



Versicherungsbedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG und § 100 EStG (D_1351_21014882_12.24_C)

Inhaltsverzeichnis

1 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?	3
1.1 Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit	3
1.2 Punktuelle Anpassung der allgemeinen Definition für bestimmte Personengruppen	3
1.3 Berufsunfähigkeit nach Ausscheiden aus dem Berufsleben	5
1.4 Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten (Infektionsschutz)	6
1.5 Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit	6
1.6 Berufsunfähigkeit infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz	6
1.7 Berufsunfähigkeit nach den Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung	7
1.8 Berufsunfähigkeit, wenn eine Prognose nicht möglich ist	7
2 Welche Leistungen erhalten Sie bei Berufsunfähigkeit?	7
2.1 Rentenzahlung und Beitragsbefreiung	7
3 Wie beantragen Sie Leistungen und welche Mitwirkungspflichten haben Sie?	7
3.1 Erforderliche Nachweise	7
3.2 Entbindung von der Schweigepflicht	8
3.3 Welche Maßnahmen zur Heilung können wir verlangen? (Arztanordnungsklausel)	8
3.4 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten	9
3.5 Verjährung Ihrer Ansprüche	9
4 Was ist für Sie während der Leistungsprüfung wichtig?	9
4.1 Mitteilung über die Leistungsentscheidung	9
4.2 Beitragszahlung bis zur Leistungsentscheidung	10
5 Welche anderen Leistungen beinhaltet Ihr Vertrag?	10
5.1 Todesfallleistung	10
5.2 Weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung	10
5.3 Optionale Leistung - Garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall	10
5.4 Unterstützungs- und Beratungsleistungen	11
6 Wer ist Empfänger und wie erfolgt die Auszahlung von Leistungen?	11
6.1 Empfänger der Leistungen bei Berufsunfähigkeit	11
6.2 Empfänger der Todesfallleistungen	11
6.3 Inhaber des Versicherungsscheins	11
6.4 Auszahlung der Leistungen	11
7 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	12
8 Warum ist es wichtig, dass Ihre Angaben richtig und vollständig sind?	13
8.1 Bedeutung unserer Fragen vor Vertragsabschluss	13
8.2 Auswirkungen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht	13
8.3 Bedeutung unserer Fragen bei Leistungserweiterungen	14
8.4 Anfechtung wegen arglistiger Täuschung	14
9 Was müssen Sie beachten, während Sie Leistungen erhalten?	14
9.1 Ihre Pflichten während Sie Leistungen beziehen	14
9.2 Recht zur Nachprüfung, ob die Leistungspflicht weiter besteht	14
9.3 Verletzung von Mitwirkungspflichten	15
10 Welche vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie?	15
10.1 Anpassung des Versicherungsschutzes	15
10.2 Überprüfung des Beitrags bei Berufseinstieg oder Weiterqualifizierung ("Zukunftsgarantie")	15
10.3 Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit als Beamter, im Öffentlichen Dienst oder als Soldat	16
10.4 Verlängerungsoption	17

11 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?	17
11.1 Änderung der Beitragszahlung	18
11.2 Im ersten Versicherungsjahr: Beginn- und Ablaufverlegung	18
11.3 Ab dem zweiten Versicherungsjahr: Stundung der Beiträge	18
12 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?	19
12.1 Beitragsfreistellung und deren Auswirkungen	19
12.2 Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Beitragsfreistellung (Wiederinkraftsetzung)	20
12.3 Besonderheiten bei gesetzlicher Elternzeit	21
13 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?	21
14 Wann können Sie die Leistungen Ihrer Versicherung herabsetzen?	22
15 Was gilt für unser Vertragsverhältnis?	22
15.1 Beginn des Versicherungsschutzes	22
15.2 Weltweiter Versicherungsschutz	22
15.3 Rauchverhalten	22
15.4 Versicherungsdauer und Leistungsanspruch	22
15.5 Nachträgliche Anpassung von Beiträgen oder Leistungen	23
15.6 Änderungen bestehender Bestimmungen	23
15.7 Änderung Ihres Namens oder Ihrer Anschrift	23
15.8 Geltendes Recht und Gerichtsstand	23
15.9 Ansprechpartner, wenn Sie mit uns nicht zufrieden sind	24
16 Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?	25
16.1 Verwendung Ihrer Beiträge	25
16.2 Modalitäten der Beitragszahlung	25
16.3 Folgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung der Beiträge	26
17 Welche Kosten und Gebühren fallen an?	26
17.1 Kosten	26
17.2 Verrechnung der Kosten	27
17.3 Gebühren	27
18 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?	27
18.1 Überschussermittlung	27
18.2 Überschussverteilung	28
18.3 Überschusshöhe	28
18.4 Bestandsgruppen	28
18.5 Überschussbeteiligung vor Eintritt des Versicherungsfalls	28
18.6 Überschussbeteiligung nach Eintritt des Versicherungsfalls	29
18.7 Überschussysteme	29
19 Was gilt, wenn die versicherte Person aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet?	29
20 Versicherungsmathematische Hinweise	30
21 Glossar	30
22 Anhang - Auszug aus dem Sozialgesetzbuch	32

Die folgenden Regelungen beziehen sich auf das Versicherungsverhältnis zwischen dem *Versicherungsnehmer* und uns.

Sind Sie *versicherte Person*, aber nicht gleichzeitig *Versicherungsnehmer*, dann sprechen wir Sie in den Versicherungsbedingungen nicht unmittelbar an, denn die dort festgelegten Rechte und Pflichten betreffen vorrangig nur den Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner.

Versicherungsnehmer ist der Arbeitgeber. *Versicherte Person* ist der *Arbeitnehmer*, für den der Arbeitgeber diesen Versicherungsvertrag abgeschlossen hat. Setzt die *versicherte Person* nach dem Ausscheiden aus dem Arbeits- bzw. Dienstverhältnis die Versicherung fort, wird sie *Versicherungsnehmer*.

1 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?



Schritt für Schritt - wir prüfen individuell:

- Die allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit finden Sie im Abschnitt 1.1
- Punktuelle Anpassungen für bestimmte Personengruppen haben wir im Abschnitt 1.2 geregelt.
- Auf besondere Ursachen der Berufsunfähigkeit gehen wir in den Abschnitten 1.4 bis 1.6 ein.

1.1 Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit

1.1.1 Voraussetzungen

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und ärztlich nachgewiesen sind:

- Die *versicherte Person* kann ihren Beruf
 - **voraussichtlich 6 Monate** ununterbrochen
 - zu **mindestens 50 %** nicht mehr ausüben.
- Ursache für die Beeinträchtigung ist
 - Krankheit,
 - Körperverschädigung **oder**
 - ein Verfall der Kräfte (auch dem Alter entsprechend).

Maßgeblich ist dabei die **zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit**, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung konkret ausgeübt wurde.

Sind die Voraussetzungen nicht vollständig erfüllt, besteht kein Anspruch auf die Leistungen.

1.1.2 Auswirkungen einer neuen beruflichen Tätigkeit (Verweisung)

Hier unterscheiden wir zwei Fälle:

Konkrete Verweisung:

Die *versicherte Person* nimmt - obwohl sie in der bisherigen Tätigkeit berufsunfähig ist - eine neue berufliche Tätigkeit auf.

In diesem Fall prüfen wir, ob die neue Tätigkeit mit der Tätigkeit bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vergleichbar ist. Ist dies der Fall, liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor.

Die konkrete Verweisung wird bei Prüfung der Berufsunfähigkeit immer betrachtet.

Als vergleichbar wird eine Tätigkeit nur dann angesehen, wenn sie der *Ausbildung* oder Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung der *versicherten Person* entspricht. D. h. die neue Tätigkeit:

- erfordert keine deutlich abweichenden Kenntnisse und Fähigkeiten,
- hat eine vergleichbare Wertschätzung und
- ein vergleichbares Einkommen.

Dabei gilt in der Regel eine Einkommensminderung von maximal 20 % gegenüber dem jährlichen Bruttoeinkommen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als zumutbar. Bei Selbständigen oder Freiberuflern betrachten wir den durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der letzten 3 Jahre. Wir berücksichtigen dabei die *höchststrichterliche Rechtsprechung*. So kann in begründeten Einzelfällen auch eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar sein.

Abstrakte Verweisung:

Geht die *versicherte Person* keiner anderen beruflichen Tätigkeit nach, zahlen wir die Leistung bei Fortbestehen der Berufsunfähigkeit weiter. Wir prüfen nicht, ob die *versicherte Person* theoretisch noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte. Das heißt, **wir verzichten auf die abstrakte Verweisung**.

1.2 Punktuelle Anpassung der allgemeinen Definition für bestimmte Personengruppen



Für einige Personengruppen passen wir die allgemeine Definition bezogen auf die

- berufliche Tätigkeit und
 - die Prüfung der konkreten Verweisung
- gegenüber Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit" an. Alle anderen Regelungen zur allgemeinen Definition der Berufsunfähigkeit gelten unverändert auch für diese Personengruppen.

Personengruppen	Punktueller Anpassungen gegenüber Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit". Ansonsten gelten die Regelungen des obigen Abschnittes unverändert.
Selbständige und freiberuflich Tätige	<p>Ist eine <i>versicherte Person</i> selbstständig oder freiberuflich tätig, setzt Berufsunfähigkeit zusätzlich Folgendes voraus:</p> <p>Auch durch zumutbare Umorganisation des Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereichs ist es nicht möglich, ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das eine Berufsfähigkeit von mindestens 50 % ermöglicht.</p> <p>Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn alle im folgenden aufgeführten Punkte zutreffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die <i>versicherte Person</i> kann ihre Stellung als Betriebsinhaber/in erhalten. • Es ist kein erheblicher Kapitaleinsatz erforderlich. • Die Umorganisation ist wirtschaftlich zweckmäßig. • Die <i>versicherte Person</i> kann die Umorganisation aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens veranlassen (Direktions- und Weisungsrecht). • Es liegt keine dauerhaft ins Gewicht fallende Einkommensminderung vor. Eine dauerhaft ins Gewicht fallende Einkommensminderung liegt vor, wenn sie mehr als 20 % des vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erzielten durchschnittlichen jährlichen Einkommens der letzten drei Jahre beträgt. Dann gilt die Einkommensminderung in jedem Fall als unzumutbar. Sollte die herrschende Rechtsprechung einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, wenden wir diesen an. In einem begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein. <p>Wir verzichten bei Betrieben auf die Prüfung einer Umorganisation, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Betrieb weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Als Mitarbeiter in diesem Sinne zählen ausschließlich aus- oder angelernte Angestellte. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt oder • die selbstständig oder freiberuflich tätige <i>versicherte Person</i> in ihrer täglichen Arbeitszeit zu mindestens 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten in dem Betrieb ausübt.
Teilzeitbeschäftigte	<p>Ist die <i>versicherte Person</i> ausschließlich in Teilzeit beschäftigt (eine oder mehrere sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten gemäß § 2 Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge - Teilzeit- und Befristungsgesetz - TzBfG, Stand 22.11.2019), gilt:</p> <p>Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die zuletzt ausgeübte(n) Tätigkeit(en) aus gesundheitlichen Gründen im Durchschnitt nur noch maximal für 3 Stunden pro Tag ausgeübt werden kann/können.</p> <p>Diese besondere Regelung gilt nur, wenn die tägliche Arbeitszeit im Durchschnitt maximal 6 Stunden beträgt. Ansonsten gilt der Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit".</p> <p>Übt die <i>versicherte Person</i> mehrere Teilzeittätigkeiten aus, betrachten wir alle ausgeübten Tätigkeiten jeweils zusammen.</p>
Auszubildende	<p>Als ausgeübter Beruf gilt die zuletzt vor Eintritt des <i>Versicherungsfalls</i> begonnene Berufsausbildung.</p> <p>Es liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor, wenn die <i>versicherte Person</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • eine neue Berufsausbildung beginnt und mit dieser einen vergleichbaren Ausbildungsstand erreicht, wie mit der bisherigen <i>Ausbildung</i> oder • ohne erneute Berufsausbildung einen Beruf ergreift und mit diesem eine dem ursprünglich erzielten Ausbildungsstand vergleichbare Lebensstellung (soziale Wertschätzung und Einkommen) erreicht. <p>Wurde bei Eintritt der Berufsunfähigkeit mindestens die Hälfte der vorgesehenen Ausbildungszeit absolviert, ist die Lebensstellung mit der vergleichbar, die üblicherweise mit dem erfolgreichen Abschluss einer solchen Berufsausbildung verbunden ist.</p>

Personengruppen	Punktuelle Anpassungen gegenüber Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit". Ansonsten gelten die Regelungen des obigen Abschnittes unverändert.
Studierende	<p>Als ausgeübter Beruf gilt das zuletzt vor Eintritt des <i>Versicherungsfalls</i> ausgeübte <i>Studium</i>. Als <i>Studium</i> gilt ein Vollzeitstudium an einer staatlichen oder einer staatlich anerkannten Hochschule, einer Fachhochschule sowie einer vergleichbaren Ausbildungseinrichtung. Der angestrebte akademische Studienabschluss muss in Deutschland anerkannt sein.</p> <p>Es liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor, wenn die <i>versicherte Person</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ein anderes <i>Studium</i> abschließt oder • eine ihrem <i>Studium</i> entsprechende berufliche Tätigkeit konkret ausübt oder • ein neues <i>Studium</i> beginnt und einen vergleichbaren Studienstand erreicht. <p>Bei Prüfung der Berufsunfähigkeit legen wir die Lebensstellung (soziale Wertschätzung und Einkommen) zugrunde, die typischerweise mit dem erfolgreichen Abschluss des <i>Studiums</i> verbunden ist. Voraussetzung dafür ist, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens die Hälfte der Regelstudienzeit nach Studienordnung absolviert und • die Regelstudienzeit nicht mehr als um fünf Semester überschritten wurde. <p>Ist das <i>Studium</i> nicht so weit fortgeschritten, wird die Lebensstellung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit zugrunde gelegt.</p>
Hausfrauen und -männer ohne Erwerbstätigkeit	Als ausgeübter Beruf gelten die zuletzt vor Eintritt des <i>Versicherungsfalls</i> im Haushalt konkret ausgeübten Tätigkeiten.
Personen, die einen Freiwilligendienst* leisten	<p>Als ausgeübter Beruf gilt die zuletzt vor Eintritt des <i>Versicherungsfalls</i> ausgeübte Tätigkeit. Wenn die <i>versicherte Person</i> noch keine Tätigkeit ausgeübt hat, muss sie außer Stande sein, eine Berufsausbildung oder ein <i>Studium</i> aufzunehmen.</p> <p>* Unter Freiwilligendienst verstehen wir: Freiwilligen Wehrdienst (FWD), Bundesfreiwilligendienst (BFD), Freiwillige Soziale Jahr (FSJ) oder Freiwillige Ökologische Jahr (FÖJ)</p>
Akademische Heilberufe	<p>Als ausgeübte Tätigkeit gilt die zuletzt vor Eintritt des <i>Versicherungsfalls</i> ausgeübte Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut.</p> <p>Besonderheiten zur Verweisung Eine konkrete Verweisung gemäß Abschnitt "Auswirkungen einer neuen beruflichen Tätigkeit (Verweisung)" - siehe oben - ist nur auf eine andere Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut möglich.</p> <p>Besonderheiten zum Berufswechsel Hat die <i>versicherte Person</i> innerhalb der letzten 12 Monate vor Eintritt der Berufsunfähigkeit auf Veranlassung des Arbeitgebers eine andere Tätigkeit ausgeübt, so wird auf ihren Wunsch die vorherige berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut bei Prüfung der Berufsunfähigkeit berücksichtigt.</p> <p>Besonderheiten zur Umorganisation Die Bestimmungen zu Selbständigen in dieser Tabelle gelten bei akademischen Heilberufen mit folgenden Besonderheiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Umorganisation bei einem niedergelassenen oder freiberuflich tätigen Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeuten ist nur zumutbar, wenn dieser seine Stellung als Praxis- oder Apothekeninhaber/in erhalten kann. • Die Prüfung einer Umorganisation setzt voraus, dass mindestens fünf mitarbeitende Personen beschäftigt werden. Hierzu zählen ausschließlich Angehörige eines akademischen Heilberufes im Angestelltenverhältnis.

1.3 Berufsunfähigkeit nach Ausscheiden aus dem Berufsleben

Scheidet die *versicherte Person* vorübergehend oder endgültig aus dem Berufsleben aus, wird bei der Prüfung der Leistungsansprüche gemäß den obenstehenden Abschnitten auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung abgestellt.

1.4 Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten (Infektionsschutz)

Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn

- die zuständige Behörde der *versicherten Person* die Ausübung ihrer zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit durch eine Verfügung gemäß § 31 des Infektionsschutzgesetzes teilweise oder vollständig verbietet und
- das ausgesprochene Tätigkeitsverbot sich auf einen Zeitraum von voraussichtlich mindestens 6 Monaten erstreckt.

Als Nachweis reichen Sie uns bitte die Verfügung der zuständigen Behörde ein. Besteht kein solches Tätigkeitsverbot, wird die Ansteckungsgefahr nach objektiven Kriterien und dem aktuellen Stand der Wissenschaft beurteilt. Gegebenenfalls holen wir auf unsere Kosten ein entsprechendes Gutachten ein.

1.5 Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit

Definition

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und ärztlich nachgewiesen sind. Die *versicherte Person* benötigt täglich Hilfe durch eine andere Person

- infolge Krankheit, Körperverletzung oder Verfall der Kräfte (auch dem Alter entsprechend),
- voraussichtlich für ununterbrochen 6 Monate,
- bei mindestens **einer** der unten genannten Tätigkeiten (Pflegepunkte),
- auch bei Einsatz technischer oder medizinischer Hilfsmittel.

Bessert sich der Zustand vorübergehend, führt dies nur zu einer veränderten Beurteilung, wenn die Verbesserung länger als 3 Monate andauert.

Tätigkeiten (Pflegepunkte):

- **Fortbewegen im Zimmer** am üblichen Aufenthaltsort auf ebener Fläche ist auch mit einem Rollstuhl oder einer Gehhilfe ohne die Hilfe einer anderen Person nicht mehr möglich.
- **An- und Auskleiden** ist ohne Hilfe nicht mehr möglich - auch nicht, wenn krankengerechte Kleidung verwendet wird.
- **Essen und Trinken** ist selbstständig und ohne Hilfe nicht mehr möglich - auch nicht, wenn Nahrung und Getränke vorbereitet sind (z. B. geschnitten) und krankengerechtes Besteck und Trinkgefäße (z. B. Schnabeltasse etc.) benutzt werden.
- **Entleeren von Darm oder Blase** ist der *versicherten Person* ohne Hilfe nicht möglich, da sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
 - eine Bettschüssel benötigt oder
 - wegen einer Darm- oder Blaseninkontinenz mindestens eines der folgenden Hilfsmittel verwenden muss, die sie nicht eigenständig anlegen, wechseln oder leeren kann: Windeln, spezielle Einlagen, einen Katheter oder einen Kolostomiebeutel.
- **Aufstehen und Zubettgehen** ist der *versicherten Person* ohne fremde Hilfe nicht mehr möglich, da sie dauerhaft bettlägerig ist.
- **Ständiges Beaufsichtigen** ist täglich 24 Stunden lang aufgrund einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung der *versicherten Person* erforderlich, damit diese sich und andere nicht erheblich gefährdet.

1.6 Berufsunfähigkeit infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz

Definition

Charakteristisch für eine mittelschwere oder schwere Demenz ist der Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken.

Berufsunfähigkeit infolge Demenz liegt vor, wenn auf die *versicherte Person* **alle** aufgeführten Punkte zutreffen:

- mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörungen wie beschrieben,
- ausgelöst durch einen Unfall oder eine Erkrankung,
- voraussichtlich für mindestens 6 Monate ist eine kontinuierliche Betreuung notwendig, um eine erhebliche Gefahr für sich und andere Personen auszuschließen.

Diagnose und Bewertung

Die Diagnose einer mittelschweren oder schweren Demenz erfolgt durch einen Facharzt der Neurologie. Sie basiert auf einer ausführlichen Befunderhebung inklusive körperlicher und psychopathologischer Untersuchung sowie psychometrischer Tests.

Die Schwere der Demenz wird über die Global Deterioration Scale nach Reisberg (Global Deterioration Scale - GDS, Einteilung der Demenz in sieben Grade, Stand 08/2014) ermittelt. Es muss mindestens der Schweregrad 5 "Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen" vorliegen (GDS 5). Leichte oder mäßige Störungen der Hirnleistung erfüllen die Leistungsvoraussetzungen somit nicht.



Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen erforderlich werden.

1.7 Berufsunfähigkeit nach den Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung

Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die *versicherte Person* erhält ausschließlich aus medizinischen Gründen eine volle, unbefristete Erwerbsminderungsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.
- Die zugrundeliegende Berufsunfähigkeitsversicherung besteht zum Zeitpunkt der Feststellung der Erwerbsminderung seit mehr als 10 Jahren.
- Die *versicherte Person* ist zum Zeitpunkt der Feststellung der Erwerbsminderung mindestens 50 Jahre alt.

Für den Begriff der vollen Erwerbsminderung gilt die Definition nach § 43 Sozialgesetzbuch (SGB) VI in der Fassung vom 22.12.2023 (siehe Anhang). Diese Fassung bleibt auch nach einer Gesetzesänderung maßgeblich. Eine Gesetzesänderung wirkt sich nicht auf Ihren Vertrag aus.

1.8 Berufsunfähigkeit, wenn eine Prognose nicht möglich ist

In manchen Fällen kann ein Arzt zu Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht eindeutig feststellen, dass ein Zustand voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen andauern wird. Dann gilt die Person von Beginn an als berufsunfähig, sobald die entsprechende Beeinträchtigung tatsächlich länger als 6 Monate andauert hat. Das heißt, wir erbringen die Leistung rückwirkend für den gesamten Zeitraum.

2 Welche Leistungen erhalten Sie bei Berufsunfähigkeit?

2.1 Rentenzahlung und Beitragsbefreiung

Wird die *versicherte Person* während der *Versicherungsdauer* berufsunfähig, erbringen wir folgende Leistungen:

- Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente jeweils zum Ersten eines Monats und
- für die Dauer der Berufsunfähigkeit entfällt die Pflicht, Beiträge zu bezahlen.

Einzelheiten zu Beginn und Ende des Anspruchs auf Leistung sowie zur *Versicherungsdauer* entnehmen Sie bitte Abschnitt "Was gilt für unser Vertragsverhältnis?".

3 Wie beantragen Sie Leistungen und welche Mitwirkungspflichten haben Sie?



Schritt für Schritt zur Leistung:

- Um Leistungen zu beantragen, können Sie oder die *versicherte Person* zunächst formlos mit uns Kontakt aufnehmen. Ein Anruf oder eine E-Mail genügt. In unserer Antwort nennen wir auch die Einheit, die künftig persönlich für die Bearbeitung des Antrags zuständig ist.
- Die *versicherte Person* erhält von uns einen Fragebogen, den sie bitte ausgefüllt zusammen mit den angeforderten Nachweisen an uns zurückschickt.
- Wir werden die *versicherte Person* über die weiteren Schritte zeitnah individuell informieren.

Darüber hinaus finden Sie hilfreiche Informationen und Unterstützung auch im Internet:
<https://www.axa.de/berufsunfaehigkeitsversicherung/berufsunfaehigkeitsrente-beantragen>.

3.1 Erforderliche Nachweise

Um Leistungen aus diesem Vertrag zu erbringen, können wir den *Versicherungsschein* anfordern. Darüber hinaus benötigen wir zur Klärung unserer Leistungspflicht von der Person, die den Anspruch stellt, verschiedene Informationen oder Nachweise. Zum Beispiel:

- a) Eine **Darstellung der Ursachen**, die zum Eintritt des *Versicherungsfalls* geführt haben;
- b) **Ausführliche Berichte der Ärzte und der Angehörigen von nichtärztlichen Heilberufen**, die die *versicherte Person* aktuell behandeln, in der Vergangenheit behandelt oder untersucht haben. Die Berichte müssen folgende Informationen zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen beinhalten:
 - Ursache, Beginn, Art, Verlauf, voraussichtliche Dauer und
 - Auswirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf den Grad der Berufsunfähigkeit bzw. der Pflegebedürftigkeit oder Demenz;
- c) **Informationen zum ausgeübten Beruf** der *versicherten Person* bei Eintritt der Berufsunfähigkeit. Konkret benötigen wir folgende Informationen:
 - zur Berufsbezeichnung, Stellung und Beschreibung der Tätigkeit,
 - über die wirtschaftlichen Verhältnisse (z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen) sowie

- über die durch die Berufsunfähigkeit eingetretenen Veränderungen.

Hierzu können wir auch von Dritten zusätzliche Auskünfte über die wirtschaftlichen Verhältnisse sowie ihre jeweiligen Veränderungen anfordern.

d) Nachweise für Selbständige

Ist die *versicherte Person* bei Eintritt der Berufsunfähigkeit selbstständig tätig, prüfen wir, ob ihr Betrieb so umorganisiert werden kann, dass eine selbstständige Tätigkeit weiterhin möglich ist. Für diese Prüfung fordern wir bei Bedarf weitere Auskünfte und Nachweise an. Welche Unterlagen wir im Einzelfall benötigen, teilen wir Ihnen telefonisch oder in *Textform* mit.

e) Bei Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten muss zusätzlich ein amtlicher Nachweis über das behördliche Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz vorgelegt werden.

f) Bei Berufsunfähigkeit nach den Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung muss zusätzlich zu den in den Abschnitten a) und b) genannten Informationen der vollständige Rentenbescheid der gesetzlichen Rentenversicherung vorgelegt werden.

g) Sonstige Nachweise

- Eine Aufstellung über Ärzte, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die *versicherte Person* in Behandlung war, aktuell ist oder - sofern bekannt - zukünftig sein wird,
- Eine Aufstellung der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die *versicherte Person* folgende Leistungen beantragt hat oder beantragen könnte:
 - Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder
 - vergleichbare Leistungen, die ebenfalls eine Einkommensersatzfunktion haben. Dies sind beispielsweise Leistungen aufgrund von Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung, Verlust von Grundfähigkeiten oder schwerer Krankheiten.
- Eine Aufstellung über den derzeitigen Arbeitgeber sowie frühere Arbeitgeber der *versicherten Person*.

Wir können verlangen, dass Sie uns die Nachweise im Original oder amtlich beglaubigt zur Verfügung stellen.

3.1.1 Übernahme der Kosten

Derjenige, der die Leistungen beantragt, muss die Unterlagen auf seine Kosten zur Verfügung stellen. Benötigen wir darüber hinaus weitere Unterlagen oder ärztliche Untersuchungen, können wir diese auf unsere Kosten beauftragen.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir im Einzelfall verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Wir verzichten darauf, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

Unabhängig davon, wo die Untersuchungen erfolgen, übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die allgemein üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Darunter verstehen wir

- die Reisekosten für eine Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich
- Flüge in der economy class sowie
- die Unterbringung in einem 4-Sterne Hotel.

3.2 Entbindung von der Schweigepflicht

Die *versicherte Person* muss folgende Personen oder Einrichtungen von der Schweigepflicht entbinden, um uns bei Bedarf sachdienliche Auskünfte zu geben:

- Ärzte,
- Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, Rehaeinrichtungen oder Pflegeheimen,
- Lebens- und Unfallversicherungen,
- gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungen sowie
- Berufsgenossenschaften und Behörden.

Diese Entbindung von der Schweigepflicht ist nur erforderlich, wenn die *versicherte Person* in den letzten 10 Jahren bevor sie den Antrag stellt, dort

- untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw.
- versichert ist oder war **oder**
- einen Antrag auf Versicherung gestellt hat.

Weiterhin muss die *versicherte Person* ihre bisherigen Arbeitgeber ermächtigen, uns auf Verlangen sachdienliche Auskünfte über die Ausgestaltung der konkreten Tätigkeit und das Gehalt zu erteilen. Entbindet die *versicherte Person* die genannten Personen und Einrichtungen nicht von der Schweigepflicht und ermächtigt uns auch nicht, die Daten zu erheben, kann sie uns die erforderlichen Auskünfte und Nachweise auch selbst zur Verfügung stellen.

3.3 Welche Maßnahmen zur Heilung können wir verlangen? (Arztanordnungsklausel)

Die *versicherte Person* hat Anordnungen der behandelnden oder untersuchenden Ärzte nur zu befolgen, sofern



- die Anordnung darauf ausgerichtet ist, die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern und
- die angeordnete Maßnahme zumutbar ist.

Zumutbar ist eine Maßnahme (Hilfsmittel und Heilbehandlung), wenn sie

- gefahrlos ist,
- keine besonderen Schmerzen verursacht und
- sichere Aussicht auf eine Verbesserung des Gesamtzustandes bietet.

So sind beispielsweise folgende Maßnahme zumutbar:

- Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Prothesen, Stützstrümpfe, Seh- und Hörhilfen),
- Durchführung logopädischer oder physiotherapeutischer Maßnahmen.

Operative und invasive Eingriffe sind nicht zumutbar.

3.4 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten

Solange die *versicherte Person*

- die erforderlichen Auskünfte und Nachweise nicht erbringt,
 - die genannten Personen oder Einrichtungen nicht von der Schweigepflicht entbindet,
 - uns nicht zur Datenerhebung ermächtigt **oder**
 - die zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Verminderung der Berufsunfähigkeit nicht befolgt,
- können wir die Leistung zurückhalten.

Dies gilt auch, wenn uns ein Widerruf oder eine Einschränkung der erteilten Entbindung von der Schweigepflicht und/oder der Einwilligung zur Datenerhebung und -nutzung daran hindert, unsere Leistungspflicht zu prüfen.

Nach Erfüllung der *Mitwirkungspflichten* besteht unsere Leistungspflicht grundsätzlich nur für die Zeiträume, für die uns ein *Versicherungsfall* nachgewiesen wurde.

Allerdings kann die vorherige Verletzung der *Mitwirkungspflichten* dazu führen, dass unsere Leistungspflicht entfällt oder eingeschränkt ist (Leistungsfreiheit). Das hängt insbesondere von folgenden Faktoren ab:

- ob die *Mitwirkungspflicht* schuldhaft verletzt wurde,
- vom Grad eines möglichen Verschuldens sowie
- von der Frage, inwieweit die Verletzung der *Mitwirkungspflicht* für den Eintritt oder die Feststellung des *Versicherungsfalls* bzw. für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

Einzelheiten hierzu sind in § 28 Abs. 2 und 3 VVG geregelt.

Gesonderte Mitteilung der Rechtsfolgen in *Textform*

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

3.5 Verjährung Ihrer Ansprüche

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren nach § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) nach 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Hemmung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 BGB geregelt. Ist bei uns ein Anspruch angemeldet worden, gilt: Die Verjährung ist so lange gehemmt, bis der Person, die den Anspruch stellt, unsere Entscheidung in *Textform* zugeht. Das heißt, der Zeitraum zwischen der Anmeldung des Anspruches und dem Zugang unserer Entscheidung wird bei der Berechnung der Frist nicht berücksichtigt.

4 Was ist für Sie während der Leistungsprüfung wichtig?

4.1 Mitteilung über die Leistungsentscheidung

Sobald uns alle notwendigen Unterlagen vorliegen, teilen wir Ihnen und der *versicherten Person* **innerhalb einer Woche** in *Textform* mit, ob wir leisten oder nicht.

Der *versicherten Person* gegenüber begründen wir unsere Entscheidung und teilen darüber hinaus mit, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir leisten.

Solange uns noch nicht alle Unterlagen vorliegen, die wir für unsere Entscheidung benötigen, informieren wir regelmäßig alle **4 Wochen** über den aktuellen Stand der Bearbeitung.

Grundsätzlich sprechen wir die Anerkennung der Berufsunfähigkeit zeitlich unbefristet aus. Wir können jedoch in begründeten Einzelfällen, in denen wichtige Gründe einer endgültigen Anerkennung entgegenstehen, eine zeitlich begrenzte Anerkennung aussprechen. Dies ist **einmalig für maximal 12 Monate** möglich. Bis zum Ablauf der Frist ist die zeitlich begrenzte Anerkennung für uns bindend. Danach können Sie eine erneute Prüfung der Berufsunfähigkeit beantragen.

4.2 Beitragszahlung bis zur Leistungsentscheidung

Wurde eine Leistung beantragt, müssen Sie die Beiträge bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht in voller Höhe weiterbezahlen. Erkennen wir unsere Leistungspflicht an, erstatten wir Ihnen diese Beiträge zurück.

Möglichkeit zur *Stundung*

Auf Wunsch stunden wir Ihnen die Beiträge, die zwischen dem Leistungsantrag und der endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht zu zahlen sind. Wir erheben in diesem Fall keine Stundungszinsen.

Haben Sie keinen Anspruch auf Leistung, sind die gestundeten Beiträge *unverzüglich* nachzuzahlen. Wir prüfen, ob eine Nachzahlung in Raten möglich ist.

Hierfür bieten wir Ihnen mehrere Möglichkeiten an. Sie können

- die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen,
- diese über einen Zeitraum von bis zu 48 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen erheben wir in diesem Fall weiterhin nicht.
- uns auffordern, die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung (z. B. durch eine Reduktion der versicherten Rente) oder eine Verrechnung mit den Gewinnanteilen auszugleichen. Sollte die Tilgung so nicht möglich sein, teilen wir Ihnen das *unverzüglich* mit.

Die Nachzahlung darf zusammen mit den Beiträgen im Kalenderjahr den steuerlichen Höchstbetrag für Direktversicherungen nicht übersteigen.

5 Welche anderen Leistungen beinhaltet Ihr Vertrag?

5.1 Todesfalleistung

Stirbt die *versicherte Person* vor Eintritt der Berufsunfähigkeit, können wir beim Überschusssystem "verzinsliche Ansammlung" eine Todesfalleistung erbringen.

Welches Überschusssystem Sie vereinbart haben, entnehmen Sie Ihrem *Versicherungsschein*.

Einzelheiten zu der Überschussbeteiligung finden Sie im Abschnitt "Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?" zur Berechnung der Todesfalleistung dort im Abschnitt "Überschusshöhe" in diesen Bedingungen.

5.2 Weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung

Außer den garantierten Leistungen, die im Versicherungsschein ausgewiesen sind, können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe Abschnitt "Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?" in diesen Bedingungen).

5.3 Optionale Leistung - Garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall

Ihrem Versicherungsschein können Sie entnehmen, ob Sie eine "garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall" vereinbart haben. Ist sie vereinbart, führen wir diese, nachdem wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben, erstmals zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns durch. Eine weitere Steigerung erfolgt jährlich, solange der Anspruch auf Leistung besteht. Während der Dauer des Anspruchs auf Leistung zahlen Sie keine Beiträge - auch nicht für die garantierten Steigerungen der Rente.

Mit dem Ende unserer Leistungspflicht beginnt für Sie wieder die Pflicht, Beiträge zu bezahlen. Zur nächsten Beitragsfälligkeit fallen wieder die gleichen Beiträge wie vor Beginn der Leistung an. Die Höhe der garantierten Rente entspricht dann auch wieder der Höhe, wie vor unserer Leistungspflicht. Sollte erneut ein Anspruch auf Leistung aus diesem Vertrag entstehen, bildet die ursprünglich garantierte Rente die Ausgangsbasis für mögliche weitere Steigerungen im Leistungsfall.

Wünschen Sie hingegen als garantierte Rente die Rentenhöhe, die durch die Rentensteigerung während des Leistungsbezuges erreicht wurde, gilt:

Sie müssen dies innerhalb von 2 Monaten, nachdem Sie unser Schreiben zum Ende der Leistungspflicht erhalten haben, in *Textform* beantragen. Dadurch erhöht sich auch Ihr Beitrag.



5.4 Unterstützungs- und Beratungsleistungen

Wir beraten und unterstützen Sie während der gesamten Laufzeit des Vertrags. Gerne beantworten wir Ihnen auch telefonisch Fragen, beispielsweise zum Umfang Ihrer Versicherung, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung. Ebenso informieren wir Sie über erforderliche Unterlagen, Nachweise oder die Beschreibung der beruflichen Tätigkeit sowie entsprechende Fragebögen.

6 Wer ist Empfänger und wie erfolgt die Auszahlung von Leistungen?

6.1 Empfänger der Leistungen bei Berufsunfähigkeit

Die Rente wegen Berufsunfähigkeit zahlen wir an die *versicherte Person*.

Bei Abschluss der Versicherung erhält die *versicherte Person* ein **Bezugsrecht**.

Bei der Direktversicherung gibt es 2 verschiedene Ausprägungen:

- **Unwiderrufliches Bezugsrecht:** Wird uns die versicherte Person als unwiderruflich *Bezugsberechtigte* benannt, erwirbt diese sofort das Recht auf die Leistung.
- **Eingeschränkt unwiderrufliches Bezugsrecht:** Dies ist nur möglich bei arbeitgeberfinanzierter Versicherung. Wird uns die *versicherte Person* als eingeschränkt unwiderruflich *Bezugsberechtigte* benannt, erwirbt diese sofort das Recht auf die Leistung. Dem Arbeitgeber bleibt jedoch das Recht vorbehalten, die Leistung in Anspruch zu nehmen, wenn die *versicherte Person* vor Ablauf der gesetzlichen Unverfallbarkeitsfrist gemäß § 1b Abs. 1 BetrAVG aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet.

Das für Sie geltende Bezugsrecht können Sie Ihrem *Versicherungsschein* entnehmen.

Sie können das Bezugsrecht nur mit Zustimmung der *versicherten Person* aufheben oder einschränken. Ihre Mitteilung muss uns in *Textform* zugegangen sein, bevor der Versicherungsfall eingetreten ist. Das gilt auch für die Zustimmung einer unwiderruflich *bezugsberechtigten Person* zur Änderung des Bezugsrechts.

6.2 Empfänger der Todesfallleistungen

Verstirbt die *versicherte Person*, dürfen wir Leistungen aus der Direktversicherung nur an die *Bezugsberechtigten* Hinterbliebenen der versicherten Person auszahlen. *Bezugsberechtigte* Hinterbliebene im Sinne dieser Bedingungen sind folgende Personen:

- Der überlebende Ehepartner, mit dem die *versicherte Person* zum Zeitpunkt ihres Todes verheiratet war bzw. Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz,
- Kinder im Sinne von § 32 Absatz 3, 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und Absatz 5 Einkommensteuergesetz (EStG),
- Der nichteheliche, überlebende Lebensgefährte, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes in einer auf Dauer angelegten häuslichen Gemeinschaft gelebt hat. Darunter sind ein gemeinsamer Wohnsitz und eine gemeinsame Haushaltsführung zu verstehen.

Das Bezugsrecht der *versicherten Person* umfasst auch die Todesfallleistungen. Die *versicherte Person* kann dem *Versicherungsnehmer* eine oder mehrere zu dem Kreis der zuvor genannten Hinterbliebenen gehörende Personen als bezugsberechtigt für die Todesfallleistung benennen. Dies erfolgt in Textform im Rahmen einer Zahlungsverfügung. Im Fall der Benennung eines nichtehelichen Lebensgefährten sind in der Zahlungsverfügung Name, Anschrift und Geburtsdatum der bezugsberechtigten Person anzugeben.

Die Zahlungsverfügung der *versicherten Person* müssen Sie uns *unverzüglich* vorlegen. Im Todesfall werden wir die Leistungen an die in der Zahlungsverfügung genannten Hinterbliebenen auszahlen. Liegt uns keine Zahlungsverfügung vor, zahlen wir die Todesfallleistungen an die Hinterbliebenen in der oben aufgeführten Rangfolge aus. Sind Hinterbliebene im Sinne der Zahlungsverfügung nicht vorhanden, ist die Todesfallleistung auf ein Sterbegeld von höchstens 8.000 Euro beschränkt.

6.3 Inhaber des Versicherungsscheins

Wir dürfen jede Person, die uns den *Versicherungsschein* vorlegt, als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen und Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir sind nicht verpflichtet diese Berechtigung zu überprüfen, können aber einen Nachweis darüber verlangen.

6.4 Auszahlung der Leistungen

Die Überweisung der Versicherungsleistung erfolgt innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums auf unsere Kosten. Wir überweisen die Leistungen auch in einen Staat außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums. Voraussetzung dafür ist, dass die *versicherte Person* bei Abschluss des Vertrages ihren Wohnsitz innerhalb des Europäischen Wirt-

schaftsraums hatte und dieser im Versicherungsvertrag genannt ist. Bitte beachten Sie, dass die Überweisung in diesem Fall auf Kosten und auf Gefahr der *versicherten Person* bzw. der bezugsberechtigten Person erfolgt.

7 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, wodurch der *Versicherungsfall* verursacht worden ist. Um Ihnen unsere Leistungen langfristig und stabil anbieten zu können, sind jedoch einige Risiken vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.



- Die folgenden Ausschlüsse gelten für alle Leistungen aus diesem Vertrag.
- Zusätzlich können individuelle Ausschlüsse zu Ihrem Vertrag vereinbart sein.
- Auch bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (siehe Abschnitt "Warum ist es wichtig, dass Ihre Angaben richtig und vollständig sind?") oder bei *arglistiger* Täuschung kann der Anspruch auf Leistung entfallen.

Ist der *Versicherungsfall* durch eines der folgenden Ereignisse verursacht, leisten wir grundsätzlich nicht (Ausschlüsse). Unter bestimmten Voraussetzungen bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen (versicherte Ausnahmen).

Verursachende Ereignisse (Risiken)	Ausschlüsse: Wir leisten nicht, wenn der <i>Versicherungsfall</i> durch eines der folgenden Ereignisse verursacht ist:	Versicherte Ausnahmen: Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch unter folgenden Voraussetzungen bestehen:
Kriegerische Ereignisse und innere Unruhen	Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen, sofern die <i>versicherte Person</i> auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.	<ul style="list-style-type: none"> • Die <i>versicherte Person</i> war während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen ausgesetzt, aber nicht aktiv daran beteiligt (z. B. im Rahmen humanitärer Hilfeleistungen, wie z. B. Ärzte ohne Grenzen); • Der <i>Versicherungsfall</i> ist Folge eines Einsatzes, an dem die <i>versicherte Person</i> als <i>Angehöriger</i> der Deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich beauftragter Organisationen teilgenommen hat, sofern es sich um rein humanitäre Hilfeleistungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland handelt.
Vorsätzliche Straftaten	Die <i>versicherte Person</i> hat <i>vorsätzlich</i> eine Straftat oder ein Vergehen ausgeführt oder auszuüben versucht.	Bei Verkehrsdelikten oder fahrlässigen Verstößen.
Absichtliche Herbeiführung eines <i>Versicherungsfalls</i>	Die <i>versicherte Person</i> hat absichtlich <ul style="list-style-type: none"> • Krankheit oder Kräfteverfall herbeigeführt oder • eine Selbstverletzung oder den Versuch einer Selbsttötung vorgenommen. 	Es wird nachgewiesen, dass die <i>versicherte Person</i> diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat, der die freie Willensbestimmung ausschließt.
Widerrechtliche Handlungen	Durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als <i>Versicherungsnehmer</i> den <i>Versicherungsfall</i> bei der <i>versicherten Person</i> <i>vorsätzlich</i> herbeigeführt haben.	

Verursachende Ereignisse (Risiken)	Ausschlüsse: Wir leisten nicht, wenn der <i>Versicherungsfall</i> durch eines der folgenden Ereignisse verursacht ist:	Versicherte Ausnahmen: Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch unter folgenden Voraussetzungen bestehen:
Strahlen infolge von Kernenergie	Durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.	Es handelt sich nur um Einzelfälle und nicht um Großschadenereignisse. Erläuterungen hierzu finden Sie unter dieser Tabelle.
Atomare, biologische oder chemische Waffen	Unmittelbar oder mittelbar durch den <i>vorsätzlichen Einsatz</i> von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den <i>vorsätzlichen Einsatz</i> oder die <i>vorsätzliche</i> Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen geeignet sind, das Leben oder die Gesundheit vieler Personen zu gefährden.	Es handelt sich nur um Einzelfälle und nicht um Großschadenereignisse. Erläuterungen hierzu finden Sie unter dieser Tabelle.

Unsere Leistungspflicht für die letzten beiden Punkte ist nur dann eingeschränkt, wenn es sich hierbei um Großschadenereignisse handelt, die das Leben oder die Gesundheit vieler Personen gefährden. Voraussetzung dafür ist, dass die Gefährdung zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den versicherungsmathematischen Berechnungsgrundlagen führt und die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies ist der Fall, wenn mehr als 1 % des Versichertenbestandes davon betroffen ist. Ob diese Voraussetzungen vorliegen, muss ein unabhängiger Treuhänder prüfen und gutachterlich bestätigen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf der Prüfung fällig. Den Nachweis über den Leistungsausschluss erbringen wir.

8 Warum ist es wichtig, dass Ihre Angaben richtig und vollständig sind?



- In diesem Abschnitt geben wir Ihnen einen Überblick zum Thema Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.
- Einzelheiten dazu finden Sie in unserer "Mitteilung nach § 19 Absatz 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" in Ihren Antragsunterlagen.

8.1 Bedeutung unserer Fragen vor Vertragsabschluss

Vor Vertragsabschluss stellen wir Ihnen verschiedene Fragen - zum Beispiel zu aktuellen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Beschwerden der *versicherten Person*. Diese Angaben sind für uns bedeutsam, um das zu versichernde Risiko richtig einschätzen zu können. Alle Fragen, die wir Ihnen vor Vertragsabschluss in *Textform* stellen, müssen Sie vollständig und richtig beantworten. Das heißt "vorvertragliche Anzeigepflicht".

Auch die *versicherte Person* muss diese Fragen richtig und vollständig beantworten.

8.2 Auswirkungen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Verletzen Sie oder die *versicherte Person* diese Anzeigepflicht, kann das gravierende Folgen haben und den Versicherungsschutz gefährden. Es ist möglich, dass wir vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen.

Welche Folgen im Einzelfall eintreten und wie sich diese auf den Versicherungsschutz auswirken, hängt insbesondere von folgenden Faktoren ab:

- ob die Anzeigepflichtverletzung schuldhaft erfolgte,
- vom Grad eines möglichen Verschuldens,
- von der Frage, ob wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht oder nicht richtig mitgeteilten Umstände geschlossen hätten (wenn auch zu anderen Bedingungen).

Im Falle von Rücktritt und Kündigung erlischt der Vertrag, ohne dass eine Leistung fällig wird. Sie haben keinen Anspruch auf Rückzahlung der eingezahlten Beiträge.

Abweichend von den gesetzlichen Vorschriften verzichten wir zu Ihren Gunsten darauf, den Vertrag zu kündigen oder anzupassen, wenn Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht verschuldet haben.

8.3 Bedeutung unserer Fragen bei Leistungserweiterungen

Die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (siehe unsere "Mitteilung nach § 19 Absatz 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht") gelten entsprechend, wenn

- Sie im Laufe des Vertrages den Versicherungsschutz erweitern oder
- Sie nach einer Beitragsfreistellung den Versicherungsschutz wiederherstellen und wieder Beiträge zahlen.

Unsere Rechte und die dafür geltenden Fristen beziehen sich dann auf den erweiterten oder wiederhergestellten Teil Ihres Vertrages.

8.4 Anfechtung wegen arglistiger Täuschung

Wenn Sie oder die *versicherte Person* uns bei Vertragsabschluss *arglistig* getäuscht haben, können wir den Vertrag auch anfechten.

Die Anfechtung erklären wir Ihnen gegenüber. Dies ist auch möglich, wenn die *versicherte Person* die *arglistige* Täuschung begangen hat, ohne dass Sie dies wussten.

Wenn Sie unsere Anfechtungserklärung erhalten haben, ist der Versicherungsvertrag von Anfang an nichtig. Dies bedeutet, dass zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz bestand. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Frist für die Ausübung der Anfechtung

Die Anfechtung müssen wir innerhalb eines Jahres ab Kenntnis der *arglistigen* Täuschung in *Textform* ausüben. Unabhängig von dieser Kenntnis können wir die Anfechtung nur innerhalb von 10 Jahren seit Abschluss des Vertrages erklären.

9 Was müssen Sie beachten, während Sie Leistungen erhalten?

9.1 Ihre Pflichten während Sie Leistungen beziehen

Mitteilung einer Änderung der beruflichen Tätigkeit

Erhält die versicherte Person Leistungen aus diesem Vertrag oder hat sie diese beantragt, müssen Sie oder die *versicherte Person* uns *unverzüglich* mitteilen, wenn die *versicherte Person* die berufliche Tätigkeit wieder aufnimmt oder sich diese in Art oder Umfang ändert.

Pflichten bei laufender Rentenzahlung

Erbringen wir laufende Rentenzahlungen, sind wir berechtigt, uns in angemessenen Zeitabständen zu erkundigen, ob die *versicherte Person* noch lebt. Dafür benötigen wir eine amtlich beglaubigte Bescheinigung.

Pflichten bei unrechtmäßig erhaltenen Leistungen

Zu Unrecht empfangene Leistungen sind *unverzüglich* an uns zurückzuzahlen.

Pflichten im Todesfall

Verstirbt die *versicherte Person*, müssen Sie uns dies *unverzüglich* mitteilen. Um eine Leistung im Todesfall erbringen zu können, benötigen wir eine amtliche Sterbeurkunde, die das Geburtsdatum und den Geburtsort der *versicherten Person* ausweist.

9.2 Recht zur Nachprüfung, ob die Leistungspflicht weiter besteht

9.2.1 Umfang der Nachprüfung

Haben wir unsere Pflicht zur Leistung anerkannt, sind wir berechtigt zu prüfen, ob der *Versicherungsfall* und der daraus resultierende Anspruch weiterhin bestehen. Wir legen dabei den Abschnitt "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?" zugrunde. Im Rahmen dieser Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte auf unsere Kosten anfordern. Darüber hinaus können wir einmal im Jahr umfassende Untersuchungen der *versicherten Person* durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

Sachdienliche Auskünfte sind Informationen zu

- Beginn, Ursache, Art und Verlauf der Krankheit sowie zu Störungen des Heilungsprozesses,
- medizinischen Behandlungen und gesundheitsrelevanten Lebensumständen,



- der beruflichen Tätigkeit und den wirtschaftlichen und steuerlichen Verhältnissen der *versicherten Person* sowohl vor Eintritt des *Versicherungsfalles* als auch deren Veränderungen bis zur aktuellen Nachprüfung.

Die Bestimmungen des Abschnittes "Wie beantragen Sie Leistungen und welche *Mitwirkungspflichten* haben Sie?" gelten entsprechend.

Wir können auch erneut prüfen, ob die *versicherte Person* eine andere berufliche Tätigkeit im Sinne des Abschnitts "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?" konkret ausübt. Dabei sind neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. durch Umschulung oder Fort- und Weiterbildung) zu berücksichtigen.

9.3 Verletzung von Mitwirkungspflichten

Im Rahmen der Nachprüfung gelten die gleichen *Mitwirkungspflichten* wie bei der Beantragung von Leistungen. Wie Sie Ihre *Mitwirkungspflichten* erfüllen und welche Folgen eine Verletzung hat, können Sie in Abschnitt "Wie beantragen Sie Leistungen und welche *Mitwirkungspflichten* haben Sie?" nachlesen.

10 Welche vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie?

10.1 Anpassung des Versicherungsschutzes

Sie können den Versicherungsschutz im Rahmen von Optionen ohne erneute Gesundheitsprüfung anpassen, sofern Ihr Vertrag "Bedingungen für die Ausübung von Optionen in der betrieblichen Altersversorgung als Direktversicherung" enthält. Einzelheiten sind in diesen Bedingungen geregelt.

10.2 Überprüfung des Beitrags bei Berufseinstieg oder Weiterqualifizierung ("Zukunftsgarantie")

Im Rahmen der Zukunftsgarantie vergleichen wir den Beitrag für die ausgeübte berufliche Tätigkeit, die wir bei Antragsstellung zugrunde gelegt haben, mit dem Beitrag für die ausgeübte berufliche Tätigkeit beim Start ins Berufsleben bzw. nach erfolgreicher Weiterqualifizierung.

Kann die berufliche Tätigkeit beim Start ins Berufsleben bzw. nach erfolgreicher Weiterqualifizierung zu einem günstigeren Beitrag versichert werden, stellen wir die Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung auf diesen günstigeren Beitrag um (Zukunftsgarantie). Diese Möglichkeit können Sie einmalig nutzen. Dafür müssen die in den nächsten Absätzen genannten Voraussetzungen erfüllt sein.

Voraussetzungen

Die Umstellung des Beitrags beim Start ins Berufsleben ist an folgende Voraussetzungen gebunden.

Beim Start ins Berufsleben (Voraussetzungen müssen alle erfüllt sein)

- Die *versicherte Person* war bei Beginn der Versicherung
 - Student, Referendar, Auszubildender oder Beamtenanwärter oder
 - den Bundesfreiwilligendienst (BFD), das Freiwillige Soziale Jahr (FSJ) oder das Freiwillige Ökologische Jahr (FJÖ) geleistet.
- Die *versicherte Person* hat
 - ein *Studium* an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule oder ein Referendariat oder
 - eine *Ausbildung* in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf abgeschlossen.
- Die versicherte Person nimmt nach dem vorgenannten Abschluss eine berufliche Tätigkeit auf. Diese muss unbefristet sein. Ein Referendariat oder der Status als Beamter auf Widerruf oder auf Probe (BaW / BaP) gilt als unbefristet.
- Der Beginn der Versicherung darf nicht länger als 5 Jahre zurückliegen.

Nach erfolgreicher Weiterqualifizierung bei Handwerkern und industriellen Fachkräften (Voraussetzungen müssen alle erfüllt sein)

- Die *versicherte Person* hat erstmalig eine Weiterqualifizierung zum
 - Handwerksmeister (HWK anerkannt) oder
 - Industriemeister (IHK anerkannt) oder
 - staatlich geprüften Techniker erfolgreich abgeschlossen.
- Die *versicherte Person* übt eine berufliche Tätigkeit aus, die die Weiterqualifizierung typischerweise voraussetzt.

Diese weiteren Voraussetzungen müssen für die Umstellung beim Start ins Berufsleben bzw. nach erfolgreicher Weiterqualifizierung alle erfüllt sein:

- Die berufliche Tätigkeit muss bei uns versicherbar sein.
- Die Versicherung darf nicht beitragsfrei gestellt sein.

- Zur Versicherung besteht kein Beitragsrückstand und es ist keine *Stundung* der Beiträge vereinbart.
- Es liegt bei der *versicherten Person* weder eine Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit noch eine Erwerbsminderung vor und es ist objektiv auch keine andere Situation eingetreten, die einen Leistungsanspruch begründet.
- Es wurde noch keine Leistung aufgrund von Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung bezogen oder beantragt.

Fristen und Nachweise

Die Beantragung der Zukunftsgarantie muss innerhalb folgender Fristen erfolgen:

- Innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss der *Ausbildung*, des *Studiums*, des Referendariats und der Aufnahme der erstmaligen beruflichen Tätigkeit bzw. nach erfolgreichem Abschluss der Weiterqualifizierung. Abweichend gilt für Lehrkräfte eine Frist von 18 Monaten.
- Die *versicherte Person* übt die aktuelle berufliche Tätigkeit seit mindestens 6 Monaten aus.

Bitte beantragen Sie die Zukunftsgarantie in *Textform* und reichen uns Nachweise über den Abschluss der *Ausbildung*, des *Studiums*, des Referendariats oder der Weiterqualifizierung und der aktuellen beruflichen Tätigkeit ein. Erfüllen Sie alle genannten Voraussetzungen und liegen uns alle notwendigen Unterlagen vor, stellen wir Ihren Vertrag zum 01. des Folgemonats um. Vereinbarte Leistungsausschlüsse und Zuschläge bleiben bestehen.

10.3 Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit als Beamter, im Öffentlichen Dienst oder als Soldat

Nimmt die *versicherte Person* eine berufliche Tätigkeit im Beamtenverhältnis, im Öffentlichen Dienst (ÖD) oder als Soldat auf, besteht die Möglichkeit, den Versicherungsschutz um Klauseln zur Dienstunfähigkeit bzw. um spezielle Regelungen für Angestellte im ÖD zu erweitern. Die Versicherung darf zu diesem Zeitpunkt nicht beitragsfrei gestellt sein. Ebenso darf kein Beitragsrückstand bestehen und keine *Stundung* der Beiträge vereinbart sein. Die Erweiterung müssen Sie in *Textform* beantragen.

Dazu übertragen wir Ihren gesamten Vertrag auf die DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG (DBV-ZN). Maßgeblich ist dann die berufliche Tätigkeit, welche die *versicherte Person* als Beamter, Beamter im Kirchenrecht, Richter oder Soldat bzw. als Angestellter im ÖD zum Zeitpunkt der Übertragung ausübt. Es gelten die dann gültigen bzw. angebotenen Tarife, *Rechnungsgrundlagen*, Annahmerichtlinien und die aktuelle Berufstarifizierung. Eventuell vorhandene Klauseln und Zuschläge werden berücksichtigt.

Sofern die *versicherte Person* eine berufliche Tätigkeit im Beamtenverhältnis aufnimmt (dies gilt auch für Beamte im Kirchenrecht oder Richter), kann der Versicherungsschutz um die Absicherung einer Teildienstunfähigkeit (Begrenzte Dienstfähigkeit) und / oder um die Absicherung einer speziellen Dienstunfähigkeit ergänzt werden.

Wird die *versicherte Person* Soldat, kann der Versicherungsschutz um die Absicherung des Dienstunfähigkeitsrisikos bei Soldaten ergänzt werden, nicht aber um die Absicherung einer Teildienstunfähigkeit.

Beantragen Sie die Übertragung innerhalb von 24 Monaten, nachdem die *versicherte Person* ihre berufliche Tätigkeit als Beamter, Beamter im Kirchenrecht, Richter, Soldat oder als Angestellter im ÖD aufgenommen hat, verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

Der zusätzliche Versicherungsschutz (Absicherung einer Teildienstunfähigkeit, speziellen Dienstunfähigkeit bzw. des Dienstunfähigkeitsrisiko bei Soldaten) kann innerhalb von 24 Monaten nach Aufnahme der neuen beruflichen Tätigkeit ohne erneute Überprüfung der Gesundheit ergänzt werden.

Wünschen Sie die Übertragung, verändern sich durch den Tarifwechsel und die neue berufliche Tätigkeit der *versicherten Person* Ihre Beiträge. Die neuen Beiträge berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik und teilen Ihnen diese in *Textform* mit. Dabei berücksichtigen wir folgende Faktoren:

- das zum Zeitpunkt der Übertragung erreichte Alter der *versicherten Person*,
- die zum Zeitpunkt der Übertragung ausgeübte berufliche Tätigkeit der *versicherten Person*,
- die Restlaufzeit des Vertrages,
- eine mögliche Erweiterung des Versicherungsschutzes um die Absicherung einer Teildienstunfähigkeit, einer speziellen Dienstunfähigkeit oder des Dienstunfähigkeitsrisikos bei Soldaten sowie
- gegebenenfalls vereinbarte Zuschläge.

Die Anpassungen sind nur im Rahmen der wirtschaftlichen Angemessenheit möglich. Für diese Prüfung können wir Unterlagen von Ihnen verlangen. Dabei betrachten wir alle Berufs-, Dienst- und Erwerbsunfähigkeitsrenten einschließlich der Rente aus dem Überschusssystem Leistungsfallbonus aus bestehenden Verträgen bei der AXA Lebensversicherung AG (inkl. der DBV-Zweigniederlassung). Ebenso werden sonstige Renten aus Berufs-, Dienst- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen aus privaten sowie betrieblichen Versorgungsleistungen, berufsständischen Versorgungsgesellschaften und Ansprüchen aus der Beamtenversorgung berücksichtigt. All diese Renten werden addiert ("Gesamtrente"). Bei der Prüfung der wirtschaftlichen Angemessenheit wird die versicherte Gesamtrente in Relation zum Brut-



toeinkommen der *versicherten Person* (bei Selbstständigen und Freiberuflern zum Gewinn vor Steuern) gesetzt. Wirtschaftliche Angemessenheit liegt vor, wenn die Gesamtrente

- maximal 60 % des Jahres-Bruttolohns bei Angestellten bzw. des Jahresbruttoeinkommens aus freiberuflicher oder selbstständiger Tätigkeit beträgt,
- maximal 80 % der bestehenden Nettoversorgungslücke bei Beamten auf Lebenszeit und Berufssoldaten, bei Beamten auf Widerruf bzw. auf Probe maximal 80 % der erwarteten Nettoversorgungslücke als Beamter auf Lebenszeit beträgt. Unter der Nettoversorgungslücke verstehen wir das Nettoeinkommen aus ruhegehaltsfähigen Dienstbezügen ohne kindergeldbezogenen Anteil des Familienzuschlags, abzüglich beamtenrechtlicher Versorgungsbezüge.

Bei Soldaten auf Zeit darf die insgesamt versicherte Gesamtrente der *versicherten Person* eine Jahresrente von 24.000 Euro nicht übersteigen.

Bei *versicherten Personen*, die bei Beantragung der Übertragung

- kein regelmäßiges Einkommen (z. B. Schüler, Studenten, Hausfrauen / -männer) haben oder
- bei denen wir bei Abschluss keine Angaben zum Einkommen verlangen (z. B. Azubis),

kann die versicherte Gesamtrente aber maximal die Rentenhöhe erreichen, die wir für diese beruflichen Tätigkeiten als höchstmögliche Rente festgelegt haben (Pauschalgrenze im Rahmen unserer Annahmerichtlinien).

Zum Nachweis der wirtschaftlichen Angemessenheit können wir Unterlagen von Ihnen verlangen.

10.4 Verlängerungsoption

Wenn die Regelaltersgrenze in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung oder den berufsständischen Versorgungswerken für die *versicherte Person* erhöht wird, können Sie die *Versicherungs- und Leistungsdauer* Ihres Vertrags **ohne erneute Risikoprüfung** verlängern. Die Verlängerung müssen Sie in *Textform* beantragen.

Die Verlängerung erfolgt maximal um die Anzahl der Jahre, um die sich die gesetzliche Regelaltersgrenze der *versicherten Person* erhöht hat. Hierbei werden nur volle Jahre berücksichtigt (Beispiel: erhöht sich die individuelle Regelaltersgrenze um 16 Monate, kann die Verlängerung nur um zwölf Monate bzw. ein Jahr durchgeführt werden).

Mit der Verlängerung der *Versicherungsdauer* verlängert sich die vereinbarte *Leistungsdauer* entsprechend. Sie können die *Versicherungsdauer* auch unverändert lassen und nur die *Leistungsdauer* verlängern.

Die Verlängerung ist an folgende Voraussetzungen gebunden, die **alle** erfüllt sein müssen:

- Die gültige Regelaltersgrenze für die *versicherte Person* verschiebt sich um mindestens zwölf Monate nach hinten.
- Die Verlängerung geht nicht über den 69. Geburtstag der *versicherten Person* hinaus.
- Sie müssen das Recht auf Verlängerung **innerhalb von zwölf Monaten** nachdem eine gesetzliche Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in Kraft getreten ist, ausüben.
- In Ihrem Vertrag ist für die *versicherte Person* eine *Versicherungsdauer* bis zum Endalter von mindestens 60 Jahren vereinbart.
- Die zum Verlängerungszeitpunkt gültigen Annahmerichtlinien lassen im konkreten Fall ein höheres Endalter zu.
- Die *versicherte Person* darf maximal 50 Jahre alt sein.
- Der Vertrag ist nicht beitragsfrei gestellt.
- Zum Vertrag besteht kein Beitragsrückstand und es ist keine *Stundung* der Beiträge vereinbart.
- Es liegt bei der *versicherten Person* weder eine Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit noch eine Erwerbsminderung vor und es ist objektiv auch keine andere Situation eingetreten, die einen Leistungsanspruch begründet.
- Es wurde noch keine Leistungen aufgrund von Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung bezogen oder beantragt.

Üben Sie die Verlängerungsoption aus, erhöhen sich infolge des höheren Alters und der längeren Vertragsdauer Ihre Beiträge. Wir berechnen den Beitrag für Ihren Vertrag deshalb nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu und teilen Ihnen die angepassten Beiträge in *Textform* mit. Dabei berücksichtigen wir folgende Faktoren:

- das zum Zeitpunkt der Verlängerung erreichte Alter der *versicherten Person*,
- die Restlaufzeit des Vertrages einschließlich der Verlängerung sowie
- gegebenenfalls vereinbarte Zuschläge.

Gültige Leistungseinschränkungen gelten auch für die verlängerte *Versicherungsdauer*.

11 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Wenn Sie Ihren Beitrag vorübergehend nicht bezahlen können, Ihren Versicherungsschutz aber erhalten wollen, haben Sie folgende Möglichkeiten:

11.1 Änderung der Beitragszahlung

Sie können mit uns die Änderung der Zahlungsweise zum Ende einer jeden *Versicherungsperiode* vereinbaren. Einzelheiten entnehmen Sie dem Abschnitt "Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?".

11.2 Im ersten Versicherungsjahr: Beginn- und Ablaufverlegung

Sie können beantragen, dass der Beginn der Versicherung um die Anzahl der Monate nach hinten verlegt wird, für die Sie keine Beiträge bezahlt haben. Verschiebt sich der Versicherungsbeginn dadurch in ein neues Kalenderjahr, erhöht sich das Eintrittsalter der *versicherten Person*. Das kann zu einem höheren Beitrag führen.

Eine Beginn- und Ablaufverlegung ist

- im ersten *Versicherungsjahr*
- einmalig möglich,
- wenn der Vertrag seit Abschluss nicht geändert wurde.

Eine Beginn- und Ablaufverlegung darf nur zum Ausgleich offener Beiträge erfolgen. Nachdem die Beginn- und Ablaufverlegung durchgeführt wurde, müssen die Beiträge sofort wieder bezahlt werden.

Wir werden Ihrem Antrag zustimmen, wenn keine erheblichen versicherungstechnischen Gründe dagegensprechen. Das sind zum Beispiel eine Überschreitung des möglichen versicherbaren Endalters der *versicherten Person* oder eine Unterschreitung der Mindestrente.

11.3 Ab dem zweiten Versicherungsjahr: Stundung der Beiträge

Sie können mit uns vereinbaren, Ihre Beiträge bis zu 24 Monate ganz oder teilweise auszusetzen (*Stundung*).

Dieser Zeitraum verlängert sich während einer erstmaligen Weiterqualifizierung der *versicherten Person* zum

- Handwerksmeister (HWK anerkannt) oder
- Industriemeister (IHK anerkannt) oder
- staatlich geprüften Techniker

für die gesamte Dauer der Weiterqualifizierung - maximal auf 48 Monate und maximal bis zum Ende der Weiterqualifizierung.

Voraussetzungen und Durchführung

Für eine Stundungsvereinbarung müssen insbesondere die folgenden Voraussetzungen **alle** erfüllt sein:

- Sie haben die Beiträge für die ersten 12 Monate vollständig bezahlt.
- Der Vertrag befindet sich noch nicht im Mahnverfahren nach § 38 VVG.
- Sie haben den Vertrag weder gekündigt noch beitragsfrei gestellt.
- Nach Ablauf der *Stundung* beträgt die Dauer der Beitragszahlung noch mindestens 2 Jahre.

Haben Sie in Ihrem Vertrag einen abgesenkten Anfangsbeitrag vereinbart, kann eine *Stundung* erst erfolgen, wenn Sie den vollen Beitrag zahlen. Die *Stundung* beginnt frühestens, wenn Ihr nächster Beitrag fällig ist. Während des Zeitraumes der *Stundung* finden keine dynamischen Erhöhungen Ihres Vertrages statt.

Zinsen

Für eine *Stundung* berechnen wir grundsätzlich Zinsen. Die Höhe richtet sich nach den Sätzen, die zu Beginn der *Stundung* gültig sind. Die aktuellen Zinssätze teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

In folgenden Fällen berechnen wir keine Zinsen:

- Die *versicherte Person* befindet sich in der gesetzlichen Elternzeit oder
- die *versicherte Person* nimmt ein Sabbatical (Sabbatjahr) oder
- die *versicherte Person* ist erwerbsgemindert oder pflegebedürftig oder
- die *versicherte Person* befindet sich während des gesamten Stundungszeitraums in einer erstmaligen Weiterqualifizierung zum
 - Handwerksmeister (HWK anerkannt) oder
 - Industriemeister (IHK anerkannt) oder
 - staatlich geprüften Techniker.

Als Nachweis benötigen wir zum Beispiel

- den Bescheid eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers oder eines Versorgungswerks oder einen entsprechenden Bescheid von Ihnen oder
- Unterlagen zu Beginn und Dauer der Weiterqualifizierung.



Trifft keiner der genannten Fälle mehr zu, müssen Sie uns darüber informieren. Für die weitere *Stundung* berechnen wir dann Zinsen.

Rückzahlung

Mit Ablauf des vereinbarten Zeitraumes informieren wir Sie über die Höhe der gestundeten Beiträge und der gegebenenfalls erhobenen Zinsen. Innerhalb eines Monats müssen Sie dann mit der Rückzahlung des offenen Betrags beginnen. Hierfür haben Sie 2 Möglichkeiten:

- Vollständige Zahlung in einem Betrag oder
- Zahlung in gleichmäßigen Raten von höchstens 48 Monaten. Beträgt die verbleibende Dauer der Beitragszahlung weniger als 48 Monate, können Sie den Betrag maximal über die verbleibenden Monate zurückzahlen. Eine Rate muss mindestens 25 Euro betragen. Die Raten können Sie jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich bezahlen.

Die Nachzahlung darf zusammen mit den Beiträgen im Kalenderjahr den steuerlichen Höchstbetrag für Direktversicherungen nicht übersteigen.

Ist Ihnen die Zahlung des gestundeten Betrages plus Zinsen nicht möglich, können Sie beantragen, dass wir den offenen Betrag mit dem *Deckungskapital* der Versicherung verrechnen. Dazu muss ausreichend *Deckungskapital* vorhanden sein. Dabei bleibt der Beitrag der Versicherung grundsätzlich unverändert, allerdings werden die versicherten Leistungen herabgesetzt. Alternativ können Sie verlangen, dass die versicherten Leistungen gleichbleiben, sich aber der zukünftige Beitrag entsprechend erhöht. Die zukünftigen Leistungen und Beiträge berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Dafür verwenden wir die *Rechnungsgrundlagen*, die bei Vertragsabschluss galten.

Ist eine Verrechnung des gestundeten Betrages plus Zinsen mit dem *Deckungskapital* nicht möglich oder ist der Leistungsfall eingetreten, verrechnen wir den gestundeten Betrag plus Zinsen mit dem *Überschussguthaben* oder einer fälligen Leistung aus diesem Vertrag.

Kann ein offener Betrag nicht durch Verrechnung beglichen werden, mahnen wir den offenen Betrag an. Unter Umständen endet dann der Versicherungsschutz (siehe Abschnitt "Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?").

Voraussetzung für eine weitere Stundung

Eine weitere Stundung ist zudem erst möglich, wenn Sie den offenen Betrag vollständig bezahlt haben.

12 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

12.1 Beitragsfreistellung und deren Auswirkungen

Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Ende der laufenden *Versicherungsperiode* für unbestimmte Zeit beitragsfrei stellen. Bei einer Beitragsfreistellung reduziert sich die versicherte Rente. Hat die *versicherte Person* zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung einen Anspruch auf Leistung aus Ihrer Versicherung, bleibt dieser Anspruch trotz Beitragsfreistellung bestehen.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für eine Beitragsfreistellung sind:

- Sie müssen uns Ihren Wunsch, keine Beiträge mehr zu zahlen, in *Textform* mitteilen.
- Die künftige monatliche Rente (unter Berücksichtigung der Beitragsfreistellung) muss **mindestens 75 Euro** betragen. Wird dieser Betrag nicht erreicht, können wir die Versicherung nicht beitragsfrei stellen. Wir führen die Versicherung dann beitragspflichtig fort.

Ermittlung der beitragsfreien Rente

Wir ermitteln die beitragsfreie Rente nach den gesetzlichen Vorgaben zum Schluss der laufenden *Versicherungsperiode* aus dem *Deckungskapital* der Versicherung. Dabei wenden wir die anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den *Rechnungsgrundlagen* der Beitragskalkulation an (siehe § 165 Abs. 2 VVG in Verbindung mit § 169 Absätze 3 bis 5 VVG). Wir berücksichtigen dabei eventuelle Beitragsrückstände und nehmen einen Abzug vor, den wir Ihnen weiter unten in diesem Abschnitt erläutern.

Das *Deckungskapital* hat bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung mindestens den Wert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten - unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze - auf die ersten 5 *Versicherungsjahre*, höchstens jedoch auf die Dauer der Beitragszahlung, ergibt.

Wie hoch die beitragsfreien Renten sind, finden Sie in der Werteentwicklung in Ihrem *Versicherungsschein*. Voraussetzung für den Ausweis dort ist, dass Ihre Versicherung die beitragsfreie Mindestrente in Höhe von monatlich 75 Euro während der Laufzeit des Vertrages erreicht.

Nachteile

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrages sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe Abschnitt "Welche Kosten und Gebühren fallen an?") keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Rente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel zur Verfügung, um eine beitragsfreie Rente zu bilden.

Abzug

Wir vereinbaren mit allen unseren *Versicherungsnehmern* aus folgenden Gründen einen angemessenen Abzug:

- **Schutz der Risikogemeinschaft:** Ihre Versicherung ist nach dem Prinzip der Risikogemeinschaft kalkuliert. Diese setzt sich aus *Versicherungsnehmern* mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammen. *Versicherungsnehmer* mit einem geringeren Risiko verlassen die Risikogemeinschaft eher als jene mit einem höheren Risiko.

Stellen Sie die Versicherung vorzeitig beitragsfrei, müssen wir Ihre Interessen mit den Interessen derjenigen, die ihren Vertrag beitragspflichtig weiterführen, ausgleichen. Dieser Ausgleich erfolgt durch einen Abzug, der das Risikokapital des beitragspflichtigen Bestandes stärkt und damit sicherstellt, dass die Risikogemeinschaft durch die Beitragsfreistellung eines Vertrages nicht benachteiligt wird.

- **Zusätzliche Verwaltungskosten:** Durch die Beitragsfreistellungen entstehen uns zusätzliche, nicht geplante Verwaltungskosten. Damit der Risikogemeinschaft hierdurch keine Nachteile entstehen, gleichen wir dies im Rahmen des Abzuges aus.

Wie hoch der Abzug für jedes einzelne *Versicherungsjahr* ist, finden Sie in der Werteentwicklung in Ihrem *Versicherungsschein*. Voraussetzung für den Ausweis dort ist, dass Ihre Versicherung die beitragsfreie Mindestrente in Höhe von monatlich 75 Euro während der Laufzeit des Vertrages erreicht.

Im Streitfall müssen wir beweisen, dass der Abzug angemessen ist. Haben wir dies getan und Sie weisen uns nach, dass unsere pauschalen Annahmen in Ihrem Fall:

- nicht zutreffen,
 - teilweise nicht zutreffen oder
 - der Abzug in Ihrem Fall niedriger sein muss,
- erheben wir keinen oder nur einen reduzierten Abzug.

12.2 Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Beitragsfreistellung (Wiederinkraftsetzung)

Durch die Beitragsfreistellung hat sich Ihr Versicherungsschutz reduziert. Zahlen Sie erneut Beiträge, können Sie Ihren Versicherungsschutz wieder erhöhen.

Voraussetzungen

Voraussetzungen dafür sind:

- die Versicherung muss noch bestehen,
- der *Versicherungsfall* darf noch nicht eingetreten sein,
- Sie teilen uns Ihren Wunsch in *Textform* mit und
- der Beitrag muss mindestens 120 Euro pro Jahr betragen.

Fristen

Sie können Ihren Vertrag nur innerhalb von 36 Monaten, nachdem Sie ihn beitragsfrei gestellt haben, wieder in Kraft setzen. Ob eine erneute *Risikoprüfung* notwendig ist, hängt vom Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung ab:

- Nehmen Sie die Beitragszahlung innerhalb von 6 Monaten nach einer Beitragsfreistellung wieder auf, verzichten wir auf eine erneute *Risikoprüfung*. Bestanden zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung offene Beiträge (zum Beispiel durch *Stundung*), beginnt die Frist von 6 Monaten ab dem Zeitpunkt der letzten vollen Beitragszahlung.
- Nehmen Sie die Beitragszahlung nach Ablauf von 6 Monaten, aber innerhalb von 36 Monaten nach Beitragsfreistellung wieder auf, werden wir eine *Risikoprüfung* der *versicherten Person* durchführen. Diese umfasst den Gesundheitszustand und die finanziellen Einkommensverhältnisse. Versicherungsschutz stellen wir wieder her, wenn die *versicherte Person* zu diesem Zeitpunkt eine vergleichbare neue Versicherung zu unseren dann gültigen Annahmegrundsätzen abschließen könnte.

Bitte beachten Sie, dass bei einer Wiederinkraftsetzung mit *Risikoprüfung* die Fristen für die vorvertragliche Anzeigepflicht für den wiederhergestellten Teil neu beginnen (siehe Abschnitt "Warum ist es wichtig, dass Ihre Angaben richtig und vollständig sind?").

Umfang des Versicherungsschutzes

Bei der Wiederinkraftsetzung können Sie zwischen folgenden Möglichkeiten wählen:



- Sie wollen Leistungen in gleicher Höhe versichern wie zuvor. In diesem Fall ist der Beitrag höher als vor der Beitragsfreistellung.
- Sie wollen maximal den gleichen Beitrag zahlen wie zuvor. In diesem Fall sind die versicherten Leistungen geringer als vor der Beitragsfreistellung.

Den erhöhten Beitrag bzw. die reduzierten Leistungen berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Dafür verwenden wir die *Rechnungsgrundlagen*, die bei Vertragsabschluss galten.

Zusätzlich haben Sie innerhalb von 6 Monaten nach Beitragsfreistellung die Möglichkeit, den Versicherungsschutz wie vor der Beitragsfreistellung wiederherzustellen, indem Sie die Beiträge für die Zeit der Beitragsfreistellung einmalig nachzahlen und anschließend den Beitrag in gleicher Höhe wie vor Beitragsfreistellung weiterzahlen.

Wenn wir Ihren Vertrag wieder in Kraft setzen, berechnen wir dafür eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen".

12.3 Besonderheiten bei gesetzlicher Elternzeit

12.3.1 Beitragsfreistellung während der gesetzlichen Elternzeit

Wurde der Vertrag beitragsfrei gestellt, weil die *versicherte Person* gesetzliche Elternzeit in Anspruch genommen hat, gilt folgendes:

- Sie können auch später als 36 Monate nach Beitragsfreistellung wieder anfangen, Beiträge zu zahlen.
- Die Zahlung der Beiträge müssen Sie spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Ende der Elternzeit wieder aufnehmen.
- Ist die Elternzeit in mehrere Abschnitte aufgeteilt, müssen Sie die Zahlung der Beiträge jeweils innerhalb von 3 Monaten nach Ende eines Abschnittes wieder aufnehmen.

Bitte weisen Sie die gesetzliche Elternzeit durch entsprechende Belege nach.

12.3.2 Beitragsaussetzung während der gesetzlichen Elternzeit

Anstelle der Beitragsfreistellung haben Sie während der Elternzeit der *versicherten Person* die Möglichkeit, die Zahlung der Beiträge auszusetzen. Für die Dauer der Beitragsaussetzung besteht kein Versicherungsschutz. Das bedeutet, dass die *versicherte Person* keine Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erhält, wenn in dieser Zeit der *Versicherungsfall* eintritt. Voraussetzung für die Beitragsaussetzung ist, dass das Arbeitsverhältnis während der Elternzeit ohne Entgelt fortbesteht.

In den folgenden Fällen können Sie oder die *versicherte Person* ohne erneute Gesundheitsprüfung die Zahlung der Beiträge wieder aufnehmen und verlangen, dass der Versicherungsschutz in der ursprünglichen Höhe wiederauflebt:

- Jederzeit innerhalb von 6 Monaten nach Beginn der Elternzeit oder
- nach Ablauf von 6 Monaten nach Beginn der Elternzeit, wenn
 - wir den Versicherungsschutz ursprünglich zu den üblichen Bedingungen und Beitragssätzen angenommen haben. Das heißt, es wurden beispielsweise keine individuellen Ausschlüsse oder Risikozuschläge vereinbart,
 - der Antrag innerhalb von 36 Monaten nach Beginn der Elternzeit gestellt wird und
 - die *versicherte Person* während der Elternzeit weder berufs-, dienst- noch erwerbsunfähig war, keine Erwerbsminderung vorgelegen hat oder objektiv eine andere Situation eingetreten ist, die einen Leistungsanspruch begründet. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person bereits Leistungen wegen Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung bezogen oder beantragt hat.

In allen anderen Fällen kann der Versicherungsschutz nur mit erneuter Gesundheitsprüfung wiederaufleben. Hierfür gelten folgende Konditionen:

- durch einen neuen Vertrag,
- in der dann gültigen Tarifgeneration,
- nach den dann gültigen Versicherungsbedingungen und Annahmerichtlinien sowie mit dem dann aktuellen Eintrittsalter.

13 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

Sie können Ihre Versicherung kündigen. Die Kündigung muss in *Textform* erfolgen und wird zum Ende der jeweiligen *Versicherungsperiode* wirksam. Mit der Kündigung erlischt die Versicherung. In diesem Fall zahlen wir keine Leistungen aus und es besteht kein Anspruch auf einen Rückkaufswert. Wir erstatten auch keine Beiträge zurück. Hat die *versicherte Person* zum Zeitpunkt der Kündigung einen Anspruch auf Leistung aus ihrer Versicherung, bleibt dieser Anspruch trotz Kündigung bestehen.

14 Wann können Sie die Leistungen Ihrer Versicherung herabsetzen?

Sie können die Leistungen Ihrer Versicherung herabsetzen. Dies muss in *Textform* erfolgen und wird zum Ende der jeweiligen *Versicherungsperiode* wirksam. Ab dem Zeitpunkt der Änderung verringert sich auch der zu zahlende Beitrag. Die reduzierten Leistungen und zukünftigen Beiträge berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Dafür verwenden wir die *Rechnungsgrundlagen*, die bei Vertragsabschluss galten.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit wir die Versicherungsleistungen herabsetzen können:

- Die verbleibende versicherte Rente beträgt monatlich mindestens 50 Euro.
- Der verbleibende Beitrag beläuft sich auf mindestens 180 Euro jährlich.

Wird eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, ist eine Herabsetzung der Leistungen nicht möglich.

Wenn wir die Leistungen Ihres Vertrages herabsetzen, berechnen wir dafür eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen".

15 Was gilt für unser Vertragsverhältnis?

15.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt um **12 Uhr mittags** an dem im *Versicherungsschein* genannten Datum. Sollten Sie Ihren ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, entfällt Ihr Versicherungsschutz. (Einzelheiten siehe Abschnitt "Verwendung Ihrer Beiträge?").

15.2 Weltweiter Versicherungsschutz

Der Schutz Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung besteht weltweit, es sei denn, es wurde vertraglich etwas anderes vereinbart.

15.3 Rauchverhalten

Bieten wir diese Versicherung als Raucher- und Nichtraucherversicherung an, gelten die folgenden Regelungen.

Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung kein Nikotin konsumiert hat und auch beabsichtigt, dies in Zukunft nicht zu tun.

Unter Konsumieren von Nikotin verstehen wir beispielsweise

- das Rauchen unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen,
- das Rauchen unter Verwendung eines elektrischen Hilfsmittels, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shisha oder Tabakerhitzer (Heat-not-burn),
- die Verwendung von Wasserpfeifen,
- das Kauen oder Schnupfen von Tabak einschließlich der Nutzung von Oraltabak (zum Beispiel Snus) oder
- die Verwendung von Nikotinplastern oder Nikotinkaugummi.

Das Rauchverhalten, das die *versicherte Person* bei Antragsstellung angibt, legt fest, ob sie im Sinne dieser Versicherung Nichtraucher oder Raucher ist. Der Raucherstatus zum Zeitpunkt der Antragstellung hat bei gleichen Leistungen Einfluss auf die Beitragshöhe. Eine spätere Änderung des Rauchverhaltens der *versicherten Person* muss uns jedoch nicht angezeigt werden.

15.4 Versicherungsdauer und Leistungsanspruch

Bei Vertragsbeginn vereinbaren wir 2 Zeiträume mit Ihnen:

- Die **Versicherungsdauer** ist der Zeitraum, in dem die *versicherte Person* durch diesen Vertrag abgesichert ist.
- Die **Leistungsdauer** ist der Zeitraum, für den wir die vereinbarten Leistungen zahlen, wenn ein *Versicherungsfall* während der *Versicherungsdauer* eingetreten ist.

15.4.1 Beginn des Leistungsanspruches bei Berufsunfähigkeit

Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der *Versicherungsfall* eintritt. Haben wir mit Ihnen einen späteren Leistungsbeginn vereinbart, beginnt die Leistung frühestens zu diesem Termin.

15.4.2 Ende des Leistungsanspruches bei Berufsunfähigkeit

Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung endet mit Ablauf des Monats, in dem **mindestens eine** der folgenden Voraussetzungen eintritt:

- Berufsunfähigkeit (siehe Abschnitt "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?") liegt nicht mehr vor.



Hinweis: In diesem Fall informieren wir Sie und teilen der *versicherten Person* das Ende der Leistungszahlung ebenfalls mit. Beides erfolgt in *Textform*. Mit Ablauf des dritten Monats nachdem Ihnen die Information zugegangen ist, endet die Leistungszahlung.

Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch wieder Beiträge zahlen, sofern die Versicherung bei Eintritt des *Versicherungsfalls* beitragspflichtig war.

- Die *versicherte Person* stirbt.
- Die *Leistungsdauer* des Vertrages endet.

15.4.3 Wiederaufleben der Leistung nach Ablauf der Versicherungsdauer

Ist die *Leistungsdauer* länger als die vereinbarte *Versicherungsdauer* und wurde die Leistung vor dem Ende der *Leistungsdauer* eingestellt, weil keine Berufsunfähigkeit mehr vorliegt, gilt Folgendes:

Wird die *versicherte Person* wegen der ursprünglichen Ursache erneut mindestens 6 Monate ununterbrochen berufsunfähig, dann wird die Leistung weitergezahlt. Dies gilt auch, wenn die *Versicherungsdauer* schon abgelaufen ist.

Die Bestimmungen des Abschnittes "Recht zur Nachprüfung, ob die Leistungspflicht weiter besteht" gelten entsprechend.

15.5 Nachträgliche Anpassung von Beiträgen oder Leistungen

Unter den Voraussetzungen von § 163 VVG sind wir berechtigt, den Beitrag neu festzusetzen oder die Versicherungsleistung herabzusetzen. Sollte eine Erhöhung der Beiträge erforderlich sein, können Sie stattdessen die Herabsetzung der Versicherungsleistung verlangen. Dabei muss ein unabhängiger Treuhänder die Rechtmäßigkeit der Anpassung überprüfen und bestätigen. Änderungen nach § 163 VVG werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, nachdem wir Sie benachrichtigt haben.

15.6 Änderungen bestehender Bestimmungen

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch eine *höchstrichterliche* Entscheidung oder einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir unter den Voraussetzungen des § 164 VVG diese durch eine neue Regelung ersetzen. Eine neue Regelung wird 2 Wochen nach Mitteilung wirksam.

15.7 Änderung Ihres Namens oder Ihrer Anschrift

Teilen Sie uns bitte *unverzüglich* mit, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name geändert hat. Es können sonst Nachteile für Sie entstehen.

So können wir unsere an Sie zu richtenden Willenserklärungen per Einschreiben an Ihre letzte, uns bekannte Anschrift senden. Unsere Erklärung gilt dann 3 Tage nach Versand als zugegangen. Dies gilt auch, wenn der *Versicherungsnehmer* ein Gewerbebetrieb ist und seine gewerbliche Niederlassung verlegt hat.

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass wir Ihre Anschrift ermitteln müssen, berechnen wir eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen". Können Sie uns nachweisen, dass uns nur ein geringerer oder gar kein Schaden entstanden ist, verringert sich die Gebühr entsprechend oder entfällt.

15.8 Geltendes Recht und Gerichtsstand

15.8.1 Geltendes Recht

Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

15.8.2 Gerichtsstand

Wo der Gerichtsstand im Einzelfall liegt, ist im Wesentlichen von 3 Faktoren abhängig:

- Handelt es sich um eine natürliche oder *juristische Person*?
- Wer klagt?
- Wo liegt Ihr Wohnsitz bzw. unser Sitz?

	Wohnsitz im Inland und		Wohnsitzwechsel ins Ausland
	---Sie klagen	---wir klagen	
Natürliche Person	Sie können Klage gegen uns beim zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem <ul style="list-style-type: none"> • wir unseren Sitz haben, • die für Ihren Vertrag zuständige Niederlassung ihren Sitz hat, • Sie Ihren Wohnsitz haben oder • Sie sich gewöhnlich in Deutschland aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben. 	Wir können Klage gegen Sie beim zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem <ul style="list-style-type: none"> • Sie Ihren Wohnsitz haben oder • Sie sich gewöhnlich in Deutschland aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben. Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können wir Sie vor dem für unseren Sitz zuständigen Gericht verklagen.	Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts nach Vertragsabschluss ins Ausland verlegen, gilt Folgendes: Sowohl Sie als auch wir können Klagen zu dem Vertrag ausschließlich beim zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem <ul style="list-style-type: none"> • wir unseren Sitz haben oder • die für Ihren Vertrag zuständige Niederlassung ihren Sitz hat.
Juristische Person	Zuständig ist das Gericht, in dessen Bezirk die <i>juristische Person</i> ihren Sitz oder ihre Niederlassung in Deutschland hat.		

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

15.9 Ansprechpartner, wenn Sie mit uns nicht zufrieden sind

Wenn Sie mit unseren Entscheidungen nicht zufrieden sind, haben Sie insbesondere folgende Möglichkeiten:

15.9.1 Versicherungsombudsmann

Verbraucher können sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Dieser ist derzeit unter folgenden Kontaktdaten zu erreichen:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Telefon: 0800/3696000
Fax: 0800/3699000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Webseite: www.versicherungsombudsmann.de

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

Das ist aber nur möglich, solange in der gleichen Angelegenheit kein Rechtsstreit anhängig ist. Das Schlichtungsverfahren ist bis zu einem Beschwerdewert von 100.000 Euro möglich.

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.

15.9.2 Versicherungsaufsicht

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. Dies ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

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



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

15.9.3 Rechtsweg

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten. Das geltende Recht und den zuständigen Gerichtsstand finden Sie im Abschnitt "Geltendes Recht und Gerichtsstand".

16 Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?

16.1 Verwendung Ihrer Beiträge

Ihre Beiträge decken das versicherte Risiko (sogenannter Risikobeitrag) sowie die Abschluss- und Verwaltungskosten ab. Nähere Informationen zu den Kosten finden Sie in dem Abschnitt "Welche Kosten und Gebühren fallen an?".

16.2 Modalitäten der Beitragszahlung

16.2.1 Zahlweise und Versicherungsperiode

Je nach Vereinbarung sind die Beiträge jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zu zahlen.

Von der vereinbarten Zahlweise hängt die *Versicherungsperiode* ab, d. h. bei jährlicher Beitragszahlung umfasst sie ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung beträgt sie einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Sie können mit uns die Änderung der Zahlweise zum Ende einer jeden *Versicherungsperiode* vereinbaren. Dies müssen Sie uns mindestens 1 Monat vorher mitteilen. Die Höhe der Beiträge hängt von der gewählten Zahlweise ab. Die vereinbarten Leistungen bleiben unverändert.

16.2.2 Fälligkeit der Beiträge

Der 1. Beitrag ist abweichend von der gesetzlichen Regelung (§ 152 Absatz 3 VVG) *unverzüglich* nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor Beginn der Versicherung. Das Datum des Versicherungsbeginns finden Sie im *Versicherungsschein*.

Alle folgenden Beiträge werden jeweils zum Beginn der vereinbarten *Versicherungsperiode* fällig.

Sie haben uns die Beiträge auf Ihre Kosten zu übermitteln. Ebenso tragen Sie die Gefahr, dass wir die Beiträge fristgerecht erhalten. Der Beitrag gilt als fristgerecht gezahlt, wenn Sie alles getan haben, damit der Beitrag rechtzeitig bei uns eingeht.

16.2.3 Besonderheiten beim Lastschriftverfahren

Sie können mit uns das Lastschriftverfahren vereinbaren. Dann ziehen wir Ihre Beiträge am Anfang einer jeden *Versicherungsperiode* von dem Konto ein, das Sie uns genannt haben. Ihr Beitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn wir diesen am Fälligkeitstag einziehen konnten und Sie dem nicht widersprechen.

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

- Sie nicht zu vertreten haben, dass wir den Beitrag nicht einziehen konnten,
- wir Sie aufgefordert haben zu zahlen und
- Sie Ihren Beitrag dann *unverzüglich* überweisen.

Für eine fehlgeschlagene Abbuchung erheben wir eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen". Können Sie uns nachweisen, dass uns nur ein geringerer oder gar kein Schaden entstanden ist, verringert sich die Gebühr entsprechend oder entfällt.

Haben Sie es wiederholt verschuldet, dass wir den Beitrag nicht einziehen konnten, können wir eine andere Zahlungsart verlangen.

16.2.4 Verrechnung fälliger Beiträge

Wenn Sie fällige Beiträge nicht gezahlt haben, verrechnen wir diese offenen Beiträge mit einem vorhandenen Überschussguthaben oder einer fälligen Leistung. Bis wir die offenen Beiträge verrechnen, erheben wir Verzugszinsen. Nähere Informationen hierzu finden Sie im Abschnitt "Folgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung der Beiträge?".

16.2.5 Dauer der Beitragszahlung

Grundsätzlich müssen Sie Ihre Beiträge bis zu dem Zeitpunkt zahlen, den wir vereinbart haben. Bei Tod der *versicherten Person*, müssen Sie die Beiträge bis zum Ende der *Versicherungsperiode* zahlen, in der die *versicherte Person* stirbt.

16.2.6 Besonderheiten bei Entgeltumwandlung

Wird die Versicherung durch Entgeltumwandlung der versicherten Person finanziert und erhält diese bei fortbestehendem Arbeitsverhältnis kein Entgelt, kann sie die Versicherung mit eigenen Beiträgen fortsetzen (§ 1a Absatz 4 BetrAVG). Der Arbeitgeber ist in diesem Fall nicht zur Beitragszahlung verpflichtet.

16.3 Folgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung der Beiträge

Bei den Folgen der verspäteten Zahlung unterscheiden wir zwischen dem 1. Beitrag (Erstbeitrag) und allen folgenden Beiträgen (Folgebeitrag).

16.3.1 Erstbeitrag

Solange Sie den 1. Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Tritt der *Versicherungsfall* ein, bevor Sie Ihren 1. Beitrag gezahlt haben, müssen wir nicht leisten. Das gilt aber nur, wenn wir Sie durch einen auffälligen Hinweis im *Versicherungsschein* auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.

In folgendem Fall müssen wir trotzdem zahlen: Sie weisen uns nach, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

16.3.2 Folgebeitrag

Zahlen Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie uns aus dem Vertragsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig, erhalten Sie auf Ihre Kosten eine Mahnung von uns. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen.

Begleichen Sie Ihren Zahlungsrückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, hat dies folgende Auswirkungen auf Ihren Vertrag:

- Ihr Versicherungsschutz vermindert sich wie bei einer Beitragsfreistellung. Nähere Informationen zur Beitragsfreistellung finden Sie in Abschnitt "Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?".
- Ist eine Beitragsfreistellung nicht möglich, entfällt Ihr Versicherungsschutz vollständig.

Auf diese Rechtsfolgen weisen wir Sie in unserer Mahnung ausdrücklich hin.

Für jede Mahnung berechnen wir eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen". Können Sie nachweisen, dass uns durch die verspätete Zahlung kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist, verringert sich die Gebühr oder sie entfällt.

16.3.3 Folgen des Verzugs

Wenn Sie Ihre Beiträge verspätet zahlen, berechnen wir Verzugszinsen in gesetzlicher Höhe (§ 288 BGB). Dieser Zinssatz entspricht aber mindestens dem Zinssatz, den wir für Policendarlehen für Rentenversicherungen in der Privatversorgung durchschnittlich erheben.

Soweit die Zinsen nicht gesondert in Rechnung gestellt und ausgeglichen werden, verrechnen wir sie mit einem vorhandenen Überschussguthaben oder einer fälligen Leistung.

Die Verzugsfolgen treten nur ein, wenn Sie den Verzug verschuldet haben.

17 Welche Kosten und Gebühren fallen an?

17.1 Kosten

Ihre Beiträge decken das von uns versicherte Risiko (sogenannter Risikobeitrag) sowie folgende Kosten:

- **Abschlusskosten** umfassen Aufwendungen, die unmittelbar mit dem Vertragsabschluss in Zusammenhang stehen. Dies sind im Wesentlichen:
 - Abschlussvergütungen an die Versicherungsvermittler (Vertriebskosten),
 - Aufwendungen für die Aufnahme des Vertrages in den Versicherungsbestand und
 - Aufwendungen für die *Risikoprüfung* im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages.

Die Abschlusskosten umfassen auch Aufwendungen, die mittelbar mit dem Vertragsabschluss in Zusammenhang stehen. Dies sind im Wesentlichen:

- Produktentwicklungskosten,
- allgemeine Werbeaufwendungen und
- Aufwendungen im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung und Policierung.



- **Verwaltungskosten** umfassen insbesondere Aufwendungen für
 - den Einzug des Beitrags,
 - die Verwaltung des Bestands und
 - die Regulierung von Versicherungsfällen.

Ein Teil dieser Verwaltungskosten wird in Abhängigkeit von der Höhe Ihres Beitrags kalkuliert, ein anderer Teil fällt als fester Betrag für Ihren Vertrag an (Stückkosten).

17.2 Verrechnung der Kosten

Für Ihren Versicherungsvertrag wenden wir das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Die ersten Beiträge ziehen wir zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heran. Voraussetzung dafür ist, dass die Beiträge nicht für Folgendes bestimmt sind:

- für Leistungen im *Versicherungsfall*,
 - für die Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen *Versicherungsperiode*,
 - zur Bildung der *Deckungsrückstellung* aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV i.V.m. § 169 Absatz 3 VVG.
- Der so zu tilgende Betrag ist auf 2,5 % der Beiträge beschränkt, die Sie während der Laufzeit des Vertrages bezahlen.

Sieht Ihr Vertrag eine laufende Beitragszahlung über weniger als fünf Jahre vor, werden die Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die in diesem Zeitraum gezahlten Beiträge verteilt.

Bei beitragsfreien Versicherungen (siehe Abschnitt "Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?") entnehmen wir die laufenden Verwaltungskosten aus Ihrem *Deckungskapital*.

Wurde mit Ihnen die Anwendbarkeit des Förderbetrags nach § 100 EStG vereinbart, gilt abweichend Folgendes: In die von Ihnen gezahlten Beiträge sind Abschluss- und Vertriebskosten von maximal 2,5 % einkalkuliert. Diese Kosten verteilen wir auf die gesamte Beitragszahlungsdauer.

17.3 Gebühren

Veranlassen Sie Leistungen oder Geschäftsvorfälle, die über die übliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen, können für Sie zusätzliche Gebühren anfallen. Diese Leistungen und Geschäftsvorfälle sowie die derzeitige Höhe der Gebühren finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen".

Während der Vertragsdauer können weitere gebührenpflichtige Geschäftsvorfälle oder Leistungen hinzukommen, die es zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch nicht gab und die über die gewöhnliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen. Die Höhe der Gebühren richten sich nach den Aufwänden, die bei uns durchschnittlich entstehen. Wir setzen die Höhe der Gebühren nicht willkürlich, sondern nach billigem Ermessen fest.

Können Sie uns nachweisen, dass uns nur ein geringerer oder gar kein Aufwand entstanden ist, als wir bei der Festsetzung der Gebühr angenommen haben, verringert sich die Gebühr entsprechend oder entfällt.

Wir können Ihnen die Gebühren gesondert in Rechnung stellen oder wir verrechnen sie mit einem vorhandenen Überschussguthaben oder mit einer fälligen Leistung.

18 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?



- *Überschüsse* können sich aus unterschiedlichen Quellen ergeben.
- Sie können insbesondere entstehen, wenn der Verlauf des versicherten Risikos günstiger ist (*Risikoüberschuss*) und/oder die Kosten niedriger ausfallen (*Kostenüberschuss*), als bei der Tarifrückkalkulation angenommen.
- An diesen *Überschüssen* beteiligen wir Sie angemessen in der jeweils aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Höhe.
- Wie die *Überschüsse* ermittelt und verteilt werden, beschreiben wir in den folgenden Absätzen.

18.1 Überschussermittlung

Die *Überschüsse* aus Kapitalanlageerträgen ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches und stellen sie jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses fest. Wir ermitteln *Risiko- und Kostenüberschüsse* auf der Grundlage des Jahresabschlusses. Dabei vergleichen wir den tatsächlichen mit dem erwarteten Risiko- und Kostenverlauf aller bei uns bestehenden Versicherungen. Den Jahresabschluss prüfen unabhängige Wirtschaftsprüfer und wir reichen ihn bei unserer Aufsichtsbehörde ein.

Der Verantwortliche Aktuar schlägt dem Vorstand unseres Unternehmens jedes Jahr die Höhe der Überschussanteilsätze vor. Daraufhin legt der Vorstand sie fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem *Geschäftsbericht*, den Sie jederzeit bei uns anfordern können.

Die Höhe der Bewertungsreserven, die sich zum Ende eines Geschäftsjahres ergeben, weisen wir im Lagebericht unseres *Geschäftsberichtes* aus.

18.2 Überschussverteilung

Die Erträge unserer Kapitalanlagen verwenden wir zunächst zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die *Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer*.

An den *Kosten- und Risikoüberschüssen* beteiligen wir die Verträge der *Versicherungsnehmer* in der jeweils aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Höhe. Soweit die *Überschüsse* nicht unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben werden (Direktgutschrift), führen wir sie der *Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)* zu. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die *Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer* verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der *Versicherungsnehmer* auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes sowie zur Verlustabdeckung und zur Erhöhung der *Deckungsrückstellung* heranziehen (§ 140 Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG). Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

Eine Beteiligung an *Überschüssen* kann in Form einer laufenden Beteiligung und/oder einer einmaligen Ausschüttung bei Fälligkeit der Leistung erfolgen.

Eine Beteiligung der einzelnen *Versicherungsnehmer* an den Bewertungsreserven erfolgt gemäß § 153 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verursachungsorientiert.

Bei der Berechnung der dem einzelnen Vertrag zustehenden verteilungsfähigen Bewertungsreserve berücksichtigen wir die Laufzeit und die Höhe des zinserzeugenden Kapitals. Die Ihrem Vertrag zuzuordnenden vorhandenen Bewertungsreserven werden monatlich neu ermittelt und unterliegen Schwankungen. Bei Beendigung der Versicherung (durch Ablauf, Tod oder Kündigung) teilen wir den für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelten Betrag Ihrer Versicherung zur Hälfte zu.

18.3 Überschusshöhe

Die Höhe der künftigen *Überschussbeteiligung* kann nicht garantiert werden und kann gegebenenfalls auch ganz entfallen. Sie hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind - insbesondere wegen der langen Vertragslaufzeit - nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Bei der Ermittlung, Feststellung und Verteilung der *Überschüsse* auf die einzelnen Versicherungen steht uns im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ein Ermessensspielraum zu.

18.4 Bestandsgruppen

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zur Bildung von *Überschüssen* bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Wenn wir diese bilden, berücksichtigen wir derzeit beispielsweise

- das versicherte Risiko (z. B. Tod, Langlebigkeit, Berufsunfähigkeit),
- die Art der Kapitalanlage (z. B. konventionell, fondsgebunden).

Die Verteilung der *Überschüsse* auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu ihrer Entstehung beigetragen haben. Des Weiteren berücksichtigen wir insbesondere

- die Grundlagen der Beitragskalkulation (z. B. *Rechnungszins*, Sterbetafel),
- die Art des Versicherungsvertrages (z. B. laufende Beitragszahlung, Einmalbeitrag),
- die Kapitalmarktverhältnisse.

Ihre Versicherung erhält Anteile an den *Überschüssen* derjenigen Bestandsgruppe, der Ihr Vertrag zugeordnet ist. Das ist im Einzelgeschäft die Bestandsgruppe 114, im Kollektivgeschäft die Bestandsgruppe 125.

18.5 Überschussbeteiligung vor Eintritt des Versicherungsfalls

Die *Überschussbeteiligung* vor Eintritt des *Versicherungsfalls* kann sich zusammensetzen aus:

- dem jährlichen *Zinsüberschussanteil* in Prozent des maßgeblichen *Deckungskapitals*,
- dem jährlichen *Kostenüberschussanteil* in Prozent des Bruttobeitrages und
- dem jährlichen *Risikoüberschussanteil* in Prozent des Risikobeitrages.



Bis zur Zuteilung von *Überschüssen* besteht bei dem Überschusssystem Leistungsfallbonus keine Wartezeit. Für das Überschusssystem verzinsliche Ansammlung besteht eine Wartezeit von einem Jahr. Beträgt die Vertragslaufzeit höchstens ein Jahr, besteht keine Wartezeit.

18.6 Überschussbeteiligung nach Eintritt des Versicherungsfalls

Die *Überschussbeteiligung* nach Eintritt des *Versicherungsfalls* kann aus dem jährlichen *Zinsüberschussanteil* in Prozent des maßgeblichen *Deckungskapitals* bestehen.

Überschüsse nach Eintritt des *Versicherungsfalls* können jährlich zugeteilt werden. Die Zuteilung erfolgt erstmals nach Ablauf eines Jahres seit Versicherungsbeginn. Dies gilt aber nur dann, wenn seit Anerkennung der Leistung zu diesem Zeitpunkt 6 Monate vergangen sind. Ansonsten erfolgt die Zuteilung ein Jahr später.

18.7 Überschusssysteme

18.7.1 Mögliche Überschusssysteme

Abhängig von dem mit Ihnen vereinbarten Tarif wird eines der folgenden Überschusssysteme angewendet:

Vor Eintritt des *Versicherungsfalls*:

- **Leistungsfallbonus:** Die im Leistungsfall fällige Rente wird um einen bestimmten Prozentsatz erhöht und zusammen mit dieser ausgezahlt. Solange der Leistungsfall noch nicht eingetreten ist, wird der für den Leistungsfallbonus maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) jährlich neu festgesetzt. Er kann ggf. auch Null betragen. Bei Beginn der Rentenzahlung wird der aktuelle Prozentsatz verbindlich festgelegt, damit ist die Höhe der Rente aus dem Leistungsfallbonus für die weitere Dauer der Rentenzahlung garantiert. Bei einer Beitragsfreistellung der Versicherung wird der Bonus in demselben Verhältnis herabgesetzt wie die garantierte Rente. Tritt der Leistungsfall nicht ein, werden aus dem Leistungsfallbonus keine Leistungen fällig.
- **Verzinsliche Ansammlung:** Die jährlichen Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Versicherung bzw. bei Fälligkeit einer Leistung oder bei Tod der *versicherten Person* ausgezahlt. Die Verzinsung des Ansammlungsguthabens (Ansammlungszins) ist nicht garantiert. Sie ergibt sich aus der Deklaration der Überschussanteile.

Bei Beendigung des Vertrags, bei Fälligkeit einer Leistung oder bei Tod berechnen wir aus dem angesammelten Kapital eine lebenslängliche Rente mit den dann aktuellen Rechtsgrundlagen. Falls die Rente kleiner oder gleich 1 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Sozialgesetzbuchs ist, werden wir an Stelle der Rente eine Kapitalzahlung erbringen. Übersteigt die Rente 1 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Sozialgesetzbuchs, zahlen wir ebenfalls einen Kapitalbetrag, falls der Leistungsempfänger eine Kapitalzahlung wählt.

Nach Eintritt des *Versicherungsfalls*:

- **Dynamische Gewinnrente:** Die Rente kann sich um einen jährlich neu festgelegten Prozentsatz erhöhen. Dies ist nicht garantiert und hängt von der Überschussentwicklung ab.

Welches Überschusssystem Sie gewählt haben, können Sie Ihrem *Versicherungsschein* entnehmen. Ein Wechsel des Überschusssystems ist während der Vertragslaufzeit nicht möglich.

18.7.2 Besonderheiten bei Herabsetzung des Leistungsfallbonus

Haben Sie das Überschusssystem "**Leistungsfallbonus**" gewählt, die Versicherung ist beitragspflichtig und der Leistungsfall ist noch nicht eingetreten, gilt Folgendes:

Sollte der für den Leistungsfall maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) künftig herabgesetzt werden, sind Sie berechtigt, zu dem Termin, an dem die Änderung wirksam wird, die versicherte Rente gegen einen zusätzlichen Beitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Dies können Sie nur innerhalb von 3 Monaten verlangen, nachdem wir Sie über die Änderung informiert haben. Sie können den Versicherungsschutz nur soweit ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen, bis der bisherige Versicherungsschutz einschließlich der Rente aus dem Leistungsfallbonus wieder erreicht wird. Die steuerlich zulässigen Höchstbeträge dürfen dadurch nicht überschritten werden.

19 Was gilt, wenn die versicherte Person aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet?

Scheidet die *versicherte Person* aus den Diensten Ihres Unternehmens aus, bevor der *Versicherungsfall* eingetreten ist, können Sie die auf die *versicherte Person* abgeschlossene Versicherung abmelden oder kündigen. Regelungen des BetrAVG dürfen dem nicht entgegenstehen. Ein vereinbartes Recht der ausgeschiedenen versicherten Person, die Versicherung mit eigenen Beiträgen fortzusetzen, bleibt unberührt. In diesem Falle wird die *versicherte Person* *Versicherungsnehmer*.

Sind die gesetzlichen Unverfallbarkeitsfristen bereits erfüllt, wenn die *versicherte Person* ausscheidet, kommt gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 BetrAVG die versicherungsförmige Lösung zur Anwendung. Das bedeutet, die Ansprüche der

versicherten Person sind auf die von uns aufgrund des Versicherungsvertrages zu erbringende Leistung begrenzt. Die *versicherte Person* wird *Versicherungsnehmer*. Sie ist berechtigt, die Versicherung mit eigenen Beiträgen fortzusetzen.

Die versicherungsförmige Lösung ist ausgeschlossen, wenn mehr als 3 Monate nach dem Ausscheiden der *versicherten Person*

- die Rechte aus dem Versicherungsvertrag abgetreten oder beliehen sind,
- Beitragsrückstände vorhanden sind oder
- offene Forderungen mit dem Vertragsguthaben oder mit fälligen Leistungen verrechnet werden.

In diesem Fall ist das ratierliche Verfahren (sogenanntes m/n-tel) anzuwenden. Das bedeutet, der Arbeitgeber muss für die Leistung eintreten, soweit sie nicht durch die Versicherungsleistung abgedeckt wird.

Wird die Versicherung auf die *versicherte Person* übertragen, kann sie die Versicherung in beitragspflichtiger Form als Einzelversicherung fortsetzen. Eine Fortführung ist ohne Gesundheitsprüfung möglich. Dafür muss die *versicherte Person* uns gegenüber innerhalb von 3 Monaten, nachdem die Abmeldung bzw. Kündigung wirksam ist, eine entsprechende *Erklärung* abgeben. Die Versicherung wird dann nach den zum Zeitpunkt des Ausscheidens maßgeblichen *Rechnungsgrundlagen* einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung fortgesetzt, sofern der 1. Beitrag rechtzeitig gezahlt wird.

Bestand beim Arbeitgeber, aus dessen Diensten die *versicherte Person* ausgeschieden ist, ein Kollektivvertrag, ist Folgendes zu beachten: Ein Kollektivvertrag gewährt im Gegensatz zu einem Einzelvertrag Vergünstigungen. Diese Vergünstigungen entfallen mit dem Ausscheiden. Dadurch kann sich der ab diesem Zeitpunkt zu zahlende Beitrag erhöhen. Wechselt die *versicherte Person* zu einem neuen Arbeitgeber, der ebenfalls einen Kollektivvertrag abgeschlossen hat, kann dieser die Versicherung übernehmen und innerhalb seines Kollektivvertrages zu seinen Konditionen fortführen.

20 Versicherungsmathematische Hinweise

Für die Ermittlung der Beiträge, die erforderlich sind, um die Leistungen zu erbringen, haben wir als **Rechnungszins 1,00 % p. a.** angesetzt. Außerdem verwenden wir folgende unternehmenseigene, geschlechtsunabhängige Wahrscheinlichkeitstabellen:

- Sterbetafel "AXA 2025 AT_BU"
- Invalidisierungstafel "AXA 2025 I_BU"
- Invalidensterbetafel "AXA 2025 TI_BU"
- Reaktivierungstafel "AXA 2025 RI_BU"

Bei einer Erhöhung der Leistungen (zum Beispiel durch dynamische Anpassung) berechnen wir hinzukommende Leistungen in der Regel mit den *Rechnungsgrundlagen*, die wir bei Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegt haben. Wir sind berechtigt, den Erhöhungen die *Rechnungsgrundlagen* für Neuverträge zugrunde zu legen. Sollte dieser Fall eintreten, werden wir Sie darüber informieren.

21 Glossar

Arbeitnehmer: Arbeiter und Angestellte einschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten. Als Arbeitnehmer gelten auch Personen, die nicht Arbeitnehmer sind, wenn ihnen Leistungen der betrieblichen Altersversorgung aus Anlass ihrer Tätigkeit für ein Unternehmen zugesagt worden sind.

Arglist / arglistig: Wenn jemand bewusst falsche Angaben macht oder Informationen verschweigt mit dem Vorsatz, uns in die Irre zu führen. Sie handeln *arglistig*, wenn Sie bei uns *vorsätzlich* einen Irrtum hervorrufen, um uns zur Abgabe einer Willenserklärung zu veranlassen. Diese Täuschung kann durch Vorspiegelung falscher Tatsachen, aber auch durch einfaches Verschweigen einer Tatsache hervorgerufen werden. Hierzu müssen Sie wissen, oder es zumindest in Erwägung ziehen, dass die vorgespiegelten Tatsachen falsch sind.

Ausbildung: Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder Laufbahnausbildung für Beamte.

Bezugsberechtigter / bezugsberechtigte Person: Diese bestimmt ausschließlich der Versicherungsnehmer. Sie erhält die vereinbarte/n vertragliche Leistung/en. In bestimmten Fällen kann nur ein naher Angehöriger der versicherten Person bezugsberechtigt sein.

Deckungskapital/Deckungsrückstellung: Die Versicherer sind gesetzlich verpflichtet, für ihre Verpflichtungen gegenüber ihren *Versicherungsnehmern* *Deckungskapitalien* zu bilden. Sie entsprechen dem Betrag, der bereitgestellt werden muss, damit zusammen mit künftigen Versicherungsbeiträgen die garantierten Versicherungsleistungen finanziert werden können. Das zu Bilanzierungszwecken berechnete *Deckungskapital* nennt man *Deckungsrückstellung*.



Erklärungen: Mitteilungen, die mindestens in *Textform* erfolgen müssen und einen rechtlichen Charakter haben können. Beispiel: Mitteilung zur Änderung des *Bezugsberechtigten*, Beantragung einer Beitragsfreistellung oder Kündigung.

Geschäftsbericht: Vermittelt Informationen über den Geschäftsverlauf des vergangenen Geschäftsjahres eines Unternehmens. Er enthält u. a. die deklarierten *Überschüsse* für das jeweilige Geschäftsjahr. Er kann über unsere Internetseite www.AXA.de eingesehen werden.

Gesetzliche Unverfallbarkeitsfrist: Gemäß § 1b Abs. 1 BetrAVG bleibt einem Arbeitnehmer, dem Leistungen der betrieblichen Altersversorgung zugesagt worden sind, die Anwartschaft erhalten, wenn

- das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versorgungsfalles, jedoch nach Vollendung des 21. Lebensjahres endet und
- die Versorgungszusage zu diesem Zeitpunkt mindestens drei Jahre bestanden hat (gesetzliche Unverfallbarkeit).

Wird die betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung finanziert, ist die Versorgungsanwartschaft gemäß § 1b Abs. 5 BetrAVG sofort gesetzlich unverfallbar.

Höchststrichterliche Rechtsprechung: Gesamtheit rechtskräftiger Entscheidungen der Oberen Instanzen. Für Versicherungsangelegenheiten ist insbesondere der Bundesgerichtshof von Bedeutung.

Darüber hinaus können auch Entscheidungen der Oberlandesgerichte sowie des Europäischen Gerichtshofs als höchststrichterliche Rechtsprechung angesehen werden.

Die höchststrichterliche Rechtsprechung ist insofern von Bedeutung, als dass sie bei der Rechtsauslegung als Orientierung für andere Gerichte dient.

Juristische Personen: Eine rechtlich selbständige Vereinigung von Personen oder eine Vermögensmasse, die Träger von Rechten und Pflichten ist und daher am Rechtsverkehr teilnehmen kann. Deshalb kann sie zum Beispiel Verträge abschließen. Eine GmbH ist ein Beispiel für eine *juristische Person*.

Kostenüberschüsse/-überschussanteile: Diese entstehen, wenn die tatsächlichen Kosten niedriger sind, als wir bei der Kalkulation des Tarifes angenommen haben.

Leistungsdauer: Zeitraum, für den wir die vereinbarten Leistungen zahlen, wenn ein *Versicherungsfall* während der *Versicherungsdauer* eingetreten ist.

Mitwirkungspflichten: Bei der Feststellung von Leistungen aus dieser Versicherung sind wir auf das Mitwirken von Ihnen, der *versicherten Person* und dem Anspruchsteller angewiesen. Sie haben beispielsweise die Pflicht, die von uns für die Leistungsprüfung benötigten Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Rechnungsgrundlagen: Verwendete Parameter, die den versicherungsmathematischen Berechnungen zugrunde liegen.

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

Risikoprüfung: Sie wird zur individuellen Risikoeinstufung durchgeführt. Sie besteht aus der Gesundheitsprüfung und weiteren Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person (z. B. Beruf, Tätigkeitsmerkmale, ausgeübte Sportarten, Hobbys und Rauchverhalten) sowie der finanziellen Angemessenheitsprüfung.

Risikoüberschüsse/-überschussanteile: Diese entstehen, wenn der tatsächliche Risikoverlauf günstiger ist, als wir bei der Kalkulation des Tarifes angenommen haben. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn weniger Versicherte berufsunfähig werden, als ursprünglich angenommen.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB): Wir führen einen Teil der *Überschüsse* zunächst der Rückstellung für die Beitragsrückerstattung zu. Hieraus erfolgt ggf. zu einem späteren Zeitpunkt die einzelvertragliche *Überschussbeteiligung* Ihres Vertrages im Rahmen der laufenden *Überschussbeteiligung* und des Schlussüberschusses. Würden wir die Gewinne direkt den einzelnen Verträgen zuordnen, könnte deren Gewinnbeteiligung von Jahr zu Jahr beträchtlich schwanken.

Studium: *Studium* an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule.

Stundung: Sie können unter bestimmten Voraussetzungen für eine begrenzte Zeit die Zahlung Ihrer Beiträge aussetzen. Der Versicherungsschutz bleibt während dieser Zeit bestehen. Die nicht gezahlten Beiträge müssen Sie später verzinst nachzahlen.

Textform: Ihre Mitteilungen an uns genügen der *Textform*, wenn sie als E-Mail oder Fax verschickt werden. Ein unterschriebener Brief ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Überschüsse: Diese ergeben sich aus Gewinnen, die aus unterschiedlichen Quellen stammen können. Diese sind: *Kostenüberschüsse*, *Zinsüberschüsse* und *Risikoüberschüsse*. Sie werden regelmäßig, beispielsweise jährlich, neu festgelegt.

Unverzüglich: Bedeutet ohne schuldhaftes Zögern, d. h. so schnell wie möglich.

Versicherte Person: Die im Vertrag bezeichnete Person, für die wir Versicherungsschutz gewähren. Das ist bei einer Direktversicherung der Arbeitnehmer, auf den die Versicherung abgeschlossen wurde.

Versicherungsdauer: Zeitraum, in dem die *versicherte Person* durch diesen Vertrag abgesichert ist. D. h., wenn innerhalb dieses Zeitraums der *Versicherungsfall* eintritt, erbringen wir die vereinbarte Leistung.

Versicherungsfall: Ereignis, das eintritt und die vertraglich vereinbarte Leistungspflicht auslöst. Zum Beispiel: Die *versicherte Person* wird berufsunfähig.

Versicherungsjahr: Das erste Versicherungsjahr fängt mit dem Beginn der Versicherung an und dauert 12 Monate. Alle folgenden *Versicherungsjahre* beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beginnt beispielsweise eine Versicherung am 01. April, dann endet das Versicherungsjahr am 31. März des folgenden Jahres, jeweils um 12:00 Uhr.

Versicherungsnehmer: Unser Vertragspartner, der im *Versicherungsschein* genannt ist und diesen erhält. *Versicherungsnehmer* kann nur eine einzelne natürliche oder *juristische Person* sein.

Versicherungsperiode: Zeitraum, nach welchem die Beiträge berechnet werden. Sie hängt von der vereinbarten Zahlungsweise ab, d. h. bei jährlicher Beitragszahlung umfasst sie ein Jahr, bei unterjährig Beitragszahlung beträgt sie einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Versicherungsschein (Police): Ihr Nachweis über den Versicherungsvertrag. Er gibt Auskunft über die wesentlichen Vertragsinhalte. Im Einzelfall benötigen Sie diesen Nachweis, wenn Sie Ihre Ansprüche auf Leistungen aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

Vorsätzlich: Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie den Eintritt eines Ereignisses für sicher oder zumindest für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen bzw. herbeiführen oder nicht verhindern wollen.

Zinsüberschüsse/-überschussanteil: Sie entstehen, wenn die Erträge unserer Kapitalanlagen höher sind als der Betrag, den wir zur Finanzierung unserer garantierten Leistungen benötigen.

22 Anhang - Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

§ 43 Sozialgesetzbuch (SGB) VI in der Fassung vom 22.12.2023

§ 43 Rente wegen Erwerbsminderung

(1) Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie

1. teilweise erwerbsgemindert sind,
2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und
3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

(2) Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie

1. voll erwerbsgemindert sind,
2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und
3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.



Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Voll erwerbsgemindert sind auch

1. Versicherte nach § 1 Satz 1 Nr. 2, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, und
2. Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

(3) Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

(4) Der Zeitraum von fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um folgende Zeiten, die nicht mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit belegt sind:

1. Anrechnungszeiten und Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit,
2. Berücksichtigungszeiten,
3. Zeiten, die nur deshalb keine Anrechnungszeiten sind, weil durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit nicht unterbrochen ist, wenn in den letzten sechs Kalendermonaten vor Beginn dieser Zeiten wenigstens ein Pflichtbeitrag für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit oder eine Zeit nach Nummer 1 oder 2 liegt,
4. Zeiten einer schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres bis zu sieben Jahren, gemindert um Anrechnungszeiten wegen schulischer Ausbildung.

(5) Eine Pflichtbeitragszeit von drei Jahren für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit ist nicht erforderlich, wenn die Erwerbsminderung aufgrund eines Tatbestandes eingetreten ist, durch den die allgemeine Wartezeit vorzeitig erfüllt ist.

(6) Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren und seitdem ununterbrochen voll erwerbsgemindert sind, haben Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie die Wartezeit von 20 Jahren erfüllt haben.

(7) Wird neben einer Rente nach Absatz 1 oder 2 unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes eine Erwerbstätigkeit ausgeübt, deren Umfang das der Rentengewährung zugrunde liegende zeitliche Leistungsvermögen überschreitet, besteht für einen Zeitraum von regelmäßig sechs Monaten ab Beginn der Ausübung weiterhin Anspruch auf die gewährte Rente.