VOLKSWOHL BUND
LEBENSVERSICHERUNG a.G.

# Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung

(Tarifbezeichnungen: SBU, SBUJ, SBU+, SBUJ+)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie sind als Versicherungsnehmer unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen. Darin werden die vertragsrechtlichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung Ihrer Versicherung finden Sie in der Kundeninformation „Allgemeine Angaben über steuerliche Aspekte“.
Die hier verwendeten personenbezogenen Bezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechteridentitäten.

**Inhaltsverzeichnis** ..... Seite


**Leistungen**
§ 1 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen? ..... 1
§ 2 Welche Leistungen erbringen wir? ..... 4
§ 3 Was gilt bei Vereinbarung von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit? ..... 5
§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung? ..... 6
§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? ..... 7
§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? ..... 7
§ 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? ..... 8

**Auszahlung von Leistungen**
§ 8 Was ist zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden? ..... 9
§ 9 Wann können Sie Sofortleistungen wegen einer schweren Krankheit oder Beeinträchtigung erhalten? ..... 10
§ 10 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall? ..... 11
§ 11 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? ..... 12
§ 12 Wer erhält die Leistungen? ..... 12
§ 13 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? ..... 12
§ 14 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit? ..... 12
§ 15 Welche Sonderleistungen erbringen wir? ..... 13
§ 16 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit? ..... 13

**Nachversicherungsgarantien**
§ 17 Welche Bedeutung hat die Nachversicherungsgarantie? ..... 13
§ 18 Wann können Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit einschließen? ..... 15
§ 19 Welche Bedeutung hat die Verlängerungsgarantie bei Erhöhung der Regelaltersgrenze? ..... 16

**Anschluss-Pflegeversicherung**
§ 20 Was gilt für die Anschluss-Pflegeversicherung bei BU PLUS (Tarife SBU+, SBUJ+)? ..... 16

**Beiträge**
§ 21 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? ..... 17
§ 22 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? ..... 17
§ 23 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen? ..... 18
§ 24 Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf? ..... 18

**Kündigung und Beitragsfreistellung**
§ 25 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen? ..... 18

**Kosten**
§ 26 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart? ..... 20

**Sonstige Vertragsbestimmungen**
§ 27 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? ..... 20
§ 28 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie? ..... 20
§ 29 Wann können wir die Versicherungsbedingungen ändern? ..... 21
§ 30 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? ..... 21
§ 31 Was können Sie bei Meinungsverschiedenheiten tun? ..... 21
§ 32 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen? ..... 21


## § 1 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

### Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls
- voraussichtlich mindestens sechs Monate zu mindestens 50 % nicht mehr ausüben kann oder
- bereits sechs Monate zu mindestens 50 % nicht mehr ausüben konnte. In diesem Fall gilt dieser Zustand von Anfang an als Berufsunfähigkeit.

Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine berufliche Tätigkeit aus, gilt die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als versichert.

### Umorganisation bei Selbstständigen

(2) Für selbstständige Tätigkeiten gilt:
Die versicherte Person ist nicht berufsunfähig, wenn sie ihren Betrieb so umorganisiert hat, dass sie dort weiter tätig ist und die Tätigkeit der versicherten Person
- ihrer bisherigen Stellung im Betrieb entspricht und
- nicht mit einer unzumutbaren Reduzierung des Einkommens der versicherten Person verbunden ist. Hierbei berücksichtigen wir die Umstände des Einzelfalls sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung. Eine Reduzierung um 20 % oder mehr - bezogen auf das durchschnittliche jährliche Einkommen aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuern in den letzten drei Jahren vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung - ist in jedem Fall unzumutbar.

Wenn die versicherte Person ihren Betrieb nicht wie oben beschrieben umorganisiert hat, können wir - jedoch nur unter

den unten beschriebenen Voraussetzungen - prüfen, ob eine derartige Umorganisation ohne erheblichen Kapitalaufwand möglich wäre. Ist dies der Fall, ist die versicherte Person nicht berufsunfähig.
Diese Prüfung führen wir nur bei selbstständigen Tätigkeiten durch, für die die versicherte Person
- ein Gewerbe angemeldet hat,
- in ihrem Betrieb mindestens 5 Mitarbeiter beschäftigt, wobei Teilzeitkräfte als volle Arbeitskräfte zählen - ohne Berücksichtigung von Auszubildenden, Praktikanten, Aushilfen und Werkstudenten - und
- weniger als 90 % ihrer täglichen Arbeitszeit kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt.

Dies bedeutet, dass wir bei allen Freiberuflern auf eine Umorganisation verzichten, insbesondere bei Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern, Anwälten, Notaren, Steuerberatern und Wirtschaftsprüfern.

**Beruf bei Schülern**

(3) Bei Schülern gilt als zuletzt ausgeübter Beruf die zuletzt betriebene Schulausbildung, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.
Dabei berücksichtigen wir den konkreten Schulalltag wie zum Beispiel die Ausgestaltung des Unterrichts, die Bewältigung der Hausaufgaben, die Ausstattung des Schulgebäudes und den Schulweg.

Wir verzichten auf die Möglichkeit einer abstrakten oder konkreten Verweisung auf eine andere Schulform.

Berufsunfähigkeit liegt allerdings nicht mehr vor, wenn die versicherte Person
- eine Ausbildung,
- ein Studium oder
- eine berufliche Tätigkeit

konkret aufnimmt.
Hierzu zählen keine Tätigkeiten von Menschen mit einer Behinderung außerhalb des allgemeinen Arbeitsmarktes (z. B. in Werkstätten für Menschen mit Behinderung) oder geringfügige Beschäftigungen.

**Beruf bei Auszubildenden**

(4) Bei Auszubildenden gilt als zuletzt ausgeübter Beruf ihre zuletzt betriebene Ausbildung. Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die versicherte Person den angestrebten Ausbildungsberuf im Sinne des Absatzes 1 nicht mehr ausüben kann.

**Beruf bei Studierenden**

(5) Bei Studierenden gilt als zuletzt ausgeübter Beruf das zuletzt betriebene Studium, so wie dieses ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. Dabei berücksichtigen wir den konkreten Studienalltag.
Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn eine berufliche Tätigkeit, die sich in der Regel aus dem Studium der versicherten Person ergibt, im Sinne des Absatzes 1 nicht mehr ausgeübt werden kann.

Die versicherte Person muss an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität oder Fachhochschule studieren.

Wir verzichten auf die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung auf einen anderen Studiengang.

Berufsunfähigkeit liegt allerdings nicht mehr vor, wenn die versicherte Person
- ein anderes Studium,
- eine Ausbildung oder
- eine berufliche Tätigkeit

konkret aufnimmt und das Studium, die Ausbildung oder die berufliche Tätigkeit der Lebensstellung der versicherten Person entspricht.

Bei Studierenden, die sich in der zweiten Hälfte der Regelstudienzeit bzw. der im Durchschnitt üblichen Studienzeit befinden und dies mit den planmäßigen Prüfungs- und Leistungsbescheinigungen nachweisen können, ergibt sich die Lebensstellung aus der Vergütung und sozialen Wertschätzung, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums und der damit verbundenen beruflichen Tätigkeit im ersten Berufsjahr erreicht wird.

Andernfalls bemessen wir die Lebensstellung an derjenigen, die die versicherte Person mit dem zuletzt erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungsabschnitt erreicht hat, bevor die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

**Beruf bei Hausfrauen und Hausmännern**

(6) Wenn die versicherte Person bei Abschluss der Versicherung als Hausfrau bzw. Hausmann tätig war, gilt als zuletzt ausgeübter Beruf die hauswirtschaftliche Tätigkeit. Nimmt sie eine Berufstätigkeit, Ausbildung oder ein Studium auf, ist entsprechend der Absätze 1, 3 oder 4 von diesem Zeitpunkt an der ausgeübte Beruf versichert; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

**Wechsel des Berufs**

(7) Sie müssen uns einen Wechsel oder ein Ende der beruflichen Tätigkeit nicht anzeigen.

**Verzicht auf abstrakte Verweisung**

(8) Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte.

**Konkrete Verweisung**

(9) Berufsunfähigkeit liegt allerdings nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die
- entsprechend ihren Kenntnissen, Fähigkeiten und ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübt werden kann,
- in ihrer gesellschaftlichen Wertschätzung der Lebensstellung entspricht, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat und
- nicht mit einer unzumutbaren Reduzierung des Einkommens der versicherten Person verbunden ist. Hierbei berücksichtigen wir die Umstände des Einzelfalls sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung. Eine Reduzierung um 20 % oder mehr - bezogen auf das jährliche Bruttoeinkommen im zuletzt vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübten Beruf - ist in jedem Fall unzumutbar.

**Berufsunfähigkeit bei Pflegebedürftigkeit**

(10) Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens sechs Monate so hilflos ist, dass sie für zwei oder mehr der folgenden gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens - auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel - täglich Hilfe durch eine andere Person benötigt (Pflegebedürftigkeit).

Mobilität
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - nur mit Unterstützung einer anderen Person in der Lage ist, sich auf ebenem Grund in Räumen fortzubewegen.

An- und Auskleiden
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - die Hilfe einer anderen Person benötigt, um sich an- oder auszukleiden und ggf. ein medizinisches Korsett oder eine Prothese anzulegen und zu befestigen.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - zubereitete und servierte Mahlzeiten nicht ohne Hilfe einer anderen Person zu sich nehmen kann.

Körperpflege
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Hilfe einer anderen Person beim Waschen, bei der Zahnreinigung, beim Kämmen und beim Rasieren benötigt.

Baden und Duschen
Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person ohne die Hilfe einer anderen Person weder baden noch duschen kann.

Verrichten der Notdurft
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil
- sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder 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 kein Hilfebedarf vor.

**Berufsunfähigkeit bei Demenz**

(11) Als Berufsunfähigkeit betrachten wir auch einen Autonomieverlust infolge Demenz. Dieser liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung
- tägliche Beaufsichtigung oder Anleitung bei mindestens vier der in Absatz 10 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt oder
- kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst in erheblichem Umfang gefährden würde.

Als Demenz gelten „mittelschwere Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, oder ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala.

**Berufsunfähigkeit bei Erwerbsminderung**

(12) In den letzten zehn Jahren der Versicherungsdauer betrachten wir die Berufsunfähigkeit auch als gegeben, wenn ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein berufsständisches Versorgungswerk in der Bundesrepublik Deutschland, dem die versicherte Person als Pflichtmitglied angehört, eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente aus medizinischen Gründen gewährt.
Darüber hinaus bewirkt der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers noch keinen Leistungsanspruch.

**Berufsunfähigkeit bei Tätigkeitsverbot wegen Infektionsgefahr**

(13) Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die zuständige Behörde gegenüber der versicherten Person wegen einer Infektion oder wegen einer Fremdgefährdung aufgrund einer Infektion ein teilweises oder vollständiges Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) ausspricht.
Das Tätigkeitsverbot muss dazu führen, dass die versicherte Person ihren zuletzt ausgeübten Beruf
- mindestens sechs Monate zu mindestens 50 % nicht mehr ausüben kann oder
- bereits seit sechs Monaten zu mindestens 50 % nicht mehr ausüben konnte. In diesem Fall gilt dieser Zustand von Anfang an als Berufsunfähigkeit.

Die Absätze 7 bis 9 gelten entsprechend.

**Berufsunfähigkeit bei Wechsel in Teilzeit (Teilzeitklausel)**

(14) Reduziert die versicherte Person innerhalb der Versicherungsdauer den zeitlichen Umfang ihrer arbeitsvertraglich vereinbarten Vollzeittätigkeit aus einem der unten aufgeführten, nicht medizinischen Gründe vorübergehend auf eine Teilzeittätigkeit, so legen wir unserer Prüfung die vertraglich vereinbarte, wöchentliche Arbeitszeit der ursprünglichen Vollzeittätigkeit zugrunde.

Liegt unter diesen Voraussetzungen eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit vor, erhalten Sie die vereinbarten Leistungen gemäß § 2.
Sollten wir nach Anerkennung unserer Leistungspflicht eine Nachprüfung im Sinne des § 14 vornehmen, so legen wir bei einer möglichen Vergleichsbetrachtung auch hier den zeitlichen Rahmen der ursprünglichen Vollzeittätigkeit zugrunde.

Gründe sind folgende:

**Gesetzliche Elternzeit**
Die versicherte Person hat ihre Vollzeittätigkeit während ihrer Elternzeit nach § 15 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) auf eine Teilzeittätigkeit reduziert, um sich um die Kinderbetreuung und Kindererziehung kümmern zu können.
Innerhalb der ersten 36 Monate seit der Reduzierung auf eine Teilzeittätigkeit legen wir unserer Prüfung den zeitlichen Umfang der ursprünglichen Vollzeittätigkeit zugrunde.

Als Nachweis gilt die Bescheinigung des Arbeitgebers über die Elternzeit nach § 16 Abs. 1 S. 8 BEEG sowie der für diesen Zeitraum auf die Teilzeittätigkeit geänderte Arbeitsvertrag oder eine entsprechende Zusatzvereinbarung.

**Pflege eines Angehörigen**
Die versicherte Person hat ihre Vollzeittätigkeit auf eine Teilzeittätigkeit reduziert, um einen pflegebedürftigen Angehörigen in größerem Umfang zu pflegen. Sie gilt daher als Pflegeperson im Sinne des § 19 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) und erhält aufgrund ihrer Pflegetätigkeit Leistungen zur sozialen Sicherung der Altersversorgung nach § 44 Abs. 1 SGB XI.
Innerhalb der ersten 24 Monate seit der Reduzierung auf eine Teilzeittätigkeit legen wir unserer Prüfung den zeitlichen Umfang der ursprünglichen Vollzeittätigkeit zugrunde.

Als Nachweis gilt die schriftliche Mitteilung, dass die versicherte Person dem zuständigen Rentenversicherungsträger als Pflegeperson gemeldet wurde, so wie es in § 44 Abs. 3 und 4 SGB XI beschrieben wird, sowie der auf die

Teilzeittätigkeit geänderte Arbeitsvertrag oder eine entsprechende Zusatzvereinbarung.

**Kurzarbeit**
Die regelmäßige Arbeitszeit der versicherten Person wird aufgrund eines erheblichen betrieblichen Arbeitsausfalls vorübergehend deutlich verringert. Sie erhält daher Kurzarbeitergeld gemäß §§ 95 ff. SGB III.
Der Grund für den betrieblichen Arbeitsausfall ist nicht relevant.
Innerhalb der ersten 12 Monate seit Beginn der Kurzarbeit legen wir unserer Prüfung den zeitlichen Umfang der ursprünglichen Vollzeittätigkeit zugrunde.

Als Nachweis gilt die zwischen der versicherten Person und dem Arbeitgeber geschlossene Vereinbarung über die Kurzarbeit.

(15) Die gesetzlichen Bezugnahmen in Absatz 14 beziehen sich jeweils auf den Stand zum 01.01.2025.

(16) Zusätzlich zu den oben aufgeführten Regelungen bieten wir Ihnen bei einer anlassbezogenen Reduzierung der Vollzeittätigkeit in eine Teilzeittätigkeit folgende Möglichkeit:
Sobald einer der oben genannten Anlässe nachweisbar vorliegt, haben Sie das Recht, Ihren Versicherungsschutz auf die aktuelle Situation der Teilzeitbeschäftigung anzupassen und die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente sowie die damit verbundenen Beiträge entsprechend zu reduzieren.
Nimmt die versicherte Person bei Wegfall des teilzeitauslösenden Anlasses ihre Vollzeittätigkeit sodann wieder auf, können Sie den Versicherungsschutz innerhalb von 6 Monaten nach Wiedereintritt in die Vollzeittätigkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder bis auf die ursprüngliche Höhe anheben. Bis zu diesem Zeitpunkt darf jedoch weder ein Versicherungsfall im Rahmen einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung eingetreten, noch dürfen Leistungen aus einer dieser Versicherungen beantragt worden sein.

(17) Wenn in Absatz 16 oder auch an anderen Stellen dieser Bedingungen davon die Rede ist, dass wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung verzichten, so bedeutet dies außerdem, dass wir auch keine Fragen
- zu Größe und Gewicht,
- zum Rauchverhalten,
- zu riskanten Hobbies oder
- zu Auslandsaufenthalten

der versicherten Person stellen.
Sollten sich Änderungen der genannten Punkte während der Vertragslaufzeit ergeben - z. B. wenn die versicherte Person vom Nichtraucher zum Raucher wird -, so müssen Sie diese nicht anzeigen.

## § 2 Welche Leistungen erbringen wir?

### Vereinbarte Leistungen

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig, erbringen wir folgende Leistungen:
a) Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus;
b) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht;

(2) Bei Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung erhöht sich die Rente im Leistungsbezug zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens ein Jahr nach Beginn der Rentenzahlung, um den vereinbarten Prozentsatz.

(3) Zusätzlich zu den im Versicherungsschein beschriebenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe § 4).

### Leistungsbeginn

(4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn der Berufsunfähigkeits-Versicherung.
Diese Regelung gilt sinngemäß für die zusätzliche Pflegerente gemäß Absatz 12.

### Karenzzeit

(5) Bei Vereinbarung einer Karenzzeit für die Berufsunfähigkeitsrente entsteht Ihr Anspruch auf Rente zum Ablauf der Karenzzeit, gerechnet vom Ende des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.
Die Karenzzeit gilt nicht für die Beitragsbefreiung und die zusätzliche Pflegerente gemäß Absatz 12.

Ist eine Karenzzeit vereinbart und entsteht erneut ein Anspruch auf die vereinbarte Rentenleistung aus dem gleichen medizinischen Grund, aufgrund dessen bereits Leistungen gewährt wurden, setzt dies keine neue Karenzzeit in Gang.

### BU - Einmalleistung

(6) Haben Sie mit uns den Baustein „Einmalleistung“ vereinbart und wird die versicherte Person während der Vertragsdauer berufsunfähig wie in § 1 beschrieben, erbringen wir zusätzlich eine Einmalleistung in Höhe von zwölf Monatsrenten, maximal jedoch 72.000 Euro.
Bei der Berechnung der Einmalleistung werden zusätzliche Pflegerenten aus dem Baustein „BU PLUS“ nicht berücksichtigt.

(7) Die Einmalleistung erbringen wir beim erstmaligen Eintritt der Berufsunfähigkeit und nur einmal während der gesamten Versicherungsdauer.

(8) Bei unserer Berufsunfähigkeits-Versicherung „BU Perfect Start“ (Tarif SBUJ) und „BU Perfect Start PLUS“ (Tarif SBUJ+), wie in Absatz 11 geregelt, ist die Vereinbarung des Bausteins „Einmalleistung“ nicht möglich. Ebenfalls ist eine Kombination des Bausteins „Einmalleistung“ mit einer Karenzzeit ausgeschlossen.

(9) Sie können den Baustein „Einmalleistung“ jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Voraussetzung ist, dass wir noch keine Leistungen aus dem Baustein erbracht haben und Sie noch keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt haben. Wenn Sie den Baustein kündigen, zahlen wir hierfür keinen Rückkaufswert aus.

(10) Ein nachträglicher Einschluss bzw. Wiedereinschluss des Bausteins „Einmalleistung“ ist nicht möglich.

### BU Perfect Start

(11) Haben Sie mit uns eine Berufsunfähigkeits-Versicherung „BU Perfect Start“ (Tarif SBUJ) oder „BU Perfect Start PLUS“ (Tarif SBUJ+) vereinbart, gilt Folgendes:

(a) Die bei Vertragsabschluss vereinbarte Leistung bleibt während der ersten fünf Versicherungsjahre konstant. Zum 5., 6., 7., 8. und 9. Jahrestag des Versicherungsbeginns sinkt die Berufsunfähigkeitsrente bei gleichbleibendem Beitrag jeweils in dem im Versicherungsschein genannten

Umfang, sofern nicht eine Erhöhung gemäß Buchstabe b erfolgt. Danach bleibt die Berufsunfähigkeitsrente für die verbleibende Versicherungsdauer konstant.

(b) Damit der Versicherungsschutz über die gesamte Versicherungsdauer in voller Höhe erhalten bleibt, wird die Berufsunfähigkeitsrente zu den in Buchstabe a genannten Zeitpunkten für alle Folgejahre ohne erneute Gesundheitsprüfung im Umfang der jeweiligen Reduzierung (Buchstabe a) erhöht. Der Beitrag steigt dadurch nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechend. Bei der Berechnung der Erhöhungen finden die bei Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen Anwendung. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung.

(c) Die jeweilige Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen. Unterbliebene Erhöhungen können nur bis zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns nachgeholt werden.

(d) Die Reduzierung der Berufsunfähigkeitsrente wirkt sich auf bestehende Leistungsansprüche nicht aus. Eine Erhöhung des Beitrags und der Berufsunfähigkeitsrente gemäß Buchstabe b erfolgt nicht, solange ein Anspruch auf Leistung besteht.

(e) Sofern der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt, weil die Berufsunfähigkeit endet (Absatz 13), werden die gemäß Buchstabe d unterbliebenen Erhöhungen nachgeholt. Buchstabe c gilt entsprechend.

(f) Die Buchstaben a bis e gelten entsprechend für die beim Tarif SBUJ+ vereinbarte zusätzliche Pflegerente gemäß Absatz 12.

(g) Sofern Sie mit uns die Dynamikform Q vereinbart haben, beginnen die planmäßigen Erhöhungen der Beiträge und Leistungen nach Ablauf von zehn Jahren.

**Pflege-Schutzbrief - BU PLUS**

(12) Haben Sie mit uns eine Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Pflege-Schutzbrief „BU PLUS“ (Tarif SBU+) oder „BU Perfect Start PLUS“ (Tarif SBUJ+) vereinbart, so erbringen wir eine zusätzliche lebenslange Pflegerente in vereinbarter Höhe, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne von § 1 Abs. 10 wird oder ein Autonomieverlust infolge Demenz im Sinne von § 1 Abs. 11 vorliegt.

**Leistungsende**

(13) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt,
- wenn die versicherte Person stirbt,
- wenn die vereinbarte Leistungsdauer endet oder
- wenn die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 1 endet.

Der Anspruch auf die zusätzliche Pflegerente gemäß Absatz 12 erlischt,
- wenn die versicherte Person stirbt oder
- wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Abs. 10 und kein Autonomieverlust infolge Demenz im Sinne von § 1 Abs. 11 mehr vorliegt.

Stirbt die versicherte Person oder erlebt sie den Ablauf der Versicherungsdauer, ohne dass ein Versicherungsfall eingetreten ist, wird - ggf. bis auf die Auszahlung der angesammelten Überschüsse gemäß § 4 Abs. 2 Buchst. b, Nr. 3 oder 4 - keine Leistung fällig.

**Weltweiter Versicherungsschutz**

(14) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

**§ 3 Was gilt bei Vereinbarung von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit?**

**Definition der Arbeitsunfähigkeit**

(1) Als arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen gilt die versicherte Person, wenn entweder
- auf sie für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Wochen ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausgestellt wurden und ein Facharzt bescheinigt, dass sie voraussichtlich ununterbrochen bis zum Ende eines insgesamt mindestens sechsmonatigen Zeitraums arbeitsunfähig sein wird oder
- auf sie für einen zusammenhängenden Zeitraum von bereits sechs Monaten ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausgestellt wurden. Davon muss mindestens eine von einem Facharzt ausgestellt worden sein.

Bei Arbeitnehmern müssen die ärztlichen Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz entsprechen. Bei Beamten, freiberuflich Tätigen, Selbstständigen, Studierenden, Schülern, Hausfrauen und -männern müssen die Bescheinigungen gemäß Satz 1 und 2 ebenfalls vorliegen, jedoch ohne die Voraussetzungen des § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz erfüllen zu müssen.

**Vereinbarte Leistungen**

(2) Haben Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit vereinbart und wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung arbeitsunfähig im Sinne von Absatz 1, erbringen wir folgende Leistungen:
a) Monatliche Zahlungen in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente für die in den Absätzen 4 und 5 genannte Dauer;
b) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die in den Absätzen 4 und 5 genannte Dauer.

Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 löst noch keine Einmalleistung gemäß § 2 Abs. 6 aus.

**Leistungen für Schüler**

(3) Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit sind bei Schülern im Sinne des § 1 Abs. 3 längstens bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres ohne Mehrbeitrag mitversichert. Danach entfallen die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.
Sie können die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit allerdings ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in den bestehenden Vertrag gemäß § 18 einschließen.

**Dauer der Leistungen**

(4) Die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir, solange
- die versicherte Person ununterbrochen arbeitsunfähig ist und
- die Leistungsdauer dieser Versicherung nicht abgelaufen ist und
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Sofortleistungen gemäß § 9 erbringen und
- die versicherte Person lebt.

Wenn die versicherte Person nicht mehr ununterbrochen arbeitsunfähig ist oder stirbt, enden unsere Leistungen mit Ablauf des Monats, in dem das Ereignis eingetreten ist.

Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung gemäß § 74 SGB V stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar.

(5) Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir für maximal 36 Monate. Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer mehrfach arbeitsunfähig gemäß Absatz 1 wird, ist die Leistungsdauer wegen Arbeitsunfähigkeit für alle eintretenden Arbeitsunfähigkeiten zusammen auf 36 Monate beschränkt.

**Leistungsbeginn**

(6) Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in den der Beginn der Arbeitsunfähigkeit fällt, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn der Berufsunfähigkeits-Versicherung.

**Karenzzeit**

(7) Ist eine Karenzzeit vereinbart, so beziehen sich die Regelungen aus § 2 Abs. 5 nicht nur auf Berufsunfähigkeit, sondern auch auf Arbeitsunfähigkeit gemäß Absatz 1. Bei der maximalen Leistungsdauer von 36 Monaten gemäß Absatz 5 werden auch die Monate berücksichtigt, in denen Arbeitsunfähigkeit vorlag, aber aufgrund einer Karenzzeit noch keine Rentenleistung erbracht wurde.

**Gleichzeitige Berufsunfähigkeit**

(8) Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.
Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 vorliegt und für den Zeitraum seit Eintritt der festgestellten Berufsunfähigkeit bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, so werden diese Leistungen mit den für diesen Zeitraum fälligen Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet und bei der maximalen Leistungsdauer von 36 Monaten gemäß Absatz 5 nicht berücksichtigt. Entsprechendes gilt, wenn Sofortleistungen gemäß § 9 für einen Zeitraum fällig werden, für den bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden.

**Mitwirkungspflichten**

(9) Wenn Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verlangt werden, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers Bescheinigungen gemäß Absatz 1 eingereicht werden.

Wir können weitere notwendige Nachweise anfordern. Hierzu gehören insbesondere Informationen und Nachweise über die Gesundheit der versicherten Person sowohl vor als auch nach Vertragsbeginn.

Sie müssen nicht gleichzeitig einen Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit stellen.

Eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit erbringen wir nicht automatisch, wenn die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit enden. Leistungen wegen Berufsunfähigkeit müssen Sie gesondert beantragen.

**Nachprüfung**

(10) Wenn wir Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt zu prüfen, ob nach wie vor eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person vorliegt.

Wenn Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit aus einem der in Absätzen 4 oder 5 genannten Gründe enden, besteht kein Anspruch auf Sonderleistungen gemäß § 15.

**Wegfall der Arbeitsunfähigkeit**

(11) Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.

**Weitere Regelungen**

(12) Soweit in diesem Paragrafen nichts anderes geregelt ist, gelten die Regelungen dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung auch für die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.
Die in Ihrem Versicherungsschein geregelten Ausschlüsse und besonderen Vereinbarungen zu Art und Umfang dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung gelten auch für die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.

**Kündigung**

(13) Sie können die Vereinbarung von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Voraussetzung ist, dass wir keine Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht haben und Sie solche Leistungen nicht beantragt haben. Wenn Sie die Vereinbarung kündigen, zahlen wir hierfür keinen Rückkaufswert aus.

## § 4 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 zum Zeitpunkt des Jahresabschlusses vorliegenden Bewertungsreserven werden im Anhang des Geschäftsberichtes 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 können entstehen, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko oder die Kosten niedriger oder die Kapitalerträge höher sind als bei der Tarifkalkulation angenommen. An solchen Überschüssen beteiligen wir die Versicherungsnehmer. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

(b) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen 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 so genannten 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 § 140 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Abs. 1 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 aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen - zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden (vgl. § 25 Abs. 6). Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, fließt ein Teil davon den Versicherungsnehmern gemäß § 153 Abs. 3 VVG nach dem in Abs. 2 Buchst. c beschriebenen Verfahren zu. Die Bewertungsreserven werden jährlich im Geschäftsbericht ausgewiesen, unterjährig aktualisiert und am Monatsanfang zur Verteilung festgelegt. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

**(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags**

(a) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, die in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Die Überschussanteilsätze werden jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen sie in unserem Geschäftsbericht, den Sie auf unserer Internetseite finden können.
Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteilsätze und für die Beteiligung an den Bewertungsreserven werden nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelt. Die dafür geltenden Rechnungsgrundlagen liegen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bereich Versicherungen) vor.

(b) Überschusszuteilung und Überschussverwendung vor Eintritt des Versicherungsfalles

Die Überschussanteile können je nach Vereinbarung insbesondere wie folgt alternativ verwendet werden:
1. Als Rabatt auf den fälligen Beitrag.
2. Als zusätzliche Leistung (Bonusrente). Diese wird gleichzeitig mit der vereinbarten Leistung fällig; sie ist während des Rentenbezugs der Höhe nach garantiert und wie die vereinbarte Rente am Überschuss (siehe Buchstabe d) beteiligt.
3. Sie können verzinslich angesammelt werden.
4. Sie können zum Kauf von Fondsanteilen verwendet und als Fondsvermögen geführt werden (Fondsansammlung).

Bei beitragsfreien Versicherungen werden die laufenden Überschussanteile stets für eine Bonusrente verwendet.

Bei der verzinslichen Ansammlung bzw. der Fondsansammlung erfolgt die Überschusszuteilung zum Ende eines jeden Versicherungsjahres. Das angesammelte Guthaben bzw. der Geldwert des Fondsvermögens wird mit der ersten Rentenzahlung, spätestens bei Beendigung der Versicherung (Ablauf, Kündigung, Tod der versicherten Person) ausgezahlt.

Wir werden Sie jährlich über den Stand der Überschussbeteiligung informieren, sobald sich der Wert der bereits zugeteilten Überschussanteile geändert hat.

(c) Beteiligung an den Bewertungsreserven

Für Ihren Vertrag wird eine Bemessungsgröße berechnet, die widerspiegelt in welchem Umfang Ihr Vertrag zur Bildung der Bewertungsreserven beigetragen hat. Ihrem Vertrag wird rechnerisch der Anteil der Bewertungsreserven zugeordnet, der dem Anteil seiner Bemessungsgröße an der Summe der Bemessungsgrößen aller anspruchsberechtigten Verträge entspricht. Bei Beendigung der Versicherung, spätestens zum Rentenbeginn, wird Ihrem Vertrag die Hälfte dieses Betrags zugeteilt; auf die andere Hälfte haben Sie keinen Anspruch. Der Zuteilungsbetrag wird bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt bzw. bei Rentenbeginn wie laufende Überschüsse verwendet.
Auch während des Rentenbezugs werden wir Sie an den Bewertungsreserven beteiligen.

Da die Bewertungsreserven auch kurzfristig starken Schwankungen bis hin zur vollständigen Auflösung unterliegen können, ist eine Prognose der Höhe der Zuteilung aus den Bewertungsreserven nicht möglich.

(d) Form und Verwendung der Überschussanteile während des Rentenbezugs

Berufsunfähigkeits-Versicherungen im Rentenbezug erhalten nach mindestens einjähriger Zahlungsdauer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile. Diese werden für beitragsfreie Zusatzrenten verwendet und erhöhen so die Rentenleistung.

**(3) Höhe der Überschussbeteiligung**

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Einflussfaktoren sind die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sowie des Kapitalmarkts. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

**§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?**

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Einlösungsbeitrags (siehe § 21 Abs. 2 und § 22 Abs. 2).

**§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zum Versicherungsfall gekommen ist.

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Ansprüche unmittelbar oder mittelbar verursacht sind:

a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Bei einfach und grob fahrlässig begangenen Verstößen und allen Delikten im Straßenverkehr leisten wir uneingeschränkt;
b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
c) durch Kriegsereignisse. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person entweder während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war oder denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten ausgesetzt war, bei dem sie als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei aufgrund eines Mandats der NATO, UNO, EU oder OSZE an humanitären Hilfeleistungen (z. B. „Ärzte ohne Grenzen“) oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat;
d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder von 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;
e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich den Versicherungsfall herbeigeführt haben;
f) 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 dem Einsatz oder der Freisetzung eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.
   Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden. Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von sechs Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und ggf. bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

## § 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

### Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

(2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

(3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

### Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

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

können.

### Rücktritt

(5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

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

ursächlich war.
Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt er, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

### Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

(9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 25 in einen beitragsfreien Vertrag um.

**Vertragsänderung**

(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.
Wir verzichten auf das Recht den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

(12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

**Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte**

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

(14) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

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

**Anfechtung**

(17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst 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. Absatz 7 gilt entsprechend.

**Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung**

(18) Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

**Erklärungsempfänger**

(19) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

(20) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrags können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

**§ 8 Was ist zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?**

**Meldung des Anspruchs**

(1) Ihre Anspruchstellung sollte unverzüglich - d. h. ohne schuldhaftes Zögern - erfolgen, wenn die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Auch bei späterer Anzeige leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit.
Entsprechendes gilt für die zusätzliche Pflegerente gemäß § 2 Abs. 12.

(2) Falls die Leistungsdauer über die Versicherungsdauer hinausgeht, können Ansprüche, die durch den Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, auch nach deren Ablauf geltend gemacht werden.
Entsprechendes gilt für die zusätzliche Pflegerente gemäß § 2 Abs. 12.

**Zinslose Stundung während der Leistungsprüfung**

(3) Wenn Sie Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung beantragen, bieten wir Ihnen bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht die zinslose Stundung der Beiträge an.
Stellt sich heraus, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, sind die gestundeten Beiträge unverzinst nachzuzahlen. Diese können Sie in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 24 Monatsraten nachentrichten. Sofern Sie es wünschen und dies tariflich möglich ist, kann der Ausgleich auch durch eine Verrechnung mit dem vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei können Sie zwischen einer Verringerung der Leistungen oder einer Erhöhung des Beitrags wählen.

Bei festgestellter Leistungspflicht zahlen wir die über den Monat des Eintritts der Berufsunfähigkeit hinaus gezahlten Beiträge unverzinst zurück.

**Mitwirkungspflichten**

(4) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, sind uns unverzüglich - d. h. ohne schuldhaftes Zögern - auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Unterlagen einzureichen:

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

b) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln oder bisher behandelt oder untersucht haben. Die Berichte müssen folgende Punkte enthalten:
   - Ursache des Leidens,
   - Beginn des Leidens,
   - Art des Leidens,
   - Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens,
   - den Umfang, in dem die versicherte Person ihren Beruf nicht mehr ausüben kann,
   - wenn Pflegebedürftigkeit vorliegt, Art und Umfang der notwendigen Pflege sowie,
   - wenn Demenz vorliegt, Art und Umfang der notwendigen Beaufsichtigung sowie Schweregrad;

c) bei Schülern Nachweise über die sonderpädagogische Förderung oder den Wechsel auf eine Förderschule und den jeweiligen Grund dafür;

d) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;

e) bei Pflegebedürftigkeit oder Autonomieverlust infolge Demenz zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die die versicherte Person pflegt oder beaufsichtigt. Aus dieser Bescheinigung müssen Art und Umfang der Pflege oder der Notwendigkeit der Beaufsichtigung hervorgehen;

f) bei Vorliegen eines Tätigkeitsverbots nach dem Infektionsschutzgesetz eine amtlich beglaubigte Kopie der Verfügung.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskunft nach § 28 vorgelegt wird.

**Weitere Untersuchungen und Nachweise**

(5) Wir können außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte unabhängige Ärzte verlangen.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden.
Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, dem Vereinigten Königreich, in Island, Norwegen, der Schweiz, USA oder Kanada, prüfen wir auf Ihren Wunsch hin, ob dort eine qualitativ gleichwertige Untersuchung möglich und eine Reise vermeidbar ist.

Wir übernehmen alle notwendigen Kosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen entstehen (z. B. Untersuchungs-, Reise-, Unterbringungs- und Verpflegungskosten).

Außerdem können wir weitere notwendige Nachweise über die wirtschaftlichen und gesundheitlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen verlangen.
Zu diesen Nachweisen gehören:
- Lohn- und Gehaltsabrechnungen,
- Steuerbescheide,
- Gewinn- und Verlustrechnungen,
- Bilanzen und
- zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen über den Gesundheitszustand der versicherten Person vor oder nach Ihrer Vertragserklärung.

(6) Sämtliche Unterlagen sind uns in deutscher Sprache oder beglaubigter Übersetzung vorzulegen.

**Ärztliche Empfehlungen und Maßnahmen**

(7) Lässt die versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen dieser Versicherung nicht entgegen.

Die versicherte Person ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen,
- die gefahrlos sind,
- die nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
- von denen eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B.:
- die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen),
- die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder
- das Tragen von Stützstrümpfen.

(8) Die Absätze 1 bis 6 gelten sinngemäß, wenn bei den Tarifen SBU+ und SBUJ+ die zusätzliche Pflegerente (§ 2 Abs. 12) verlangt wird.

**§ 9 Wann können Sie Sofortleistungen wegen einer schweren Krankheit oder Beeinträchtigung erhalten?**

**Voraussetzungen für Sofortleistungen**

(1) Wenn bei der versicherten Person während der Dauer dieser Versicherung eine der im Folgenden beschriebenen schweren Krankheiten oder Beeinträchtigungen eintritt, haben Sie die Möglichkeit, besonders schnell so genannte Sofortleistungen zu erhalten. Die genauen Regelungen hierzu finden Sie ab Absatz 2. Bei den schweren Krankheiten und Beeinträchtigungen handelt es sich um:

Krebs
Die versicherte Person hat aufgrund einer Krebserkrankung
- eine Chemotherapie oder eine Strahlentherapie begonnen oder diese steht unmittelbar bevor und es wurde mindestens eine Metastase festgestellt oder
- eine palliative Therapie begonnen oder diese steht unmittelbar bevor.

Herzinfarkt
Bei der versicherten Person ist durch einen Herzinfarkt die Herzleistung so eingeschränkt, dass eine Reduktion der Ejektionsfraktion auf weniger als 30 Prozent über mindestens 14 Tage hinweg trotz medikamentöser Behandlung besteht.

Schlaganfall
Bei der versicherten Person ist durch einen Schlaganfall eine Körperhälfte so gelähmt, dass ein Kraftverlust von mindestens 5/6 über mindestens 14 Tage hinweg besteht.

Erkrankung oder Verletzung der Lunge
Bei der versicherten Person ist die Lungenfunktion durch eine Verletzung oder Erkrankung (z. B. schweres Asthma, Emphysem, chronische Entzündung) unumkehrbar so eingeschränkt, dass sie eine Sauerstoff-Langzeit-Therapie mit einem Umfang von mindestens acht Stunden pro Tag begonnen hat.

Querschnittslähmung
Bei der versicherten Person liegt eine komplette Querschnittslähmung vor.

Sehverlust
Bei der versicherten Person liegt ein vollständiger, organischer und unumkehrbarer Sehverlust vor, der auch durch Einsatz von Hilfsmitteln (z. B. Brille, Kontaktlinsen) nicht behoben werden kann.

Hörverlust
Bei der versicherten Person liegt ein vollständiger, organischer und unumkehrbarer Hörverlust vor, der auch bei Einsatz von Hilfsmitteln (z. B. Hörgerät, Implantat) nicht behoben werden kann.

Sprachverlust
Bei der versicherten Person liegt ein vollständiger, organischer und unumkehrbarer Sprachverlust vor, der auch bei Einsatz von Hilfsmitteln (z. B. Kehlkopfmikrofon) nicht behoben werden kann.

**Beantragung**

(2) Bei der Beantragung von Sofortleistungen reicht es, wenn Sie Ihrem Antrag einen Bericht eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung beifügen.
Der Bericht muss Folgendes enthalten:
- den Zeitpunkt, zu dem die ursächliche Krankheit oder Beeinträchtigung erstmalig diagnostiziert wurde, sowie den Zeitpunkt, zu dem der in Absatz 1 beschriebene Schweregrad erstmalig diagnostiziert wurde,
- eine genaue Beschreibung der Erkrankung,
- im Falle einer Krebserkrankung den Behandlungsplan sowie die Tumorklassifikation,
- im Falle eines Herzinfarktes oder eines Schlaganfalls den Befund der Verlaufskontrolle im Abstand von 14 Tagen nach der Erstdiagnose und
- im Falle einer Erkrankung oder Verletzung der Lunge den Nachweis über die begonnene Sauerstoff-Langzeit-Therapie.

Der Antrag muss innerhalb von sechs Monaten nach der ersten Diagnose der schweren Krankheit oder Beeinträchtigung gestellt werden. Außerdem können Sie den Antrag nur in Verbindung mit einem Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit stellen.
Nach Vorliegen der Unterlagen erklären wir innerhalb von fünf Werktagen in Textform, ob eine schwere Krankheit oder Beeinträchtigung gemäß Absatz 1 vorliegt. Ist dies der Fall, erhalten Sie die in Absatz 3 beschriebenen Leistungen.

**Vereinbarte Leistungen**
(3) Als Sofortleistungen erbringen wir:
a) Monatliche Zahlungen in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente für die in Absatz 4 genannte Dauer;
b) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die in Absatz 4 genannte Dauer.

**Dauer der Sofortleistungen**

(4) Die Sofortleistungen erbringen wir für eine Dauer von 18 Monaten, es sei denn
- die Leistungsdauer dieser Versicherung ist abgelaufen oder
- wir erbringen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder
- die versicherte Person stirbt.

Eine Besserung des Gesundheitszustands führt nicht zu einer Einstellung der Sofortleistungen.

**Leistungsbeginn**

(5) Der Anspruch auf Sofortleistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die schwere Krankheit oder Beeinträchtigung in der in Absatz 1 beschriebenen Form eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn der Berufsunfähigkeits-Versicherung.

**Karenzzeit**

(6) Ist eine Karenzzeit vereinbart, so beziehen sich die Regelungen aus § 2 Abs. 5 nicht nur auf Berufsunfähigkeit, sondern auch auf die Sofortleistungen. Bei der maximalen Leistungsdauer von 18 Monaten gemäß Absatz 4 werden auch die Monate berücksichtigt, in denen aufgrund einer Karenzzeit noch keine Rentenleistung erbracht wurde.

**Gleichzeitige Berufsunfähigkeit**

(7) Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Sofortleistungen.
Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 vorliegt und für den Zeitraum seit Eintritt der festgestellten Berufsunfähigkeit bereits Sofortleistungen erbracht wurden, so werden diese Leistungen mit den für diesen Zeitraum fälligen Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet.

**Weitere Regelungen**

(8) Sofortleistungen können Sie während der Dauer Ihrer Versicherung auch mehrfach beantragen. In Monaten, in denen sich Leistungszeiträume überschneiden, wird jedoch nur eine Rentenleistung erbracht.

(9) Bitte beachten Sie: Sofern wir nach Anerkennung von Sofortleistungen eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 7 feststellen, können wir vom Vertrag zurücktreten oder diesen anfechten, unsere Leistungen einstellen und bereits erbrachte Leistungen zurückfordern.

(10) Soweit in diesem Paragrafen nichts anderes geregelt ist, gelten die Regelungen dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung auch für die Sofortleistungen.
Die in Ihrem Versicherungsschein geregelten Ausschlüsse und besonderen Vereinbarungen zu Art und Umfang dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung gelten auch für die Sofortleistungen.

**§ 10 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?**

Wir unterstützen und beraten Sie gerne im Leistungsfall. Insbesondere bei Fragen
- zur Beantragung von Leistungen,
- zum Verfahren der Leistungsprüfung,
- zum Umfang der Leistungen,
- zum Nachweis der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit,
- zu den beizubringenden Unterlagen,
- zur Beschreibung der ausgeübten beruflichen Tätigkeit sowie
- zur betrieblichen Umgestaltung bei Selbstständigen.

Außerdem nennen wir Ihnen auf Wunsch Ansprechpartner für berufliche Integration oder medizinische Rehabilitation.

Gerne können Sie uns hierzu auch anrufen. Alle erforderlichen Formulare, mit denen Sie Leistungen beantragen können, erhalten Sie direkt von uns.

**§ 11 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?**

(1) Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig, in Abständen von maximal drei Wochen, über den Sachstand informieren und fehlende Unterlagen unverzüglich anfordern. Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von fünf Arbeitstagen in Textform, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Wir verzichten auf das Recht gemäß § 173 Abs. 2 VVG, ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis auszusprechen.

(3) Wenn derjenige, der den Anspruch auf Leistungen geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung nicht einverstanden ist, hat er die Möglichkeit, dagegen rechtlich vorzugehen. Beachten Sie bitte hierbei wie bei allen Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, dass diese in drei Jahren verjähren. Es gelten die zivilrechtlichen Verjährungsregeln der §§ 194ff des Bürgerlichen Gesetzbuches.

**§ 12 Wer erhält die Leistungen?**

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.

(2) Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person dieser Versicherung sind, kann die Versicherung der Versicherungsteuerpflicht unterliegen.
Damit auf die Beiträge Ihrer Versicherung keine Versicherungsteuer anfällt, gilt für die Benennung des Bezugsberechtigten Folgendes:
Sie können als Bezugsberechtigten nur die versicherte Person oder einen Angehörigen der versicherten Person benennen.

Wer zu den Angehörigen der versicherten Person gehört, ist in § 15 Abgabenordnung und § 7 Pflegezeitgesetz geregelt. Zum Stand 01.01.2025 gehören hierzu folgende Personen:
- Ehegatten und Lebenspartner, auch dann, wenn die die Angehörigenstellung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht,
- Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft,
- Verlobte,
- Verwandte und Verschwägerte in gerader Linie, auch dann, wenn die die Angehörigenstellung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht, sowie Adoptivkinder,
- Kinder, Adoptivkinder oder Pflegekinder des Ehepartners oder Lebenspartners,
- Geschwister,
- Nichten und Neffen,
- Schwäger und Schwägerinnen, auch dann, wenn die die Angehörigenstellung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht,
- Onkel und Tanten,
- Pflegeeltern und Pflegekinder, auch dann, wenn die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, die Personen aber weiterhin, wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind.

Benennen Sie eine Person, die nicht zum oben genannten Personenkreis gehört, ist die Benennung des Bezugsberechtigten unwirksam. In diesem Fall erbringen wir die Leistung an die versicherte Person oder an ihre gesetzlichen Erben.

Sollte sich die Eigenschaft des Bezugsberechtigten als Angehöriger während der Laufzeit ändern, wie zum Beispiel bei Auflösung einer eheähnlichen Gemeinschaft oder eines Verlöbnisses, wird das Bezugsrecht unwirksam und es gelten die oben genannten Regelungen.

Die oben genannten Einschränkungen gelten nicht, wenn die Versicherung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge abgeschlossen wurde.

(3) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Wir werden Ihnen schriftlich bestätigen, dass der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist. Sobald Ihnen unsere Bestätigung zugegangen ist, kann das bis zu diesem Zeitpunkt noch widerrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

Das Gleiche gilt für die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.

(5) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

**§ 13 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?**

(1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.

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

**§ 14 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?**

**Nachprüfung**

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen.

Dabei prüfen wir,
- ob sich die Gesundheit der versicherten Person verändert hat bzw. ob ein Tätigkeitsverbot gemäß § 1 Abs. 13 weiterhin besteht und
- ob die versicherte Person eine berufliche Tätigkeit aufgenommen hat.

Dabei gilt als versicherter Beruf neben einer Tätigkeit gemäß § 1 Abs. 1 sowie Abs. 3 bis Abs. 6 auch eine inzwischen aufgenommene Tätigkeit, die aufgrund ihrer Ausbildung und

Erfahrung ausgeübt wird, sofern sie der Lebensstellung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht. § 1 Absätze 2, 8 und 9 gelten entsprechend.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten
- jederzeit sachdienliche Auskünfte wie zum Beispiel Informationen zur wirtschaftlichen Situation und
- einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende unabhängige Ärzte verlangen.

(3) Die Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit (hierzu zählt auch eine Änderung des zeitlichen Umfangs der beruflichen Tätigkeit) sowie den Wegfall eines Tätigkeitsverbots gemäß § 1 Abs. 13 während der Zeit festgestellter Berufsunfähigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

**Einstellung der Leistungen**

(4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen, endet unsere Leistungspflicht; entsprechend kann Ihre Beitragszahlungspflicht wieder beginnen (siehe § 2 Abs. 13).

Bei den Tarifen SBU+ und SBUJ+ endet unsere Leistungspflicht für die zusätzliche Pflegerente, wenn die Leistungsvoraussetzungen gemäß § 2 Abs. 12 weggefallen sind.

Die Einstellung unserer Leistungen und den Wiederbeginn der Beitragszahlungspflicht legen wir Ihnen in Textform dar und teilen sie dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss ggf. auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

**Vorübergehende Besserung**

(5) Bei der Frage nach der Berufsunfähigkeit bleiben vorübergehende Besserungen unberücksichtigt. Eine Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

## § 15 Welche Sonderleistungen erbringen wir?

**Wiedereingliederungshilfe**

(1) Wenn unsere Leistungspflicht endet, weil die versicherte Person aufgrund neu erworbener beruflicher Fähigkeiten wieder eine Tätigkeit ausübt, gewähren wir als besondere Wiedereingliederungshilfe eine Einmalzahlung in Höhe von sechs Berufsunfähigkeitsmonatsrenten, höchstens 6.000 Euro.

**Umorganisationshilfe**

(2) Wenn unsere Leistungspflicht endet oder wir nicht leisten, weil die versicherte Person ihren Betrieb nach § 1 Absatz 2 zumutbar umorganisieren könnte oder umorganisiert hat, gewähren wir eine Umorganisationshilfe in Höhe von sechs Berufsunfähigkeitsmonatsrenten.

**Rehabilitationshilfe**

(3) Endet unsere Leistungspflicht infolge einer erfolgreich abgeschlossenen medizinischen oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahme, so beteiligen wir uns an den Kosten der Rehabilitationsmaßnahme bis zu einer Höhe von sechs Berufsunfähigkeitsmonatsrenten, höchstens 6.000 Euro, soweit die Kosten nicht von Dritten übernommen werden. Den Nachweis, dass die Kosten nicht von einem Dritten übernommen wurden, haben Sie als Versicherungsnehmer zu erbringen.

**Weitere Regelungen**

(4) Die genannten Sonderleistungen können unter den jeweiligen Voraussetzungen, die in den Absätzen 1 bis 3 genannt sind, beantragt werden. Eine Beantragung von mehreren Sonderleistungen gleichzeitig ist nicht möglich.
Während der Vertragslaufzeit können die jeweiligen Sonderleistungen auch mehrfach in Anspruch genommen werden, je Versicherungsfall aber nur einmal.
Die Sonderleistungen rechnen wir bei einem Wiedereintritt der Berufsunfähigkeit aus gleichem medizinischem Grund innerhalb von sechs Monaten auf neu entstehende Rentenansprüche an.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht im Anspruchsfall (§ 8) oder bei Nachprüfung der Berufsunfähigkeit (§ 14) von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden 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. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie 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 unserer Leistungspflicht ist.

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

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

## § 17 Welche Bedeutung hat die Nachversicherungsgarantie?

Sie haben während der Vertragslaufzeit verschiedene Möglichkeiten Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen.

**Nachversicherungsmöglichkeit bei Beginn eines Studiums oder einer Berufsausbildung**

(1) Wenn die versicherte Person ein Hochschulstudium an einer staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA oder eine Berufsausbildung beginnt, haben Sie das Recht, Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung bis auf das Doppelte der bisher versicherten Berufsunfähigkeitsrente zu erhöhen. Beträgt die bisher versicherte Berufsunfähigkeitsrente weniger als 500 Euro, ist auch eine Erhöhung um maximal 500 Euro möglich. Die insgesamt bei uns vereinbarte monatliche Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrente darf jedoch nach der Erhöhung maximal 2.000 Euro bei Beginn eines Studiums bzw. maximal 1.500 Euro bei Beginn einer Ausbildung betragen.

**Nachversicherungsmöglichkeit bei Beginn einer beruflichen Tätigkeit**

(2) Wenn die versicherte Person nach Abschluss eines Hochschulstudiums an einer staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA oder einer Berufsausbildung erstmals eine dem Abschluss entsprechende berufliche Tätigkeit aufnimmt, haben Sie das Recht Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung bis auf das Doppelte der bisher versicherten Berufsunfähigkeitsrente zu erhöhen. Beträgt die bisher versicherte Berufsunfähigkeitsrente weniger als 500 Euro, ist auch eine Erhöhung um maximal 500 Euro möglich. Die insgesamt bei uns vereinbarte monatliche Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrente darf jedoch nach der Erhöhung maximal 3.000 Euro betragen.

**Nachversicherungsmöglichkeit bei Erhöhung des Einkommens**

(3) Sie haben das Recht, Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen, wenn bei der versicherten Person ein Einkommenssprung stattgefunden hat. Unter einem Einkommenssprung verstehen wir, dass
- sich im Falle einer nichtselbstständigen Tätigkeit das regelmäßige jährliche Bruttoeinkommen um mindestens 10 % erhöht (z. B. durch Gehaltserhöhung, Beförderung, Wechsel des Arbeitgebers, Erhalt von Prokura) oder
- sich bei Selbstständigen der Gewinn vor Steuern in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren jeweils um mindestens 10 % im Vergleich zum davorliegenden Kalenderjahr erhöht hat.

Für die Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente aufgrund von Einkommenssprüngen gelten folgende Grenzen:
- Durch einen Einkommenssprung darf die vereinbarte Gesamtmonatsrente aus allen bei uns bestehenden Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen maximal um 500 Euro erhöht werden.
- Bei mehreren Einkommenssprüngen sind auch mehrere Erhöhungen möglich, die Summe aller Erhöhungsbeträge darf jedoch bezogen auf die Monatsrente 1.500 Euro nicht überschreiten.
- Die Gesamtmonatsrente aus allen bei uns bestehenden Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen darf sich maximal auf 6.000 Euro erhöhen.

**Nachversicherungsmöglichkeit bei besonderen Ereignissen**

(4) Sie haben das Recht, Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente bei nachstehenden Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen.

Die persönliche Situation der versicherten Person verändert sich durch:
- erstmalige Gründung eines eigenen Hausstandes,
- Erwerb und Finanzierung einer Immobilie mit einem Finanzierungsbetrag von mindestens 50.000 Euro,
- Heirat,
- Geburt eines Kindes,
- Adoption eines Kindes,
- das erstmalige Ende der Elternzeit pro Kind,
- Eintritt der Volljährigkeit,
- Scheidung bzw. Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft oder
- Tod des Ehepartners bzw. des eingetragenen Lebenspartners.

Die berufliche Situation der versicherten Person verändert sich durch:
- Wechsel aus einer mindestens ein Jahr laufenden sozialversicherungspflichtigen Teilzeittätigkeit in eine unbefristete Vollzeitstelle,
- Abschluss einer beruflichen Qualifikation, wie zum Beispiel Meisterbrief,
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung, wie zum Beispiel Facharztausbildung, Promotion, Master, sofern die versicherte Person eine der Weiterqualifizierung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt,
- Abschluss einer beruflichen Qualifikation für in einem Kammerberuf selbstständig Tätige, wie zum Beispiel Fachanwalt, Wirtschaftsprüfer, oder
- Wechsel in die volle berufliche Selbstständigkeit.

Die Versorgungssituation der versicherten Person verändert sich durch:
- Ausscheiden aus der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die versicherte Person zum Beispiel als Handwerker die Mindestpflichtversicherungszeit erfüllt,
- erstmalige Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung, sofern die versicherte Person in der gesetzlichen Rentenversicherung oder in einem berufsständischen Versorgungswerk versichert ist; oder
- Reduzierung oder Wegfall der Absicherung gegen Berufsunfähigkeit aus einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersversorgung oder einem berufsständischen Versorgungswerk, in dem die versicherte Person aufgrund einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist.

Bei jedem der zuvor genannten Ereignisse darf die vereinbarte Gesamtmonatsrente aus allen bei uns bestehenden Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen maximal um 500 Euro auf maximal 3.000 Euro erhöht werden.

**Nachversicherungsmöglichkeit bei einer Änderung der Überschussbeteiligung**

(5) Sofern die Überschüsse für eine Bonusrente verwendet werden und diese Bonusrente durch eine Verminderung der Überschussanteile sinkt, haben Sie innerhalb von sechs Monaten das Recht, im bestehenden Vertrag die Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zu der vor der Überschusssenkung gültigen Höhe aufzustocken.

**Nachversicherungsmöglichkeit ohne besonderen Anlass**

(6) Haben Sie mit uns die Individuelle Nachversicherungsgarantie vereinbart, können Sie ohne besonderen Anlass innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung bis auf den vereinbarten Betrag anheben.

**Weitere Regelungen**

(7) Bei allen Erhöhungen mit Ausnahme der Erhöhungen im Rahmen von Absatz 5 muss die neue Berufsunfähigkeitsrente mindestens um 50 Euro monatlich höher als die vor der Erhöhung vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente sein.

(8) Bei Erhöhungen im Rahmen der Absätze 2, 3, 4 und 6 darf die gesamte Anwartschaft auf Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater und betrieblicher

Anwartschaften nach der Erhöhung nicht mehr als 60 % des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens betragen. Hierzu können wir Einkommensnachweise verlangen. Bei Beamten darf ein Anteil von 25 % nicht überschritten werden.

(9) Eine Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung ist nur möglich, wenn bisher weder ein Versicherungsfall im Rahmen einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung eingetreten ist noch Leistungen aus einer dieser Versicherungen beantragt wurden. Hierzu gehören auch Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.

(10) Die Nachversicherungsmöglichkeiten gemäß den Absätzen 1 bis 4 erlöschen, wenn die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat, jedoch nicht innerhalb von fünf Jahren nach Versicherungsbeginn.

(11) Wenn Sie eine der Nachversicherungsmöglichkeiten gemäß den Absätzen 1 bis 4 in Anspruch nehmen wollen, ist dies innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses möglich.

(12) Wir können für das Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen aus den Absätzen 1 bis 4 geeignete Nachweise verlangen.

(13) Für die Erhöhungen mit Ausnahme der Erhöhungen im Rahmen von Absatz 5 gelten die zum Nachversicherungszeitpunkt gültigen Tarife und Versicherungsbedingungen. Der Beitrag richtet sich nach dem von Ihnen gewählten Tarif und der Risikoeinstufung (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) des zuletzt abgeschlossenen Vertrags.

War die versicherte Person bei Vertragsabschluss Schüler, ist außerdem die zum Nachversicherungszeitpunkt ausgeübte berufliche Tätigkeit maßgebend.
Voraussetzung ist, dass die versicherte Person einen Beruf ausübt, für den wir zu diesem Zeitpunkt Berufsunfähigkeitsschutz anbieten.

(14) Bei den Tarifen SBU+ und SBUJ+ erhöht sich die zusätzliche Pflegerente (§ 2 Abs. 12) um den gleichen Betrag wie die Berufsunfähigkeitsrente.

**Späterer Einschluss und Wiedereinschluss von planmäßigen Erhöhungen**

(15) Sie haben das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung die Dynamikform I gemäß unseren „Besonderen Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung“ während der Vertragslaufzeit neu einzuschließen.

Sie können außerdem die Dynamikform I oder Q ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder einschließen, sofern die jeweilige Dynamikform bei Abschluss des Vertrags vereinbart wurde und das Recht auf weitere Erhöhungen erloschen ist, weil Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch gemacht haben. Für den Wiedereinschluss der Dynamikform Q gilt der ursprünglich vereinbarte Erhöhungssatz.

Das Recht auf (Wieder-)Einschluss besteht nur, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet,
- Die gesamte Anwartschaft auf Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater und betrieblicher Anwartschaften beträgt zum Zeitpunkt des (Wieder-)Einschlusses nicht mehr als 60 % des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens.

Die Rechnungsgrundlagen des ursprünglichen Vertrags werden durch den (Wieder-)Einschluss nicht berührt. Für die Erhöhung findet der Abschnitt „Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen und Beiträge?“ der „Besonderen Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung“ entsprechend Anwendung.

**§ 18 Wann können Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit einschließen?**

(1) Sie haben während der Vertragslaufzeit die Möglichkeit, Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit gemäß § 3 nachträglich ohne erneute Gesundheitsprüfung unter den in Absatz 2 und 3 genannten Voraussetzungen in Ihren bestehenden Vertrag einzuschließen. Sie können die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit auch wiedereinschließen, wenn Sie diese zuvor gekündigt haben.
Durch den Einschluss erhöht sich der Leistungsumfang Ihrer Versicherung und damit Ihr Beitrag.

(2) Ein Einschluss bzw. Wiedereinschluss kann innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der nachstehenden Ereignisse erfolgen:
- Die versicherte Person hat eine Berufsausbildung oder ein Studium abgeschlossen und beginnt erstmals eine berufliche Tätigkeit, die dem Abschluss entspricht. Das Studium muss an einer staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA abgeschlossen worden sein.
- Die versicherte Person beendet ihre Elternzeit und nimmt ihre bisherige berufliche Tätigkeit wieder auf.
- Die versicherte Person war bei Vertragsschluss Hausfrau oder Hausmann und nimmt eine berufliche Tätigkeit auf.
- Die versicherte Person wechselt in die volle berufliche Selbständigkeit.
- Die versicherte Person war bei Vertragsschluss Schüler und vollendet das 20. Lebensjahr.

(3) Der Einschluss bzw. Wiedereinschluss ist möglich, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die versicherte Person war in den letzten 24 Monaten vor Beantragung des Einschlusses nicht länger als vier Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig.
- Es ist bisher weder ein Versicherungsfall im Rahmen einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung eingetreten noch sind Leistungen aus einer dieser Versicherungen beantragt worden.
- Ihr Vertrag ist beitragspflichtig.

(4) Wir können für das Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen aus den Absätzen 2 und 3 geeignete Nachweise verlangen.

(5) Bei einem nachträglichen Einschluss richtet sich der Beitrag nach der Risikoeinstufung des bestehenden Vertrags.

Die in Ihrem Versicherungsschein geregelten Ausschlüsse und besonderen Vereinbarungen zu Art und Umfang dieser Versicherung gelten auch für die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.

### § 19 Welche Bedeutung hat die Verlängerungsgarantie bei Erhöhung der Regelaltersgrenze?

#### Verlängerungsgarantie

(1) Wenn die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung erhöht wird, haben Sie das Recht, die Versicherungs- und Leistungsdauer Ihrer Berufsunfähigkeits-Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu verlängern.

Die Verlängerung ist dabei
- maximal um die Zeitspanne, um die sich die Regelaltersgrenze für die versicherte Person verschiebt, und
- maximal bis zur neuen Regelaltersgrenze, die für die versicherte Person gilt, bzw. bis zu dem ggf. durch unsere Annahmerichtlinien festgelegten Höchstalter für den Beruf der versicherten Person

möglich.

Ist die versicherte Person anspruchsberechtigtes Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk, gilt Entsprechendes, wenn die dort geltende Regelaltersgrenze erhöht wird.

Die Anpassung erfolgt im bestehenden Vertrag mit den bestehenden Rechnungsgrundlagen. Durch den verlängerten Versicherungsschutz erhöht sich Ihr Beitrag. Die Risikoeinstufung (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) des bestehenden Vertrags bleibt unverändert.

#### Fristen und Voraussetzungen

(2) Dieses Recht können Sie innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der entsprechenden Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) ausüben.

(3) Dieses Recht besteht nicht, wenn
- die bei Vertragsabschluss vereinbarte Versicherungsdauer vor der Vollendung des 60. Lebensjahrs der versicherten Person endet,
- die verbleibende Versicherungsdauer des Vertrags zum Zeitpunkt der Verlängerung weniger als 10 Jahre beträgt,
- der Vertrag beitragsfrei ist,
- die versicherte Person bereits Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung erhalten hat oder
- Leistungen aus einer dieser Versicherungen beantragt wurden.

### § 20 Was gilt für die Anschluss-Pflegeversicherung bei BU PLUS (Tarife SBU+, SBUJ+)?

#### Anschluss-Pflegeversicherung bei Ablauf der Versicherungsdauer

(1) Sofern zum Ablauf der Versicherungsdauer keine zusätzliche Rentenleistung gemäß § 2 Abs. 12 erbracht wird und die Berufsunfähigkeits-Versicherung weder gekündigt noch beitragsfrei gestellt wurde, haben Sie das Recht, für die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt eine Anschluss-Pflegeversicherung abzuschließen. Dieses Recht haben Sie auch, sofern Sie gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe b von der Beitragszahlungspflicht befreit sind.
Vertragspartner für die Anschluss-Pflegeversicherung ist die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G. Wenn diese keinen geeigneten Tarif für die Anschluss-Pflegeversicherung anbietet, kann auch ein anderes Unternehmen des VOLKSWOHL BUND-Konzerns Vertragspartner sein.

#### Frist

(2) Sie können dieses Recht nur innerhalb von drei Monaten vor Ablauf der Versicherungsdauer ausüben.

#### Höhe der Pflegerente

(3) Die Höhe der Pflegerente für die Anschluss-Pflegeversicherung können Sie bestimmen. Der dafür zu zahlende Beitrag wird entsprechend dem dann gültigen Tarif für Anschluss-Pflegeversicherungen und der Risikoeinstufung der versicherten Person bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) berechnet. Obergrenze ist die zuletzt im Rahmen dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung vereinbarte Höhe der zusätzlichen Pflegerente gemäß § 2 Abs. 12, maximal aber 2.000 Euro. Versicherungsbeginn ist der Ablauf der Berufsunfähigkeits-Versicherung. Es erfolgt keine erneute Gesundheitsprüfung.

#### Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

(4) Wird die versicherte Person während der Dauer der Anschluss-Pflegeversicherung pflegebedürftig wie unter § 1 Abs. 10 beschrieben, so dass sie bei mindestens drei der dort genannten Alltagstätigkeiten hilfebedürftig ist, oder liegt ein Autonomieverlust infolge Demenz gemäß § 1 Abs. 11 vor, werden aus der Anschluss-Pflegeversicherung folgende Leistungen erbracht:

a) Volle oder teilweise Zahlung der vereinbarten Pflegerente abhängig von der Anzahl der in § 1 Abs. 10 genannten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, bei denen die versicherte Person täglich Hilfe durch eine andere Person benötigt:
   - Hilfebedarf bei allen 6 Verrichtungen oder bei Autonomieverlust infolge Demenz gemäß § 1 Abs. 11: volle Rentenhöhe,
   - Hilfebedarf bei 4 oder 5 Verrichtungen: 75 % der vollen Rentenhöhe,
   - Hilfebedarf bei 3 Verrichtungen: 50 % der vollen Rentenhöhe,

b) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bei Hilfebedarf bei drei oder mehr Verrichtungen oder Autonomieverlust infolge Demenz.

Sie können alternativ eine Anschluss-Pflegeversicherung mit geringeren Leistungen vereinbaren, sofern wir einen entsprechenden Anschluss-Tarif anbieten.

#### Automatische Fortsetzung als Anschluss-Pflegeversicherung

(5) Die Berufsunfähigkeits-Versicherung setzt sich automatisch als Anschluss-Pflegeversicherung mit den in Absatz 4 genannten Leistungen fort, sofern sie zum Ende der Versicherungsdauer beitragspflichtig ist. Sie erhalten drei Monate vor Ablauf der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung einen Versicherungsschein, in dem wir Sie über den genauen Inhalt der Anschluss-Pflegeversicherung informieren. Ferner werden wir Ihnen die für die Anschluss-Pflegeversicherung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die gesetzlich vorgeschriebenen Produktinformationen zusenden.

Im Rahmen der automatischen Fortsetzung wird die Höhe der Pflegerente so berechnet, dass der Beitrag dem zuletzt für die Berufsunfähigkeits-Versicherung vereinbarten Beitrag entspricht, sofern dies im Rahmen der versicherbaren Höchstrente (vgl. Absatz 3) möglich ist. Die Pflegerente wird in der Regel niedriger sein, als die zuvor vereinbarte Pflegerente. Bis zum Ende des dritten Monats nach Beginn der Anschluss-Pflegeversicherung können Sie den Versicherungsschutz bis zu der in Absatz 3 genannten Rente - ebenfalls ohne erneute Gesundheitsprüfung - erhöhen.

Sie haben die Möglichkeit, einer Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses als Anschluss-Pflegeversicherung innerhalb von vier Wochen nach Beginn der Anschluss-Pflegeversicherung zu widersprechen.

**Abschluss einer Pflegeversicherung während der Versicherungsdauer**

(6) Die Option gemäß Absatz 1 können Sie auch vor Ablauf der Versicherungsdauer, aber frühestens 10 Jahre nach Versicherungsbeginn ausüben. Die Pflegeversicherung beginnt in diesem Fall spätestens drei Monate nach Optionsausübung. Die Absätze 1, 3 und 4 gelten entsprechend.

Mit dem Versicherungsbeginn der selbstständigen Pflegeversicherung entfallen der Versicherungsschutz gemäß § 2 Abs. 12 sowie die Option gemäß den Absätzen 1 bis 5.

Hierdurch mindert sich Ihr Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Versicherung. Der Beitrag für die Pflegeversicherung ist aber in der Regel höher als die Beitragsminderung in der Berufsunfähigkeits-Versicherung.

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

**Beitragszahlung**

(1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

(2) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

(3) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Absatz 2 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(4) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

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

**Stundung/Teilstundung**

(6) Sie können mit uns vereinbaren, dass die Beiträge unter Beibehaltung des Versicherungsschutzes für maximal 24 Monate ganz oder teilweise gestundet werden. Voraussetzung ist, dass

- der Vertrag seit mindestens drei Jahren besteht,
- seit der letzten Stundung mindestens ein Jahr vergangen ist und
- kein Beitragsrückstand besteht.

Eine Beitragsstundung in den letzten fünf Versicherungsjahren ist ausgeschlossen. Insgesamt ist eine Stundung der Beiträge während der gesamten Vertragsdauer bis zu 24 Monaten möglich. Für die Stundung der Beiträge erheben wir Zinsen. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zu Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen.
Nach Ablauf des Stundungszeitraums sind die gestundeten Beiträge und ggf. nicht gezahlten Stundungszinsen in einem Betrag oder auf Wunsch in bis zu 24 Monatsraten nachzuzahlen. Sofern Sie es wünschen und dies tariflich möglich ist, kann der Ausgleich auch durch eine Verrechnung mit dem vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei können Sie zwischen einer Verringerung der Leistungen oder einer Erhöhung des Beitrags wählen.

Im Falle der Stundung während einer Elternzeit, Arbeitslosigkeit oder Kurzarbeit erheben wir keine Zinsen. Der maximale Stundungszeitraum während einer Elternzeit beträgt 36 Monate.

**Aussetzung**

(7) Sie können mit uns vereinbaren, dass die Beitragszahlung für maximal ein Jahr unter Wegfall des Versicherungsschutzes ausgesetzt wird. Nach Ablauf der Aussetzungsfrist leben die Beitragszahlungspflicht und der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder auf. Aufgrund des dann höheren Alters ist nach der Aussetzungsfrist in der Regel ein höherer Beitrag zu zahlen.
Während der Aussetzung finden evtl. vereinbarte planmäßige Erhöhungen von Beitrag und Leistung nicht statt.

**Beitragsurlaub**

(8) Sie können mit uns vereinbaren, dass eine Verrechnung der fälligen Beiträge mit dem vorhandenen Überschussguthaben oder dem Fondsguthaben erfolgt. Dies ist nur möglich, wenn die Überschüsse verzinslich angesammelt oder zum Kauf von Fondsanteilen verwendet werden (siehe § 4 Abs. 2 Buchst. b, Nr. 3 und 4).
Der Versicherungsschutz bleibt in diesem Fall in vollem Umfang bestehen.

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

**Erstbeitrag**

(1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

(2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform

oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

**Folgebeitrag**

(3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder nicht eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

**§ 23 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen?**

**Berufswechselprüfung**

(1) Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer ihren Beruf wechselt, können Sie prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der zu zahlende Beitrag reduziert.
Unter Berufswechsel verstehen wir dabei auch, wenn die versicherte Person
- Schüler ist und die Schulform bzw. Schulstufe wechselt oder nach Schulabschluss ein Studium, eine Ausbildung oder eine Berufstätigkeit aufnimmt oder
- ein nebenberufliches Studium oder eine Weiterqualifizierung wie z. B. eine Meisterprüfung abgeschlossen hat.

Sofern die Prüfung ergibt, dass die Änderung zu einer günstigeren Risikoeinstufung führt, berechnen wir den Beitrag zukünftig mit den Rechnungsgrundlagen, die bei Vertragsbeginn für diese Risikoeinstufung gültig waren. Anderenfalls führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag fort. Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben vereinbarte Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse unverändert bestehen.

**Voraussetzungen**

(2) Für die Berufswechselprüfung teilen Sie uns die neue berufliche Situation der versicherten Person in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) mit.

Wir können die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig machen. In den ersten 5 Jahren nach Versicherungsbeginn führen wir die Reduzierung des Beitrags aber ohne erneute Gesundheitsprüfung durch, wenn die versicherte Person das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und den neuen Beruf seit mindestens 6 Monaten ausübt. Hat die versicherte Person bei Abschluss der Versicherung das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet und war vor dem Wechsel Schüler, Studierender oder Auszubildender, gilt abweichend ein Zeitraum von 10 Jahren nach Versicherungsbeginn für den Verzicht auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

**§ 24 Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf?**

(1) Wir sind nach § 163 VVG zu einer Neufestsetzung der vereinbarten Prämie berechtigt, wenn
1. sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Prämie geändert hat,
2. die nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Prämie angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistung zu gewährleisten und
3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Ziffern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung der Prämie ist insoweit ausgeschlossen, als die Leistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

(2) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass anstelle einer Erhöhung der Prämie nach Absatz 1 die Leistungen entsprechend herabgesetzt wird.

(3) Bei beitragsfreien Versicherungen - aber nur vor Eintritt der Berufsunfähigkeit - sind wir entsprechend den Voraussetzungen des Absatzes 1 dazu berechtigt, die Leistung zu senken. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, die Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung durch eine Zuzahlung auf den Wert vor der Anpassung anzuheben.

(4) Wir werden Ihnen die Neufestsetzung der Prämie und die Herabsetzung der Leistung mitteilen und dabei die maßgeblichen Gründe für die Änderung darstellen. Zu Beginn des zweiten, auf die Mitteilung folgenden Monats werden die Änderungen wirksam.

**§ 25 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen?**

**Kündigung**

(1) Sie können Ihren Vertrag
- bei beitragspflichtigen Versicherungen jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 21 Abs. 1 Satz 2),
- bei beitragsfreien Versicherungen zu jedem Monatsende

in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) kündigen.

(2) Mit der Kündigung erlischt die Versicherung. Wenn eine Fondsansammlung als Überschussbeteiligung gewählt wurde, wird der Geldwert des Fondsvermögens ausgezahlt, bei verzinslicher Ansammlung das angesammelte Guthaben. Bei anderen Arten der Überschussbeteiligung wird kein Rückkaufswert fällig.
Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt. Entsprechendes gilt für die zusätzliche Pflegerente gemäß § 2 Abs. 12.

**Beitragsfreistellung**

(3) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

Sofern aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistung Kapital zur Verfügung steht, ziehen wir davon evtl. rückständige Beiträge ab und vermindern es um einen Abzug in Höhe von 8 % der vereinbarten, jährlichen Berufsunfähigkeitsrente.
Verbleibt ein Restbetrag, bilden wir daraus nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik eine beitragsfreie Rente, sofern der Mindestbetrag gemäß Absatz 5 erreicht wird. Abweichend von § 2 Abs. 11 Buchst. a bleibt die beitragsfreie Rente bei den Tarifen SBUJ und SBUJ+

konstant; entsprechend entfallen die Anpassungen gemäß § 2 Abs. 11 Buchst. b.

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

(4) Bei den Tarifen SBU+ und SBUJ+ vermindert sich bei Beitragsfreistellung die zusätzliche Pflegerente (§ 2 Abs. 12) im gleichen Verhältnis wie die Berufsunfähigkeitsrente. Außerdem erlischt mit der Beitragsfreistellung das Recht, eine Anschluss-Pflegeversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (§ 20 Abs. 1) abzuschließen.

(5) Haben Sie die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 3 zu berechnende beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente den Mindestbetrag von 25 Euro monatlich nicht, wird der gemäß Absatz 3 Satz 3 verbleibende Restbetrag ausgezahlt und die Versicherung erlischt.

**Wichtiger Hinweis zur Höhe der beitragsfreien Rente**

(6) Bei Berufsunfähigkeitstarifen ist keine oder eine - gemessen an der vereinbarten Leistung - geringe beitragsfreie Leistung vorhanden. Dies hat drei Gründe:

1. Eine Berufsunfähigkeits-Versicherung bezweckt nicht die Bildung eines bestimmten Kapitals, das bei Ablauf der Versicherungsdauer ausgezahlt wird. Wir verwenden Ihre Beiträge nur zur Deckung der Leistungen im Versicherungsfall (Risikobeitrag) und der Abschluss- und Verwaltungskosten. Bei den Tarifen SBU+ und SBUJ+ benötigen wir außerdem einen Teil Ihrer Beiträge als Optionsbeitrag für Ihr Recht auf eine Anschluss-Pflegeversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung gemäß § 20.
   Der Risikobeitrag ist aufgrund des steigenden Alters der versicherten Person zu Vertragsbeginn geringer als in den letzten Vertragsjahren. Wir haben die Beiträge so kalkuliert, dass sie während der gesamten Beitragszahlungsdauer konstant bleiben. Daher werden sie zu Beginn nicht vollständig durch den Risiko- und Verwaltungskostenanteil sowie den Optionsanteil bei den Tarifen SBU+ und SBUJ+ aufgebraucht. Der verbleibende Beitragsteil wird zunächst für die Tilgung der Abschlusskosten verwendet und danach angespart.
   Dieses angesparte Kapital wird zur Deckung der höheren Risikobeiträge am Ende der Vertragslaufzeit verwendet. Ihr Beitrag ist so bemessen, dass bei Vertragsablauf die angesparten Beitragsteile vollständig aufgebraucht sind.

   Zur Bildung von beitragsfreien Leistungen steht nur dieses zwischenzeitlich angesparte Kapital zur Verfügung.

2. Die mit dem Abschluss Ihrer Versicherung entstehenden Kosten werden pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt. Ein Teil dieser Kosten wird gemäß § 26 Abs. 4 zunächst getilgt, bevor Beitragsteile angespart werden, die gemäß Ziffer 1 für die Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehen.

3. Sofern während der Vertragslaufzeit Kapital gemäß Ziffer 1 und 2 angespart wurde und zur Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung steht, kann dieses durch den in Absatz 3 beschriebenen Abzug vollständig oder zum größten Teil aufgebraucht werden.

Eine Beitragsfreistellung ist daher in der Regel mit dem Verlust oder einer erheblichen Verminderung Ihres Versicherungsschutzes verbunden.

Ob und in welcher Höhe beitragsfreie Leistungen vorhanden sind, können Sie für jedes Jahr der Versicherungsdauer Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

(7) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berufsunfähig, bleiben Ansprüche auf Grund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt. Entsprechendes gilt für die zusätzliche Pflegerente gemäß § 2 Abs. 12.

**Wiederherstellung nach der Beitragsfreistellung**

(8) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei gestellt haben und dieser nicht in Folge der Beitragsfreistellung erloschen ist, können Sie diesen innerhalb von sechs Monaten ab dem Termin, zu dem die Beitragsfreistellung wirksam wurde, ohne erneute Gesundheitsprüfung wiederherstellen.

Ab dem 7. bis zum 36. Monat ab diesem Termin ist die Wiederherstellung von einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig.

Die Wiederherstellung setzt voraus, dass der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und die verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt.

Der Vertrag wird mit dem Beitrag wiederhergestellt, der vor der Beitragsfreistellung vereinbart war. Der Versicherungsschutz ist aufgrund der seit der Beitragsfreistellung nicht gezahlten Beiträge geringer.

Sie können den Vertrag auch mit dem Versicherungsschutz, wie er vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, wiederherstellen. In diesem Fall wird der zu zahlende Beitrag ab der Wiederherstellung entsprechend erhöht.

Nach Ablauf von 36 Monaten kann der Versicherungsschutz nur durch den Abschluss eines neuen Vertrags wiederhergestellt werden. Aufgrund des dann höheren Alters und evtl. schlechteren Gesundheitszustandes der versicherten Person ist dies evtl. nur zu deutlich höheren Beiträgen oder gar nicht mehr möglich.

**Herabsetzung des Beitrags**

(9) Anstelle der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie die Höhe der Beiträge reduzieren. Dabei gelten die in Absatz 1 genannten Termine und Fristen.

Im Falle einer Reduzierung der Beiträge wird die Leistung herabgesetzt. Ihre Höhe wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet. Die Herabsetzung des Beitrags ist nur möglich, wenn
- die verbleibende Berufsunfähigkeitsrente 50 Euro monatlich nicht unterschreitet und
- der verbleibende Jahresbeitrag 150 Euro nicht unterschreitet.

**Beitragsrückzahlung**

(10) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

## § 26 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten (Absätze 2 bis 6), Verwaltungskosten (Absätze 7 und 8) und anlassbezogene Kosten (Absätze 10 und 11). Die Abschluss- und Vertriebskosten sowie die Verwaltungskosten haben wir in den Beitrag einkalkuliert. Sie müssen von Ihnen daher nicht gesondert gezahlt werden. Die anlassbezogenen Kosten sind von Ihnen zusätzlich zum Beitrag zu entrichten.

### Abschluss- und Vertriebskosten

(2) Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten z. B. die Kosten für Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.

(3) Die Abschluss- und Vertriebskosten haben wir in die Beiträge der ersten maximal acht Jahre der Beitragszahlungsdauer einkalkuliert.

(4) Auf einen Teil dieser Abschluss- und Vertriebskosten - maximal 2,5 % der Beitragssumme (das ist die Summe der während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge) - wenden wir das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Das heißt, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung dieses Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für die Teile der ersten Beiträge, die für Leistungen im Versicherungsfall, für Verwaltungskosten gemäß den Absätzen 7 und 8 und - aufgrund von gesetzlichen Regelungen - für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt sind.

(5) Ist die Beitragszahlungsdauer länger als 5 Jahre, sind - soweit vorhanden - in die Beiträge der Jahre sechs bis acht in der Regel weitere Abschlusskosten einkalkuliert. Für jedes dieser Jahre sind die einkalkulierten Abschlusskosten auf 0,5 % der Beitragssumme begrenzt.

(6) Das beschriebene Verrechnungsverfahren trägt mit dazu bei, dass in der Regel keine beitragsfreie Leistung vorhanden ist. Ob und in welcher Höhe beitragsfreie Leistungen vorhanden sind, können Sie für jedes Jahr der Versicherungsdauer Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Weitere Informationen zu den beitragsfreien Leistungen finden Sie in § 25 Abs. 6.

### Verwaltungskosten

(7) Die Verwaltungskosten sind die Kosten für die laufende Verwaltung Ihres Vertrags. Sie umfassen den auf Ihren Vertrag entfallenden Anteil an allen Sach- und Personalaufwendungen, die für den laufenden Versicherungsbetrieb erforderlich sind.

(8) Die Verwaltungskosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt. Ihre Höhe kann für jedes Jahr der Vertragslaufzeit unterschiedlich sein.

### Höhe der Kosten

(9) Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der einkalkulierten Verwaltungskosten können Sie für jedes Jahr der Vertragslaufzeit dem Kundeninformationsblatt entnehmen.

### Anlassbezogene Kosten

(10) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt bei
- Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins,
- Fristsetzung in Textform bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen,
- Verzug mit Beiträgen,
- Rücklastschriften,
- Durchführung von Vertragsänderungen, soweit nicht vertraglich vereinbarte Optionen ausgeübt werden,
- Bearbeitung von Abtretungen oder Verpfändungen,
- Ermittlung einer geänderten Postanschrift, sofern die Änderung uns nicht mitgeteilt wurde (vgl. § 27 Abs. 1).

Darüber hinaus belasten wir Sie nur dann mit Kosten, wenn dies nach gesetzlichen Vorschriften ausdrücklich zulässig ist.

(11) Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt bzw. vermindert sich der Abgeltungsbetrag.

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

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

## § 28 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen
- bei Vertragsabschluss,
- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
- auf Nachfrage

unverzüglich - d. h. ohne schuldhaftes Zögern - zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung
- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

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

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

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

**§ 29 Wann können wir die Versicherungsbedingungen ändern?**

(1) Ist eine Bestimmung in diesen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(2) Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

**§ 30 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?**

(1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

(2) Für das Vertragsverhältnis gilt auch die Satzung der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G., die Sie auf unserer Internetseite finden können.

**§ 31 Was können Sie bei Meinungsverschiedenheiten tun?**

(1) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

**Versicherungsombudsmann**

(2) Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

(3) Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag 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.

**Versicherungsaufsicht**

(4) Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

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

**Rechtsweg**

(5) Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

(6) Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(7) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(8) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

**§ 32 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrags - gleich aus welchem Grund - unwirksam sein oder werden, berührt dies die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen nicht.