

Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung im Rahmen einer Riester-Rente

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

§ 5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

§ 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

§ 9 Wie verteilen wir die bei der Beitragskalkulation in Ansatz gebrachten Kosten?

§ 10 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

§ 11 Was gilt hinsichtlich des § 19 Abs. 4 VVG?

§ 12 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen dieses Vertrags?

§ 1 Welche Leistung erbringen wir?

(1) Wird die versicherte Person unter Beachtung von Absatz 3 während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung zu mindestens 50 Prozent berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistung:

Zahlung einer Berufsunfähigkeits-Rente in Höhe der für die Hauptversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit zu leistenden laufenden Eigenbeiträge. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistung.

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

(2) Wird die versicherte Person unter Beachtung von Absatz 3 während der Dauer dieser Zusatzversicherung infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Abs. 5) berufsunfähig und liegt der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 Prozent, so erbringen wir dennoch folgende Leistung:

Zahlung einer Berufsunfähigkeits-Rente in Höhe der für die Hauptversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit zu leistenden laufenden Eigenbeiträge.

(3) In den ersten drei Versicherungsjahren besteht nur bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit Versicherungsschutz. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person nach Vertragsschluss durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Ist die Berufsunfähigkeit (vgl. § 2) der versicherten Person in den ersten drei Versicherungsjahren dagegen nicht auf ein solches Unfallereignis zurückzuführen, erstatten wir die für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gezahlten Beiträge und die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erlischt zum nächsten Monatsersten, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit der versicherten Person folgt. Dies gilt auch, wenn bereits bei Vertragsabschluss eine Berufsunfähigkeit der versicherten Person im Sinne des § 2 bestand.

(4) Der Anspruch auf Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist. Sie können dann bestimmen, ob wir die Rente an Sie auszahlen oder als Beitragszahlung für Ihre Hauptversicherung verwenden sollen.

Bei Wahl der Rente wird der Vertrag im Rahmen der Hauptversicherung ab dem Zeitpunkt der Rentenzahlung – sofern Sie nicht weiterhin Eigenbeiträge entrichten – beitragsfrei fortgeführt (zur Ermittlung der Leistung vgl. § 8 bei der Klassischen Riester-Rente bzw. § 12 bei der Fondsgebundenen Riester-Rente).

Bei verspäteter Meldung des Versicherungsfalls leisten wir ab dem Zeitpunkt der Meldung bis zu drei Jahren rückwirkend. Bei einer unverschuldeten verspäteten Anzeige des Versicherungsfalls werden die Leistungen jedoch ohne Einschränkung rückwirkend erbracht.

(5) Der Anspruch auf Rente erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 Prozent sinkt, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 Abs. 5 nicht mehr besteht, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

(6) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden die zuviel gezahlten Beiträge jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Ihren Antrag hin werden die Beiträge ab dem nächsten Monat, der auf

die Stellung des Stundungsantrags folgt, bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos gestundet. Die Rückzahlung kann gemäß Ihrem Wunsch auf bis zu zwölf Monate verteilt werden.

(7) Bei Inanspruchnahme der Rentenzahlung, Rückerstattung von Eigenbeiträgen bzw. rückwirkender Leistung sind die vom Gesetzgeber festgelegten steuerlichen Rahmenbedingungen zu beachten.

(8) Zu den in den Absätzen 1 und 2 geregelten garantierten Leistungen erhalten Sie – sofern vorhanden – weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (vgl. § 3).

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, bereits sechs Monate ununterbrochen außer Stande gewesen ist oder nach ärztlicher Prognose voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außer Stande sein wird, ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Leistungsbeeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben. Die Berufsunfähigkeit tritt rückwirkend zu dem Zeitpunkt ein, ab dem die versicherte Person ununterbrochen außer Stande war, ihren Beruf auszuüben.

Berufsunfähigkeit liegt dagegen nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, die ihren Kenntnissen und Fähigkeiten sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Die zu berücksichtigenden Kenntnisse und Fähigkeiten sind auf die Ausbildung und Erfahrung begrenzt. Bei der Lebensstellung werden das bisherige Einkommen sowie das gesellschaftliche Ansehen berücksichtigt. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten gemäß der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

– Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

Bei Selbstständigen liegt keine Berufsunfähigkeit vor, wenn sie nach einer zumutbaren Umorganisation gleichwertige andere Tätigkeiten ausüben könnten. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn die Ausübung dieser Tätigkeiten der bisherigen Stellung der versicherten Person noch angemessen ist, sie ihre Lebensstellung vor Eintritt der gesundheitlichen Leistungsbeeinträchtigung wahren kann, erheblicher Kapitaleinsatz nicht erforderlich ist und keine erheblichen Einkommenseinbußen damit verbunden sind.

– Berufsunfähigkeit bei Beamten

Auch die Berufsunfähigkeit von Beamten beurteilt sich allein nach der Regelung des § 2 – unabhängig von einer etwaigen Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich oder tatsächlich für mindestens sechs Monate erfüllt sind.

(3) Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ihre berufliche Tätigkeit vorübergehend nicht aus und ist eine Wiederaufnahme vorgesehen (z. B. Elternzeit, Wehrdienst, Zivildienst), so gilt die zuletzt bei vorübergehendem Ausscheiden aus dem Berufsleben ausge-

übte Tätigkeit gemäß Absatz 1 als versichert. Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Absätze 1 bis 2 darauf an, dass die versicherte Person außer Stande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die auf Grund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Die zu berücksichtigenden Kenntnisse und Fähigkeiten sind auf die Ausbildung und Erfahrung begrenzt.

Berufsunfähigkeit auf Grund Pflegebedürftigkeit

(4) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne von Absatz 5 gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt dieser Zustand ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit als vollständige Berufsunfähigkeit.

(5) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in Absatz 6 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(6) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punkttabelle zu Grunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

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 erforderlichen 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 kann.

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

(7) Der Pflegefall wird nach der Anzahl der Punkte eingestuft. Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punktzahl liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen

Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf.

Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punktzahl liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

(8) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung, vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

a) Überschüsse entstehen insbesondere dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifkalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen – unter Beachtung der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung, Mindestzuführungsverordnung – beteiligt.

Grundsätzlich können weitere Überschüsse aus den Erträgen der Kapitalanlagen entstehen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. Derzeit beträgt dieser 90 Prozent (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Diese bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56b des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56b VAG können wir die Rückstellung, im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung sind allerdings so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Darüber hinaus stehen kalkulatorisch keine Beitragsteile für die Bildung von Kapitalerträgen zur Verfügung. Daher entstehen dem Grunde nach keine Bewertungsreserven, welche den Verträgen zugeordnet werden könnten.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

a) Ihre Zusatzversicherung erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppe 114. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie jederzeit bei uns anfordern können.

b) Beitragspflichtige Zusatzversicherungen zu Rentenversicherungen erhalten jedoch grundsätzlich ab Beginn für den Zeitraum, in dem keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit fällig werden (leistungsfreie Zeit), laufende Überschussanteile, die monatlich zugeteilt werden. Diese werden in Prozent des Bruttobeitrags für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung festgelegt und mit den laufenden Beiträgen verrechnet.

Ist Berufsunfähigkeit eingetreten und wird eine Rente an Sie gezahlt, so besteht die Überschussbeteiligung in einer prozentualen Erhöhung der Rente, die zu Beginn des Versicherungsjahres, erstmals nachdem die Rente für ein volles Versicherungsjahr geleistet wurde, erfolgt.

Haben Sie sich für die Verwendung der Rente als Beitragszahlung für Ihre Hauptversicherung entschieden, so besteht die Überschussbeteiligung für die Dauer der Berufsunfähigkeit in einem nicht garantierten Schluss-Überschussanteil, der in Prozent der Befreiungsrente für die betroffenen Jahre ausgedrückt wird. Die Höhe des Schluss-Überschussanteils wird in Abhängigkeit von den jeweiligen Kosten und Risikogewinnen jährlich für die Leistungsfälle eines Geschäftsjahres deklariert, wobei die Schluss-Überschussanteilsätze auch für die abgelaufenen Jahre – in denen eine Berufsunfähigkeit vorlag – jeweils neu festgelegt werden können.

Ein vorhandener Schluss-Überschussanteil wird grundsätzlich fällig, wenn die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung endet und dient zur Erhöhung der Leistung aus der Hauptversicherung.

(3) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Einflussfaktoren bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung sind dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.

(2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignisse oder durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person während eines Auslandsaufenthaltes überraschend von Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignissen oder von inneren Unruhen, an welchen sie nicht aktiv beteiligt ist, betroffen wird, bis zum Ende des zehnten Tages nach deren Beginn. Nach Ablauf des zehnten Tages gilt für Gefahren aus Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignissen oder inneren Unruhen wiederum der Ausschluss gemäß Satz 1, es sei denn, die versicherte Person ist aus objektiven Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert, das Gefahrengebiet zu verlassen.

Für Angehörige der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte wie z. B. der Polizei oder des Bundesgrenzschutzes ist die unmittelbar oder mittelbar durch die Teilnahme an mandatierten Missionen der Vereinten Nationen, Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen oder Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen sowie Auslandseinsätzen unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotential verursachte Berufsunfähigkeit, vorbehaltlich einer anderweitigen ausdrücklichen schriftlichen Vereinbarung, nicht mitversichert.

b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person.

c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten.

d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.

e) durch Strahlen auf Grund Kernenergie. Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, werden wir leisten.

f) 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 mit deren Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

(3) Eine Leistung wird durch uns nicht erbracht, wenn die versicherte Person in den letzten drei Jahren vor Vertragsabschluss bei einer Versicherungsgesellschaft, einem gesetzlichen Rentenversicherungsträger oder einer anderen Versorgungseinrichtung Leistungen wegen Berufs-/ Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung beantragt oder bezogen hat.

In diesem Fall erstatten wir die für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gezahlten Beiträge und die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erlischt.

§ 5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

(1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit;

c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung, Tätigkeit und Einkommensverhältnisse im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.

d) Bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise zur Feststellung unserer Leistungspflicht verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die

versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

§ 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von vier Wochen, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.

Während unserer Leistungsprüfung informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

(2) Wir können einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Bis zum Ablauf der Befristung ist dieses Anerkenntnis für uns bindend.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen und den Grad der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit sowie die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nachzuprüfen.

Über die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit der versicherten Person während des Leistungsbezugs haben Sie uns unverzüglich zu unterrichten.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 5 Abs. 2 gelten entsprechend.

(3) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen, oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 Prozent vermindert, stellen wir unsere Leistung ein. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit; sie wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt müssen Sie – sofern wir Ihre Rente als Beitragszahlung für Ihre Hauptversicherung verwendet haben – die Beitragszahlung wieder aufnehmen.

(4) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art oder der Umfang des Pflegefalls derart geändert, dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 2 Abs. 5 nicht mehr vorliegt, stellen wir unsere Leistung ein. Die Bestimmungen des Absatz 3 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.

(5) Wenn wir bei der Nachprüfung feststellen, dass eine Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen bereits vor Durchführung der Nachprüfung nicht mehr bestanden hat, verzichten wir auf die Nachforderung der für diesen Zeitraum erbrachten Leistungen.

Dies gilt nicht bei einer Verletzung Ihrer Informationspflicht über die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit der versicherten Person aus Absatz 1 Satz 2.

§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 5 oder § 7 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Ansprüche aus der Zusatzversicherung bleiben jedoch bestehen, soweit die Verletzung der Mitwirkungspflicht weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Auf die Rechtsfolgen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht wer-

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

§ 9 Wie verteilen wir die bei der Beitragskalkulation in Ansatz gebrachten Kosten?

(1) Die bei der Beitragskalkulation in Ansatz gebrachten Abschluss- und Vertriebskosten verteilen wir in gleichmäßigen Jahresbeträgen mindestens auf die ersten fünf Vertragsjahre, aber nicht länger als bis zum Ablauf der Versicherungsdauer. Die Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten beläuft sich auf 2,5 Prozent der insgesamt für die Zusatzversicherung zu zahlenden Beiträge.

(2) Zur Deckung der für die Verwaltung Ihres Vertrags anfallenden Aufwände ziehen wir bis zum Ablauf der Versicherungsdauer Verwaltungskosten in Höhe von 4,0 Prozent der für die Zusatzversicherung zu zahlenden Beiträge ab.

(3) Zusätzlich wird für die Rentenbezugszeit eine Verwaltungskosten-Rückstellung in Höhe von 1,6 Prozent der versicherten Rente gebildet und bei der Beitragskalkulation in Ansatz gebracht.

(4) Zahlen Sie Ihren Eigenbeitrag nicht in jährlicher Form, erhöhen sich auf Grund der zusätzlichen Verwaltungsaufwendungen die in Absatz 2 – bzgl. Ihrer für die Zusatzversicherung zu zahlenden Beiträge – angegebenen Prozentsätze jeweils bei monatlicher Zahlweise um 1,30 Prozent, vierteljährlicher um 0,70 Prozent und halbjährlicher um 0,25 Prozent.

§ 10 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens mit Beginn der Rentenzahlung aus der Hauptversicherung erlischt die Zusatzversicherung.

Für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wird von den insgesamt für den Altersvorsorgevertrag (bestehend aus Haupt- und Zusatzversicherung) zu zahlenden laufenden Eigenbeiträgen ein Anteil von insgesamt höchstens 20 Prozent für die Deckung des Risikos der Zusatzversicherung in Abzug gebracht.

Kündigung der Zusatzversicherung bzw. des Vertrags

(2) Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen. In diesem Fall fällt kein Rückkaufswert an.

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

Kündigen Sie die Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung, erhalten Sie – soweit vorhanden – den Rückkaufswert. Dieser entspricht dem Deckungskapital Ihrer Zusatzversicherung, welches nach versicherungsmathematischen Grundsätzen zur Deckung des Risikos der Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit gebildet wird, zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Berücksichtigung eines angemessenen Abzugs.

Dieser wird u.a. vorgenommen, da es sich bei Ihrer Zusatzversicherung um ein langfristig kalkuliertes Produkt handelt, bei dem bei Vertragsabschluss eine Leistung bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1 fest zugesagt wird. Wir dürfen dieses Leistungsversprechen nur unter Berücksichtigung angemessener versicherungsmathematischer Annahmen abgeben.

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass sich die Risikogemeinschaft neben den durchschnittlichen Risiken gleichmäßig aus versicherten Personen mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die

Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem höheren Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Abzugs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht.

Daneben dient der Abzug auch dem Ausgleich der nachstehenden Folgen der vorzeitigen Kündigung:

- Verlust von kollektiv gestelltem Risikokapital, an dem alle neu abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen der Risikogemeinschaft partizipieren,
- durch die vorzeitige Kündigung entstehender Verwaltungsaufwand.

Bei Kündigung wird daher ein Abzug vom Deckungskapital Ihrer Versicherung vorgenommen. Der Abzug – bezogen auf das Deckungskapital Ihrer Versicherung – beträgt für Laufzeiten ab 30 Jahren und vertraglichen Endaltern der versicherten Person ab 61 Jahren 80 Prozent. In allen übrigen Konstellationen beträgt der Abzug 100 Prozent.

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

Kündigung des Vertrags zur Übertragung des gebildeten Kapitals auf einen anderen Vertrag

(3) Bei einer Kündigung des Altersvorsorgevertrags zur Übertragung des Kapitals auf einen anderen Vertrag, wird das gebildete Kapital der Hauptversicherung (vgl. § 9 Abs. 5 ff. bei der Klassischen Riester-Rente bzw. § 13 Abs. 6 ff. bei der Fondsgebundenen Riester-Rente) um das Deckungskapital Ihrer Zusatzversicherung – zum Ende des Kalendervierteljahres, zu dem Sie Ihren Altersvorsorgevertrag wirksam gekündigt haben – erhöht. Nähere Informationen zur Höhe des bei Übertragung zur Verfügung stehenden Kapitals können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(4) Sie können Ihre Zusatzversicherung nur zusammen mit der Hauptversicherung beitragsfrei stellen. In diesem Fall erlischt die Zusatzversicherung (die Hauptversicherung wird beitragsfrei fortgeführt) und das nach versicherungsmathematischen Grundsätzen für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode ermittelte Deckungskapital Ihrer Zusatzversicherung wird – sofern keine Leistungen aus der Zusatzversicherung beansprucht werden – auf die Hauptversicherung übertragen.

Sonstige Regelungen

(5) Bei der Berechnung des gebildeten Kapitals für eine Verwendung als Altersvorsorge-Eigenheimbetrag im Sinne des § 92a des Einkommensteuergesetzes wird das Deckungskapital Ihrer Zusatzversicherung nicht berücksichtigt.

(6) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung reduzieren sich die Leistungen aus der Zusatzversicherung entsprechend.

(7) Erbringen wir Leistungen aus der Zusatzversicherung und haben Sie sich für die Verwendung der Rente als Beitragszahlung für Ihre Hauptversicherung entschieden, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Eigenbeitrag unverändert weitergezahlt hätten.

(8) Ansprüche aus der Zusatzversicherung, die auf einer bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung eingetretenen Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung nicht berührt. Leistungen aus der Zusatzversicherung enden jedoch zum Zeitpunkt des Ablaufs der Hauptversicherung, spätestens aber mit Beginn der Rentenzahlung aus der Hauptversicherung.

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

§ 11 Was gilt hinsichtlich des § 19 Abs. 4 VVG?

Wir verzichten auf alle Rechte aus § 19 Abs. 4 Satz 2, 2. Teilsatz VVG.

§ 12 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen dieses Vertrags?

Sind einzelne Bestimmungen dieses Vertrags nicht wirksam, so wird hierdurch die Wirksamkeit des übrigen Vertrags nicht berührt.