müssen Sie uns nachweisen.

5.2 Folgebeitrag

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, schicken wir Ihnen eine Mahnung. In der Mahnung setzen wir Ihnen eine Frist von mindes-

tens zwei Wochen. Vor einer Kündigung informieren wir die Versicherte Person über die Nichtzahlung der Beiträge und ermöglichen ihr so, selbst den Versicherungsschutz durch eigene Beitragszahlung aufrecht zu erhalten.

Wenn innerhalb dieser Frist keine Beitragszahlung erfolgt, geschieht Folgendes:

- Wir kündigen den Vertrag (siehe Kapitel K).
- Der Versicherungsschutz vermindert sich wie nach einer Beitragsfreistellung (siehe Abschnitt 7) oder er entfällt ohne Rückkaufswert (siehe Kapitel I), sofern nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch Zahlungsverzug besteht.

Auf die hier genannten Folgen und weitere Details weisen wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hin. Die Kündigung kann bereits mit der Mahnung verbunden werden.

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

6 Welche Kosten erheben wir für Ihren Vertrag?

6.1 Welche Kosten entstehen?

Mit Ihrem Versicherungsvertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert und werden Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Zu den **Abschluss- und Vertriebskosten** gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsun-

terlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.

Zu den **übrigen Kosten** gehören insbesondere die Kosten für die laufende Verwaltung. Diese werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

6.2 Vereinbarung zu den Abschluss- und Vertriebskosten

Gezillmerte Tarife – Vereinbarung zur Zillmerung

Bei gezillmerten Tarifen ist das Verrechnungsverfahren gemäß § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerung) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 VVG bestimmt sind.

Der auf diese Weise für laufende Beiträge zu tilgende Betrag ist gemäß Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 Prozent der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

Ungezillmerte Tarife

Bei ungezillmerten Tarifen werden die Abschluss- und Vertriebskosten über die Beitragszahlungsdauer verteilt.

Wenn Sie einen ungezillmerten Tarif vereinbart haben, weisen wir in den vorvertraglichen Informationen gesondert darauf hin.

6.3 Höhe der anfallenden Kosten

Die Höhe der anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Kosten für die laufende Verwaltung zu Ihrem Vertrag sind in den vorvertraglichen Informationen, die vor Antragstellung ausgehändigt werden, beziffert.

6.4 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung

Es wird hiermit ausdrücklich vereinbart, dass im Falle einer (teilweisen oder vollständigen) Beitragsfreistellung ein Abzug erfolgt.

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

6.5 Welchen Hintergrund hat der Abzug?

Mit dem Abzug wird ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Außerdem wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrags partizipiert dieser neue Vertrag an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher solche Mittel zur Verfügung stellen. Bei einer Beitragsfreistellung gehen diese zukünftig eingeplanten Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren. Deshalb müssen diese Mittel im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für

alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherten Personen mit einem hohen Risiko und Versicherten Personen mit einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht. Gleiches gilt bei Beitragsfreistellung in dem Umfang, wie sich das Risiko reduziert.

6.6 Angemessenheit des Abzugs

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital und ein Ausgleich für verminderte Kapitalerträge vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

6.7 Wann wird bei der Direktversicherung auf einen Abzug verzichtet?

In den Fällen

- der Fortführung des Versicherungsvertrags durch den neuen Arbeitgeber,
- der beitragspflichtigen privaten Fortführung des Vertrags,

- von Abfindungen gemäß § 3 BetrAVG (Betriebsrentengesetz) oder
- von Übertragungen gemäß § 4 BetrAVG

verzichten wir auf einen Abzug.

6.8 Sonstige Kosten

Für bestimmte Geschäftsvorfälle erheben wir im Einzelfall zusätzliche Kosten. Kosten, die uns von dritter Seite in Rechnung gestellt werden (z. B. für Lastschriftrückläufer, Finanztransaktionskosten/-abgaben, Steuern) belasten wir Ihnen. Wir behalten uns vor, diese Kosten auch ohne Einzelnachweis pauschal geltend zu machen.

Kosten, die wir für ärztliche Untersuchungen im Rahmen der Gesundheitsprüfung übernommen haben, können wir von Ihnen verlangen, wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen und wir deshalb vom Vertrag zurücktreten.

Wir orientieren uns bei der Bemessung der sonstigen Kosten an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfallen die sonstigen Kosten. Sofern Sie uns nachweisen, dass diese Kosten der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, setzen wir sie entsprechend herab.

D Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten und Elternzeit

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

- Beiträge senken (teilweise Beitragsfreistellung, siehe 7.1)
- Keine Beiträge mehr bezahlen (Beitragsfreistellung, siehe 7.1).

Zusätzlich informieren wir Sie zu:

- Wiederaufnahme der Beitragszahlung (Wiederinkraftsetzung, siehe 7.3)
- Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten (siehe 7.4)
- Besonderheiten bei Elternzeit (siehe 7.5).

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

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

7.1 Wie beantragen Sie eine Beitragssenkung oder Beitragsfreistellung?

Sie können jederzeit zum nächsten Zahlungsabschnitt (Versicherungsperiode) Ihre Beiträge senken (teilweise Beitragsfreistellung) oder die Beitragszahlung einstellen. Dies nennen wir Beitragsenkung bzw. Beitragsfreistellung. Sie können die Beitragszahlung auch nur für einen bestimmten Zeitraum senken oder einstellen (siehe auch 7.4). Sie müssen uns Ihren Wunsch in Textform mitteilen.

Wenn Sie den Beitrag senken oder die Beitragszahlung einstellen möchten, muss die reduzierte bzw. beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens 300 Euro jährlich betragen. Liegt die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente unter der genannten Grenze, endet der Vertrag und es wird keine Leistung fällig (Regelung bei Elternzeit siehe 7.5).

7.2 Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?

Wenn Sie die Beitragszahlung einstellen, verringert sich Ihre vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente. Die garantierten beitragsfreien Werte finden Sie im Versicherungsschein. Dabei wenden wir die gleichen Rechnungsgrundlagen wie vor der Beitragsfreistellung an und verlangen den beschriebenen Abzug (siehe 6.4).

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

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Auch in den Folgejahren und in den letzten Jahren vor Ablauf stehen wegen der benötigten Risikobeiträge keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung.

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

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

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

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

7.4 Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten

Stundung der Beiträge

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

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

Hierfür erheben wir keine Stundungszinsen. Die gestundeten Beiträge können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums

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

Befristete Beitragsfreistellung (befristete Beitrags- senkung)

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

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

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

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

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

7.5 Besonderheiten bei Elternzeit

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

7.6 Besonderheiten bei Ende der Entgelt- fortzahlung

Nach Ende der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall der Versicherten Person, frühestens sechs Wochen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit übernehmen wir für bis zu sechs Monate die für diesen Zeitraum anzurechnenden Beiträge oder Beitrags- teile. Die Höhe der vereinbarten Berufsunfähig- keitsrente ändert sich durch unsere vorüberge- hende Beitragsübernahme nicht.

Die Beitragsübernahme beginnt unabhängig vom Zeitpunkt der Meldung zum nächsten Monatsers- ten nach dem Ende der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

Auf unsere Aufforderung ist ein Nachweis über das Ende der Entgeltfortzahlung und die zugrun- deliegende Arbeitsunfähigkeit im Krankheitsfall einzureichen.

Während der Beitragsübernahme ist eine Erhö- hung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente nicht möglich. Erhöhungswünsche während der Beitragsübernahme werden nach Ablauf der Bei- tragsübernahme nachgeholt.

Nach Ablauf der Beitragsübernahme wird Ihr Ver- trag beitragspflichtig fortgeführt.

Eine erneute Beitragsübernahme bei Ende der Entgeltfortzahlung ist erst möglich, wenn nach Ab-

lauf der vorherigen Beitragsübernahme der Vertrag mindestens zwei Monate beitragspflichtig fortgeführt wurde.

Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn die Versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit aufnimmt, dadurch erlischt der Anspruch auf Beitragsübernahme zum nächsten Monatsersten.

Während einer privaten Fortführung des Vertrags (siehe Kapitel L) durch die Versicherte Person entfällt die Beitragsübernahme bei Ende der Entgeltfortzahlung.

E Unsere Leistungen und Einschränkungen

8 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?

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

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

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

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

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

8.1 Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten

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

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

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

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

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

8.2 Kriterien für die Beurteilung der Berufs-unfähigkeit bei Auszubildenden

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

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

8.3 Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit

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

- Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 oder höher nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI mit Stand vom 01.01.2017 (siehe 8.3.1) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei drei von sechs Aktivitäten des täglichen Lebens (siehe 8.3.2) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz (siehe 8.3.3).

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

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

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

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

1. Mobilität

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

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

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

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

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

Weitere Informationen zu den pflegfachlich begründeten Kriterien, der Anwendung des Begutachtungsverfahrens sowie den für diesen Vertrag maßgebenden Gesetzestext mit

Stand vom 01.01.2017 finden Sie im Anhang. Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Leistungsänderung des Vertrags führen.

8.3.2 Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

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

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

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

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

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

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

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

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

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

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

8.3.3 Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz

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

1. „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5 bei der Ermittlung des

Schweregrades der Demenz über die Global Deterioration Scale nach Reisberg oder

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

- Depression, unkontrollierte Aggressivität
- Verknennung von Alltagssituationen mit Selbst- oder Fremdgefährdung
- Unkontrolliertes, wiederholtes Verlassen des Wohnbereichs
- Gedächtnisstörung und Denkstörung mit herabgesetztem Urteilsvermögen
- Störung des Tag-Nacht-Rhythmus
- Im Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test MMST) werden weniger als 50 Prozent der erreichbaren Punkte erreicht.

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

8.4 Günstigerprüfung für Teilzeitkräfte

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

Art der Tätigkeit

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

Umfang der Tätigkeit

Die Versicherte Person übt ihre Tätigkeit bei Eintritt des Leistungsfalls zeitlich eingeschränkt (Teilzeittätigkeit), gemäß § 2 Absatz 1 Teilzeit- und Befristungsgesetz (Stand 22.11.2019), aus. D.h.

die regelmäßige Wochenarbeitszeit ist kürzer als die eines vergleichbaren vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmers.

Zum Nachweis der Teilzeittätigkeit ist uns ein Teilzeit-Arbeitsvertrag oder eine Teilzeit-Bestätigung des Arbeitgebers einzureichen. Sind die Voraussetzungen hinsichtlich Art und Umfang der bei Eintritt des Leistungsfalls ausgeübten Tätigkeit erfüllt, erfolgt die Günstigerprüfung wie folgt: Es wird zunächst geprüft, ob bedingungsmäßige Berufsunfähigkeit im Sinne der Abschnitte 8 bis 8.3 vorliegt. Ist dies der Fall, erhält die Versicherte Person die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.

Stellt sich jedoch heraus, dass keine bedingungsmäßige Berufsunfähigkeit im Sinne der Abschnitte 8 bis 8.3 vorliegt, so wird zugunsten der Versicherten Person zusätzlich geprüft, ob diese ihre berufliche Teilzeittätigkeit in ihrer konkreten Ausgestaltung noch 3 Stunden oder mehr pro Arbeitstag ausüben kann oder könnte. Ist dies nicht der Fall, so erhält die Versicherte Person ebenso die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.

9 Welche Leistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit?

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

9.1 Zahlung einer Rente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht

Wir zahlen die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbarte Rente nach Ablauf der Karenzzeit monatlich im Voraus.

Nach Ablauf der Karenzzeit sind Sie von der Zahlung der Beiträge, die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbart sind (siehe Abschnitt 21), befreit.

9.2 Zahlung einer Umschulungshilfe

Hat im Falle einer privaten Fortführung die Versicherte Person eine Umschulungsmaßnahme durch die Agentur für Arbeit oder einen anderen staatlich anerkannten Träger erfolgreich abgeschlossen und endet die Berufsunfähigkeit aufgrund neu erworbener beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten (siehe Abschnitt 8), zahlen wir auf Antrag zum Ausgleich finanzieller Einbußen eine pauschale Umschulungshilfe in Höhe von 1.500 Euro.

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

9.3 Zahlung einer Rehabilitationshilfe

Ist bei der Versicherten Person während der Versicherungsdauer Berufsunfähigkeit (siehe 8, 8.1 und 8.2) oder Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit (siehe 8.3) eingetreten und hat sie deswegen auf ihren eigenen Wunsch hin eine oder mehrere Dienstleistungen zur beruflichen Rehabilitation auf eigene Kosten in Anspruch genommen, übernehmen wir auf Antrag die Kosten in voller Höhe, jedoch begrenzt auf 2.000 Euro (Rehabilitationshilfe).

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

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

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

Die Rehabilitationshilfe kann einmalig oder mehrfach in Anspruch genommen werden, insgesamt

jedoch maximal in Höhe einer Gesamtleistung von 2.000 Euro für alle bei Swiss Life auf die Versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherungen.

9.4 Garantierte Rentensteigerung

Zusätzlich zur Rente (siehe 9.1) können Sie gegen Mehrbeitrag eine garantierte jährliche Rentensteigerung bei Berufsunfähigkeit mitversichern.

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

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

9.5 Leistungen wegen voller Erwerbsminderung

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

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

- Der Vertragsbeginn liegt bei Eintritt der Voraussetzungen zur vollen Erwerbsminderung mindestens zehn Jahre zurück.

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

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

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

9.6 Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?

Stundung der Beiträge während der Leistungsprüfung

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

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

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

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

Lassen Sie sich die Beiträge nicht stunden und erkennen wir Leistungen aus dieser Versicherung an, zahlen wir Ihnen die befreiten Beiträge rückwirkend ab Beginn der Leistungspflicht, verzinst mit dem bei Vertragsabschluss vereinbarten Rechnungszins (siehe 9.7), zurück.

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

Während der gesamten Dauer Ihres Vertrags beraten und unterstützen wir Sie auf Wunsch gerne. Wir geben Auskünfte zum Versicherungsschutz allgemein und wenn Sie Leistungen beanspruchen. Wir erläutern Ihnen zum Beispiel, welche Voraussetzungen Sie erfüllen müssen, um Leistungen wegen Berufsunfähigkeit zu erhalten. Wir beraten die Versicherte Person, sofern sie dies wünscht, um sich wieder in den Beruf einzugliedern.

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

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

9.7 Rechnungsgrundlagen

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

9.8 Sonstige Regelungen

Unser Versicherungsschutz besteht weltweit.

Bei Antragsstellung können Sie unterschiedliche Karenzzeiten oder keine Karenzzeit wählen.

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

Weitere Einzelheiten über Art, Umfang und Fälligkeit der Versicherungsleistung finden Sie im Versicherungsschein. Im Falle etwaiger Widersprüche haben die im Versicherungsschein getroffenen Vereinbarungen vor diesen Bedingungen Vorrang.

10 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?

Während der Prüfung des Anspruchs auf Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung werden wir die Versicherte Person jeweils innerhalb von vier Wochen nach Eingang von Unterlagen gemäß 13.1 über erforderliche weitere Prüfungsschritte informieren oder ihr regelmäßig eine Zwischeninformation zukommen lassen. Zusätzlich erinnern wir in regelmäßigen Abständen – spätestens alle vier Wochen – an fehlende Unterlagen bzw. Informationen und setzen die Versicherte Person darüber in Kenntnis.

Liegen uns alle Unterlagen und die von uns eingeholten Informationen (siehe 13.1.1) vor, erklären wir gegenüber Ihnen und der Versicherten Person innerhalb von zehn Arbeitstagen, ob und ab wann wir Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung anerkennen.

Befristetes Anerkenntnis

Grundsätzlich sprechen wir bei Berufsunfähigkeit kein befristetes Anerkenntnis aus. In begründeten Einzelfällen können einem unbefristeten Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen. In einem solchen Fall, möchten wir Ihnen schnell und

unkompliziert helfen, indem wir einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis für einen Leistungszeitraum von bis zu maximal zwölf Monaten in Textform aussprechen.

Die Prüfung der Fortdauer der Berufsunfähigkeit bei befristetem Anerkenntnis erfolgt nach Ablauf der Frist nach den Grundsätzen der Erstprüfung gemäß Abschnitt 10 dieser Bedingungen, die Regelungen für das Nachprüfungsverfahren gemäß Abschnitt 11 gelten insoweit nicht. Die hierfür erforderlichen Kosten werden von uns getragen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Auf eine Beendigung der Leistung infolge Nachprüfung innerhalb des befristeten Leistungszeitraums verzichten wir.

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

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

Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch und den Grad der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die Versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von Abschnitt 8 ausübt. Seit Eintritt der Berufsunfähigkeit neu erworbene berufliche Fähigkeiten werden dabei berücksichtigt, ebenso die Lebensstellung vor dem Versicherungsfall. Insofern können wir auch Angaben verlangen, ob die Versicherte Person eine Tätigkeit konkret im Sinne von Abschnitt 8 wieder ausübt oder ausgeübt hat.

Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der Versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen von 13.1.1 gelten entsprechend.

Eine Wiederaufnahme oder Änderung der beruflichen Tätigkeit muss uns unverzüglich angezeigt

werden, sofern Leistungen aus diesem Vertrag erbracht werden oder beantragt wurden. Gleiches gilt bei Minderung der Pflegebedürftigkeit oder Änderung eines behördlichen Tätigkeitsverbots.

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

Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, mit der Folge, dass keine der in 8.3 genannten Voraussetzungen erfüllt ist, stellen wir unsere Leistungen ein.

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

Auslandsaufenthalt

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

12 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versi-

cherungsfall beruht. Soweit nichts anderes vereinbart ist, besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist

- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern die Versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die Versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird oder stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die Versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei z. B. grob fahrlässigen Verstößen im Straßenverkehr.
- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, durch absichtliche Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass die Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, werden wir bedingungsgemäß leisten.
- durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde,
- unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und

zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird,

- durch Handeln oder Unterlassen, mit welchem der Versicherungsnehmer, Bezugsberechtigte oder der Drittberechtigte vorsätzlich und rechtswidrig im Sinn des Strafrechts die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit der Versicherten Person herbeigeführt hat.

13 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

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

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

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

Zur Feststellung unserer vertraglichen Verpflichtung können wir Auskünfte in zweistufiger Form verlangen, zur Feststellung unserer Leistungspflicht muss von der Versicherten Person der Nachweis des Bestehens von bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit und deren Auswirkungen auf den zuletzt ausgeübten Beruf der Versicherten Person erbracht werden.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskunft über die steuerliche Ansässigkeit vorgelegt wird.

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

13.1.1 Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen wegen Berufsunfähigkeit

Für Leistungen wegen Berufsunfähigkeit sind uns unverzüglich einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- ausführliche Berichte der Ärzte und Heilbehandler, die die Versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, mit Angabe über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie die Auswirkungen des Leidens auf die Fähigkeit den Beruf auszuüben,

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

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

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

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

Wir können zur Feststellung der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit von der Versicherten Person weiter verlangen, dass sie Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war und ist, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen, oder uns die erforderlichen Auskünfte und Nachweise auf eigene

Nachfrage bei den vorgenannten Institutionen und Personen zur Verfügung stellt. Hat die Versicherte Person eine Ermächtigung bei Abgabe der Vertragserklärung erteilt, werden wir diese vor der Erhebung einer solchen Auskunft informieren. Die Versicherte Person kann der Erhebung widersprechen. Die Versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn sie jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt hat. Erhalten wir keine zur Beurteilung der Voraussetzungen von Berufsunfähigkeit notwendigen Auskünfte und Nachweise, kann dies dazu führen, dass die Versicherungsleistung nicht fällig wird und wir keine Leistungen erbringen müssen.

13.1.2 Hinweis zu Arztanordnungen

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

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

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

13.2.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Wir übernehmen den Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit und Vertrauen darauf, dass uns alle vor Abgabe der Vertragserklärung in Textform

gestellten Fragen (Angaben) wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet wurden (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für Fragen nach der Arbeitsfähigkeit sowie Gesundheitserklärung der Versicherten Person.

13.2.2 Rücktritt

Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der Versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind (siehe 13.2.1), können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

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

13.2.3 Kündigung

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

Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten

Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (siehe 7.2).

13.2.4 Rückwirkende Vertragsanpassung

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

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

13.2.5 Ausübung unserer Rechte

Wir können die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich und nur gegenüber Ihnen geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

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

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

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

13.2.6 Anfechtung

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

13.2.7 Nachgewiesene Abrechnungsdiagnosen

Fehlerhafte Patientendokumentationen von Ärzten und Kliniken sowie fehlerhafte Krankenversicherungsauskünfte gehen nicht zu Lasten der Versicherten Person. Wenn die Versicherte Person nachweist, dass Umstände (z. B. Diagnosen, Arbeitsunfähigkeits-Zeiträume) von Dritten (z. B. Ärzte, Kliniken, Krankenkassen) fehlerhaft dokumentiert bzw. gespeichert wurden und die Daten nicht den Tatsachen entsprechen (z. B. andere Erkrankung, anderer Befund), werden wir unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung, Vertragsanpassung und Anfechtung nicht auf diese fehlerhaften Daten stützen.

13.2.8 Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung

Die Regelungen in 13.2.1 bis 13.2.6 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß 13.2.5 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

13.3 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?

So lange eine Mitwirkungspflicht gemäß Abschnitt 11 oder 13.1 von Ihnen oder der Versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie oder die Versicherte Person die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang sowie die Dauer unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats zur vertragsgemäßen Leistung verpflichtet, bei Vereinbarung einer Karenzzeit jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit.

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

13.4 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?

Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme grundsätzlich nicht bevollmächtigt.

13.5 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?

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

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

13.6 Kommunikation bei der Leistungsprüfung

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

F Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven

14 Was ist eine Überschussbeteiligung?

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

14.1 Beteiligung an dem Überschuss

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

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

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

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

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

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

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

Ihr Vertrag gehört zur Bestandsgruppe 125.

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

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

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

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

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an dem Überschuss die Abschnitte 15, 16 und 19.

14.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven

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

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

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

Die Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven ist **nicht garantiert**, da die Entwicklung der Marktwerte der Kapitalanlagen nicht vorhersehbar ist. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt. Die Bewertungsreserven werden im Anhang des Geschäftsberichts veröffentlicht.

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven die Abschnitte 17, 18 und 19.

15 Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?

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

Sie können sich bei Antragstellung für das Überschussverwendungs-System Beitragsverrechnung

gemäß 15.1 oder für das Überschussverwendungs-System Bonusrente gemäß 15.2 entscheiden, wenn es sich um eine Rückdeckungsversicherung handelt. Bei der Direktversicherung wird immer das Überschussverwendungs-System Bonusrente verwendet. Ein späterer Wechsel ist nicht möglich.

15.1 Beitragsverrechnung

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

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

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

15.2 Bonusrente

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

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

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

16 Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu?

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

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

Während der Bezugszeit von Berufsunfähigkeits-Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (siehe Abschnitt 17 und 18).

16.1 Rentensteigerungen

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

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

16.2 Barauszahlungen

Wenn es sich um eine Rückdeckungsversicherung handelt, können Sie sich für die Barauszahlung entscheiden. Die jährlichen Überschussanteile werden dann zum Fälligkeitstermin ausbezahlt.

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

Risikoversicherungen bzw. Berufsunfähigkeitsversicherungen sind hinsichtlich der Beteiligung an

den Bewertungsreserven (gemäß § 153 VVG) vor Eintritt der Berufsunfähigkeit **nicht überschussberechtig**.

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

Während der Bezugszeit von Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven gemäß § 153 Abs. 1 und 3 VVG. Die Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Diese Beteiligung führt zu einer Erhöhung der laufenden Überschussbeteiligung aller Verträge in der Rentenbezugszeit. Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze wird die jeweilige Bewertungsreservensituation berücksichtigt.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

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

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

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

Dieser Betrag wird mit dem Verhältnis der garantierten Jahres-Rentenleistung zur Deckungsrück-

stellung aller bestehenden Verträge in der Rentenbezugszeit multipliziert und den Rentenauszahlungen zugeordnet.

Verwendung

Der ermittelte Betrag der Bewertungsreserve wird im Sinne von § 153 VVG zur Hälfte als laufender Überschuss zur Erhöhung der Überschussrente des Bestands verwendet und führt so zur Erhöhung Ihrer laufenden Rente. Die hierfür ermittelten Erhöhungssätze werden auf volle 0,05 Prozent kaufmännisch gerundet. Die sich insgesamt ergebenden Überschussanteilsätze werden im Geschäftsbericht veröffentlicht.

19 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

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

G Auszahlung von Leistungen

20 Ab wann zahlen wir Leistungen aus?

Karenzzeit

Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Beginn des Kalendermonats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (= Beginn des sechsmonatigen Zeitraums gemäß 8) und Ablauf einer gegebenenfalls vereinbarten Karenzzeit.

Die Karenzzeit beginnt am Monatsersten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit und endet mit Ablauf der vereinbarten Dauer. Während der Karenzzeit muss die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit

ununterbrochen andauern und am Ende der Karenzzeit noch bestehen. Leistungen für die Karenzzeit werden von uns nicht geschuldet.

Additive Karenzzeit

Endet die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit und tritt erneut Berufsunfähigkeit (siehe Abschnitt 8) aufgrund derselben Ursache(n) ein, so rechnen wir bereits zurückgelegte volle Kalendermonate der Karenzzeit an.

Meldefrist

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

Verfügungen

Im Falle einer Rückdeckungsversicherung können Sie das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind. Die Abtretung und die Verpfändung sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

Ende der Leistungspflicht

Der Anspruch auf Leistungen aus Beitragsbefreiung und Rentenzahlung endet, wenn

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

21 An wen zahlen wir Rentenleistungen aus?

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

21.1 Direktversicherung

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

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

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

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

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

Hat die Versicherte Person ein nicht übertragbares und nicht beleihbares **unwiderrufliches Bezugsrecht**, erhält sie die Versicherungsleistungen. Dieses Bezugsrecht bezieht sich auch auf die Überschussanteile. Versicherungsnehmer für die Versicherungen bleiben Sie. Während der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses ist eine

Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft und eine Abtretung von Rechten aus diesem Vertrag auf die Versicherte Person bis zu dem Zeitpunkt ausgeschlossen, in dem die Versicherte Person ihr 62. Lebensjahr vollendet hat. Eine Abtretung oder Beleihung der Ansprüche aus einem unwiderruflichen Bezugsrecht durch den Arbeitnehmer ist ausgeschlossen, soweit die Beiträge gemäß § 3 Nr. 63 EStG steuerlich gefördert werden. Bei Versorgungszusagen mit Entgeltumwandlung ist eine Abtretung, Verpfändung oder Beleihung durch den Arbeitgeber ausgeschlossen. Sobald das Bezugsrecht unwiderruflich ist, kann es nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

21.2 Rückdeckungsversicherung

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

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

21.3 Hinweise zur sozialversicherungsrechtlichen Behandlung

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

Die beitragsrechtliche Behandlung von **Beiträgen** zu Direktversicherungen regeln die Arbeitsentgeltverordnung und das Vierte Sozialgesetzbuch. Bei einer **arbeitgeberfinanzierten** Direktversicherung werden die Beiträge nicht zum sozialversicherungspflichtigen Entgelt hinzugerechnet, soweit es sich um steuerfreie Zuwendungen an Direktversicherungen gemäß § 3 Nr. 63 Satz 1 und 2 EStG

und § 100 EStG im Kalenderjahr bis zur Höhe von insgesamt vier Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung handelt. Auch bei einer **Entgeltumwandlung** sind steuerfreie Beiträge (§ 3 Nr. 63 EStG) zu einer Direktversicherung ebenso bis zur Höhe von insgesamt vier Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung sozialabgabenfrei, wie die arbeitgeberfinanzierten.

Die sozialabgabenrechtliche Beurteilung der **Leistungen** regelt im Wesentlichen das Fünfte Sozialgesetzbuch. Die Leistungen aus der Direktversicherung unterliegen gegebenenfalls der Beitragspflicht zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Für Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht seit dem 01.01.2020 ein Freibetrag. In der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) wird der volle allgemeine Beitragssatz erhoben. Gleiches gilt für freiwillig versicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse. Bei der Beitragsberechnung wird die Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

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

22 Welche Kosten und Besonderheiten gelten für die Überweisung der Leistungen?

Unsere Leistungen überweisen wir in der Bundesrepublik Deutschland kostenlos. Bei Überweisungen ins Ausland und bei Sonderformen der Zahlung (z. B. telegrafische Überweisung, Scheck) trägt der Empfangsberechtigte die Kosten; bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums und bei Sonderformen der Zahlung auch die damit verbundene Gefahr.

H Unser Vertragsverhältnis

23 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

24 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen?

24.1 Recht und Vertragssprache

Ihr Vertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland. Ergänzend zu diesen Bedingungen gelten die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften. Die Vertragssprache für alle Erklärungen zu diesem Vertrag ist Deutsch.

24.2 Was müssen Sie beachten, wenn sich eine Anschrift oder ein Name ändert?

Unverzügliche Mitteilungspflicht

In der betrieblichen Altersvorsorge hat der Gesetzgeber dem Arbeitgeber, also dem Versicherungsnehmer, Meldepflichten auferlegt. Unter bestimmten Voraussetzungen sind wir verpflichtet, den Arbeitnehmer, also die Versicherte Person, über Details der Versicherung zu informieren. Deshalb sind Sie als Arbeitgeber verpflichtet, uns die Adressdaten der Versicherten Person mitzuteilen.

Wenn sich Ihre oder die Anschrift der Versicherten Person ändert, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Tun Sie dies nicht, können Ihnen Nachteile entstehen: Wir können Ihnen Erklärungen zum Vertrag mit eingeschriebenem Brief an Ihre letzte Anschrift senden. Drei Tage danach gilt die Erklärung als bei Ihnen zugegangen – auch wenn Sie sie tatsächlich nicht erhalten haben.

Dies gilt insbesondere, wenn Sie Gewerbetreibender sind und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben. Dasselbe gilt, wenn Sie Ihren Namen ändern.

24.3 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die notwendigen Daten bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist. Dies betrifft insbesondere unwiderruflich bezugsberechtigte Personen sowie im Leistungsfall anspruchsberechtigte oder begünstigte Personen. Als Versicherungsnehmer willigen Sie unwiderruflich ein, dass Swiss Life befugt ist, sämtliche notwendigen Daten an die zuständigen Behörden in Erfüllung rechtlicher Pflichten weiterzuleiten.

Notwendige Daten sind beispielsweise 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 insbesondere die Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort, der Wohnsitz, die Postanschrift, die Bankverbindung oder der Status als US-Person im Sinne des US-Foreign Account Tax Compliance Act, z. B. durch Heirat, Erwerb einer Aufenthaltsbewilligung („Green Card“) oder einen längeren US-Aufenthalt. Zur eventuellen Klärung wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.

Falls Sie uns die notwendigen Daten nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann,

wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die zur Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Daten zur Verfügung gestellt haben.

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

Werden an der innerbetrieblichen Versorgungsordnung Änderungen vorgenommen, die Auswirkungen auf unser Versicherungsverhältnis haben, bitten wir um entsprechende Mitteilung, damit wir sie dokumentieren können. Für den Kollektivrahmenvertrag bzw. den Versicherungsvertrag werden die Anpassungen erst nach unserer Zustimmung wirksam.

25 Welche Beschwerdemöglichkeiten gibt es?

Falls es einmal Anlass für eine Beschwerde gibt, würden wir uns über eine Nachricht freuen – gerne auch über unser Kontaktformular auf unserer Website (www.swisslife.de/anregung-und-kritik).

25.1 Schlichtungsstelle für die Versicherte Person

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. und nimmt damit an Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann teil. Damit ist für die Versicherte Person als Verbraucher die Möglichkeit eröffnet, zur Schlichtung den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen. Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hierdurch unberührt.

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle.

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Für weitere Informationen:
www.versicherungsombudsmann.de

Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Versicherungsvertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

25.2 Aufsichtsbehörden

Darüber hinaus können sich sowohl Sie als auch die Versicherte Person an die Aufsichtsbehörde wenden, wenn kein Einverständnis mit unserer Entscheidung besteht:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
poststelle@bafin.de

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

26 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

Für Klagen gegen uns ist folgendes Gericht zuständig:

- das Gericht, in dessen Bezirk unser Geschäftssitz liegt,
- auch das Gericht, in dessen Bezirk die Versicherte Person zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz hat. Wenn sie keinen Wohnsitz hat, ist der Ort ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich.

- auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie als juristische Person Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

Wir müssen Klagen aus dem Vertrag gegen die Versicherte Person bei dem Gericht erheben, das für ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn sie keinen Wohnsitz hat, ist der Ort ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich.

Verlegt die Versicherte Person ihren Wohnsitz oder den Ort ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

27 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

Wie kann eine Bestimmung der Versicherungsbedingungen unwirksam werden?

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

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

Wir haben Ihre und unsere Interessen zu berücksichtigen.

Salvatorische Klausel

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

Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?

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

Außerdem muss auch mit der neuen Bestimmung das Ziel Ihres Vertrags gewahrt bleiben. Die neue Bestimmung wird Bestandteil dieses Vertrags, sobald die beiden folgenden Bedingungen erfüllt sind:

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

I Verlängerungsgarantie

28 Unter welchen Voraussetzungen können Sie den Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern?

Sollte die Regelaltersgrenze in der Deutsche Rentenversicherung oder den berufsständischen Versorgungswerken erhöht werden, können Sie die Versicherungs- und Leistungsdauer des Vertrages um die Zeitspanne verlängern, um die die Regelaltersgrenze in der für die Versicherte Person zutreffenden Versorgungseinrichtung erhöht wurde, maximal jedoch um fünf Jahre. Der Antrag auf Verlängerung Ihres Vertrages muss uns gegenüber innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der Anhebung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung in Textform angezeigt werden. Eine erneute Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

Die Verlängerung des Vertrages ist nur unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- Die Versicherte Person ist ein anspruchsberechtigtes Mitglied in einer Versorgungseinrichtung (Deutsche Rentenversicherung oder berufsständisches Versorgungswerk)
- Die Versicherungsdauer des bestehenden Vertrages ist mindestens bis zum vollendeten 60. Lebensjahr vereinbart.
- Ihr Vertrag wird beitragspflichtig geführt
- Die Versicherte Person erhält oder erhielt bisher keine Leistungen aus dem Vertrag und hat auch keine Leistungen beantragt.
- Bei Antragstellung auf Verlängerung des Vertrages prüfen wir, ob die dann aktuellen Annahmerichtlinien das Ablaufalter zulassen. Während der privaten Fortführung prüfen wir zusätzlich, ob der ausgeübte Beruf das Ablaufalter zulässt.

Durch die Verlängerung Ihres Vertrags erhöht sich der Beitrag nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

Liegen die vorgenannten Voraussetzungen vor, erstellen wir in jedem Fall einen Vorschlag für Sie. Wenn Sie mit diesem einverstanden sind, teilen Sie uns das mit. Wir erstellen dann einen Nachtrag zum Versicherungsschein mit der gewünschten Vertragsverlängerung.

J Nachversicherungsgarantien

Auffüllgarantie bei Senkung der Bonusrente

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

Erhöhungsmöglichkeit im Rahmen der Versorgungsordnung

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

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

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

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

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

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

K Kündigung des Vertrags

29 Kündigung im laufenden Arbeitsverhältnis

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

Nach Eintritt der Leistungspflicht können Sie nicht mehr kündigen.

Teilweise Kündigung

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

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

Beitragsrückzahlung

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

Direktversicherung

Wenn die Versicherte Person **unwiderruflich** bezugsberechtigt ist (siehe 21.1), müssen Sie das Kündigungsschreiben zusammen mit der Versicherten Person unterzeichnen, wenn die Leistung an eine andere Person erbracht werden soll.

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

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

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

Wir erstatten Ihnen die zu viel gezahlten Beiträge zurück.

L Nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses

31 Direktversicherung

Scheidet die Versicherte Person vor Eintritt des Versicherungsfalls aus den Diensten des Arbeitgebers aus und liegen die Voraussetzungen der sogenannten versicherungsvertraglichen Lösung gemäß § 2 Abs. 2 BetrAVG vor, wird ihr die Versicherungsnehmer-Eigenschaft der Versicherung übertragen. Sie kann die Versicherung beitragsfrei oder beitragspflichtig fortsetzen (**sogenannte private Fortführung**). Durch die Inanspruchnahme von BUprotect (siehe 32) kann es zu einer Beitragserhöhung kommen. Aus anderen Gründen darf der Beitrag nach der Übertragung auf die Versicherte Person nicht erhöht werden.

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

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

Ansprüche, die aus Beiträgen der privaten Fortführung nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses und die nach Übernahme der Versicherungsnehmer-Eigenschaft entstehen, dürfen im

Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten abgetreten, beliehen oder gekündigt werden.

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

32 BUprotect in der Direktversicherung

Im Falle einer privaten Vertragsfortführung hat die Versicherte Person bei Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, Weiterbildung in Vollzeit z. B. zum Meister, Fachwirt (Bachelor Professional), Techniker, IHK-geprüfter Betriebswirt (Master Professional), im Rahmen des Mutterschutzes, der Elternzeit und bei längerer beruflicher Auszeit, in der Ihr Arbeitsvertrag weiter besteht (Sabbatical), die Möglichkeit, temporär ihren Beitrag auf fünf Euro pro Monat zu reduzieren. Den Zeitraum der Beitragsreduktion nennen wir BUprotect, er beträgt mindestens sechs Monate. Wird die Versicherte Person in dieser Zeit berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, erhält sie – unter Berücksichtigung der vereinbarten Karenzzeit – während der Dauer der Berufsunfähigkeit 70 Prozent der zuletzt vor BUprotect versicherten BU-Rente. Eine vereinbarte Dynamik oder eine garantierte Leistungssteigerung ruht während dieses Zeitraums. Eventuell bestehende Zusatzversicherungen und Optionen werden für den Zeitraum von BUprotect ausgeschlossen. Diese werden nach Ablauf von BUprotect wieder eingeschlossen.

Der BUprotect-Zeitraum beträgt – unter den im Folgenden genannten Voraussetzungen – garantiert sechs Monate.

Sofern Ihr Vertrag über ein ausreichend hohes Deckungskapital verfügt, können Sie BUprotect für bis zu 36 Monate beantragen. Bei der ersten Beantragung von BUprotect ermitteln wir den für Ihren Vertrag maximal möglichen Zeitraum. Dieser gilt dann für die gesamte Vertragslaufzeit. Sie können den ermittelten maximalen Zeitraum auch in mehrere Zeiträume aufteilen, wobei jeder Zeitraum mindestens sechs Monate betragen muss. Sollte bei erneuter Inanspruchnahme von BUprotect nur noch ein Zeitraum von weniger als sechs

Monaten zur Verfügung stehen, können Sie auch diesen Zeitraum in Anspruch nehmen.

Voraussetzungen für BUprotect:

- Sie erbringen einen Nachweis über das Vorliegen von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, Weiterbildung in Vollzeit, Mutterschutz, Elternzeit oder längerer beruflicher Auszeit mit bestehendem Arbeitsvertrag (Sabbatical).
- Sie befanden sich unmittelbar vor Arbeitslosigkeit in einem Arbeitsverhältnis von mindestens einem Jahr.
- Ihr Vertrag besteht beitragspflichtig seit mindestens einem Jahr.
- Die restliche Versicherungsdauer beträgt noch mindestens 15 Jahre.
- Die Versicherungsdauer ist mindestens bis zum Alter 62 vereinbart und Sie waren bei Vertragsabschluss nicht älter als 35 Jahre.

Unter den o.g. Voraussetzungen räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch auf BUprotect ein. Bei einer kürzeren Versicherungsdauer oder einem höheren Eintrittsalter erfolgt eine individuelle Prüfung des maximal möglichen Zeitraums von BUprotect, einen Rechtsanspruch darauf können wir Ihnen jedoch nicht einräumen.

Nach Ablauf dieser temporären Beitrags- und Leistungsreduktion im Rahmen von BUprotect wird Ihr Vertrag mit dem Beitrag weitergeführt, den Sie zuletzt vor Ausübung von BUprotect gezahlt haben. Die Leistung reduziert sich dabei

nach versicherungsmathematischen Grundsätzen gegenüber der Leistung vor BUprotect. Bereits bei Bewilligung von BUprotect erstellen wir einen Nachtrag zum Versicherungsschein. In diesem dokumentieren wir den Beitrag und die Leistungen während BUprotect, das Ablaufdatum von BUprotect und den Beitrag und die Leistungen nach Ablauf von BUprotect.

Sie können Ihren Vertrag auch mit dem Leistungsumfang fortführen, der zuletzt vor Ausübung von BUprotect bestand. Dadurch erhöht sich Ihr Beitrag nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Sollten Sie die Fortführung Ihres Vertrags mit diesen Leistungen wünschen, teilen Sie uns dies bitte vier Wochen vor Ablauf der BUprotect-Phase in Textform mit. Wir erstellen Ihnen dann einen entsprechenden Vorschlag. Wenn Sie diesen annehmen, erstellen wir einen Nachtrag zum Versicherungsschein. Auf eine erneute gesundheitliche und wirtschaftliche Risikoprüfung verzichten wir dabei. Die Weiterführung des Vertrags mit den Leistungen, die zuletzt vor Ausübung von BUprotect bestanden, setzt voraus, dass während BUprotect keine Berufsunfähigkeit eingetreten ist bzw. keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt worden sind.

33 Rückdeckungsversicherung

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

M Erläuterung wichtiger Begriffe

Bewertungsreserven

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

Bezugsberechtigter

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

Deckungskapital

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

Deckungsrückstellung

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

Erklärungen

Sind Mitteilungen, die mindestens in Textform erfolgen müssen und einen rechtlichen Charakter haben können. Beispiel: Mitteilung zu Änderung des Begünstigten, Beantragung einer Beitragsfreistellung oder Kündigung.

Geltende Richtlinien

Sind unsere Regeln, in denen beispielsweise Summengrenzen für die medizinische Risikoprüfung beschrieben werden. Die medizinische Risikoprüfung bezeichnen wir auch als Gesundheitsprüfung.

Höchstrichterliche Entscheidung

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

Natürliche Person

Bezeichnet einen Menschen mit all seinen Rechten und Pflichten.

Leistungsdauer

Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Rechnungsgrundlagen

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

Sicherungsvermögen

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

Textform

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

Überschussanteilsätze

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

Überschussbeteiligung

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

Überschüsse

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

Überschussverwendungs-System

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

Unverzüglich

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

Unzumutbare Härte

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

Versicherte Person

Ist die Person, für die ein bestimmtes Risiko versichert ist. Diese Person ist im Versicherungsschein benannt. Ein Beispiel: Bei einer kollektiven Berufsunfähigkeitsversicherung versichern wir für diese Person das Risiko, dass diese Person ihrem Beruf aufgrund von Berufsunfähigkeit dauerhaft oder vorübergehend nicht mehr nachgehen kann.

Versicherungsdauer

Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht. Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Versicherungsjahr

Sind in der Regel volle zwölf Monate ab dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung beginnt. Alle Versicherungsjahre eines Vertrags beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beispiel: Die Versicherung beginnt am 1. April um 00.00 Uhr. Ein

Versicherungsjahr läuft dann vom 1. April 00.00 Uhr eines Jahres bis zum 31. März 24.00 Uhr des darauffolgenden Jahres.

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

Versicherungsnehmer

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

Versicherungsperiode

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

Versicherungsschein

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

Versicherungsvertrag

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

N Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

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

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

- Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:
Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

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

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

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

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Abs. 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die

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

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

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

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

5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

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

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

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband

Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1 die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

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

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

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

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