

Berufsunfähigkeits- versicherung

Kompendium



Grußwort.....	5
1. Die Dialog.....	6
1.1 Die Marke	6
1.1.1 Unsere Werte.....	6
1.1.2 Unsere Ratings	7
2. Warum eine Berufsunfähigkeitsversicherung?	8
3. Dialog Berufsunfähigkeitsversicherung.....	10
3.1 Definition Berufsunfähigkeit.....	10
3.2 Zielgruppen.....	10
3.3 Highlights	11
3.3.1 Top-Bedingungen mit überdurchschnittlichen Leistungsauslösern	11
3.3.2 Verzichtserklärungen.....	16
3.4 Attraktive Optionen für höchste Ansprüche.....	18
3.4.1 Leistung bei Arbeitsunfähigkeit (AU-Option)	18
3.4.2 Dread Disease bis 150.000 EUR.....	19
3.4.3 Zusatzzahlung (Anfangshilfe) bis 60.000 EUR.....	19
3.4.4 Verzicht auf Beitragserhöhung nach §163 VVG.....	20
3.4.5 Bis zu 5 % garantierte Dynamik im Leistungsfall	20
3.4.6 Spätere Pflegerentenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung	20
3.5 Finanzierbarer Premiumschutz.....	21
3.5.1 Konstante Kalkulation (SBU-professional)	21
3.5.2 Stufenmodell (SBU-go-professional).....	22
3.5.3 Risikoadäquate Kalkulation (SBU-solution®).....	22
3.6 Flexibilität während der Vertragslaufzeit	23
3.6.1 Erhöhungsoption (Nachversicherungsgarantie).....	23
3.6.2 Reduzierung des Beitrags bei einem Berufswechsel	24
3.6.3 Hilfe bei Zahlungsschwierigkeiten	25
3.6.4 Verlängerungsoption bei Erhöhung der Regelaltersgrenze	26
3.6.5 Karenzzeiten.....	27
3.7 Ertragsteuerliche Betrachtung	27
3.7.1 Steuerliche Absetzbarkeit der Beiträge	27
3.7.2 Besteuerung der ausgezahlten BU-Leistungen.....	28
4. Abgestimmte Prozesse	29
4.1 Die Antragsbearbeitung.....	29
4.1.1 Unser Service-Versprechen	29

4.1.2	Prämierter Tarifrechner	30
4.1.3	Schnellschiene (24-Stunden-Policierung)	30
4.1.4	Hoher Digitalisierungsgrad	30
4.1.5	Tipps für die Antragsstellung	31
4.2	Die Risikoprüfung	32
4.2.1	Prüfung der Versicherbarkeit	33
4.2.2	Prüfung des berufsbedingten Risikos	34
4.2.3	Finanzielle Risikoprüfung	35
4.2.4	Medizinische Risikoprüfung	36
4.2.5	Prüfung von speziellen Sport- und Freizeitrisiken	41
4.2.6	Auslandsrisiken	43
4.2.7	Ergebnis der Risikoprüfung	43
4.3	Die Leistungsprüfung	43
4.3.1	Ablauf der Leistungsprüfung	43
4.3.2	Ergebnis der Leistungsprüfung	47
4.3.3	Fair im Leistungsfall	47
4.3.4	Leistungsausschlüsse	50
4.3.5	Mitwirkungspflichten	52
5.	Unser Service für Sie	53
5.1	Vorgegebene Service-Levels in Betrieb	53
5.2	Professionelle und kompetente Ansprechpartner	54
5.3	Mehrwertorientierte Verkaufsförderung	54
5.4	Dialog Maklerakademie (DIMAK)	56
6.	Allgemeine Bedingungen	57

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Ursachen für Berufsunfähigkeit
- Abb. 2: Entstehende Versorgungslücken bei Eintritt von Berufsunfähigkeit
- Abb. 3: Rentenansprüche bei Erwerbsunfähigkeit
- Abb. 4: Leistung bei Einstellung des Krankentagegeldes (Überbrückungshilfe)
- Abb. 5: Besteuerung der ausgezahlten BU-Rente
- Abb. 6: Einholung fehlender Informationen während der Antragsbearbeitung
- Abb. 7: Checkliste für eine reibungslose Antragsstellung
- Abb. 8: Annahmerichtlinien
- Abb. 9: Angemessenheit der Höhe des BU-Schutzes
- Abb. 10: Einzureichende ärztliche Zeugnisse je nach Rentenhöhe
- Abb. 11: Beispiele bewerteter Krankheiten
- Abb. 12: Art der Annahme nach Sport- und Freizeitrissen
- Abb. 13: Interne Bearbeitungsdauern während der Leistungsprüfung in Arbeitstagen (AT)
- Abb. 14: Ablauf der Leistungsprüfung
- Abb. 15: Unser Recht bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht
- Abb. 16: Ansprechpartner mit Kontaktdaten

Grußwort

Sehr geehrter Vertriebspartner,
unter der Marke Dialog bündeln wir das Biometriegeschäft der Dialog Leben mit dem bAV- und Kompositgeschäft der Generali. Damit ist die Dialog DER Maklerversicherer der Generali Gruppe in Deutschland.

Sie profitieren von jahrzehntelanger Expertise, erstklassigen Produkten und der Finanzkraft einer der wichtigsten und erfolgreichsten Player der Versicherungsbranche weltweit.

Wir werden alles dafür tun, damit Sie die Zeit für das Wesentliche haben – die Betreuung Ihrer Kunden.

Produkte, Prozesse, Services: In allen Bereichen möchten wir Sie mit Kompetenz auf Augenhöhe begeistern und bei Ihren täglichen Herausforderungen partnerschaftlich unterstützen.

Unsere Mitarbeiter sind für Sie da – schnell, kompetent und serviceorientiert. Denn Ihre Zufriedenheit ist unser wichtigstes Ziel. Dafür geben wir alles. Tag für Tag.

Freuen Sie sich darauf und lassen Sie uns im Dialog bleiben.

Ihr

Dr. Florian Sallmann

Head of Broker
Mitglied des Vorstandes
Dialog Versicherungen



1. Die Dialog

1.1 Die Marke

Von Experten für Experten - Das gesamte Maklergeschäft der Generali konzentriert sich unter der Marke Dialog. Wir sind Teil der Generali Group, einer der erfolgreichsten Versicherungsgruppen weltweit. Als Vertriebspartner profitieren Sie davon, weil Sie jedem Ihrer Kunden – ob Privatperson oder Unternehmen – aufgrund der Finanz- und Innovationskraft der Generali Group genau die Produkte und Sicherheit vermitteln können, die diese suchen.

Kompetenz auf Augenhöhe – das ist unser Anspruch und unser Versprechen an Sie. Mit allem, was wir tun und anbieten, unterstützen wir Sie effizient und effektiv:

- mit einem umfassenden Produktportfolio – von Biometrie über bAV bis Komposit
- mit einem wachsenden Angebot an digitalen Services
- mit langjähriger Erfahrung und dem Willen, jeden Tag Neues zu lernen
- mit dem klaren und exklusiven Fokus auf Ihre Bedürfnisse als unabhängiger Vertriebspartner

1.1.1 Unsere Werte



Wir sind kompetent.

Persönlich, konkret und bedarfsgerecht – das erwarten Sie von einer guten Maklerbetreuung. Mit jahrzehntelanger Branchenerfahrung und großem Know-how schaffen wir individuelle Lösungen und reduzieren Bürokratie auf ein Minimum. Dabei arbeiten wir Hand in Hand und fallabschließend.



Wir sind transparent.

Sie wünschen sich einen Partner, der Sie nachhaltig unterstützt. Deshalb sind unsere Prozesse transparent, nachvollziehbar und verlässlich. Für eine vertrauliche, erfolgreiche Zusammenarbeit kommunizieren wir klar und deutlich unser Vorgehen, unsere Interessen sowie unsere Spielräume und Grenzen. Auf unser Wort können Sie sich verlassen.



Wir sind direkt.

Offen, ehrlich und ohne Umschweife – so ist der Expertendialog, den wir pflegen. Im gemeinsamen Austausch entwickeln wir die besten Perspektiven und Lösungswege für Sie und Ihre Kunden. Wir arbeiten lösungsorientiert und sind eindeutig, insbesondere bei relevanten, aber nicht versicherbaren Risiken, bei Kundenbeschwerden oder schwierigen Einzelfällen.

1.1.2 Unsere Ratings

Unsere Berufsunfähigkeitsversicherung hat bei Tests von unabhängigen Ratingagenturen hervorragende Ergebnisse erzielt. Nähere Informationen zu den Ratingsiegeln finden Sie unter dialog-versicherung.de/ratings.



2. Warum eine Berufsunfähigkeitsversicherung?

Die Arbeitskraft ist ein Vermögen wert.



Das Auto sollte versichert sein: ca. 30.000 EUR



Die eigene Arbeitskraft erst recht: ca. 1,4 Mio. EUR¹

Trotz digitaler Arbeitswelt wird jeder Vierte berufsunfähig.



Die Wahrscheinlichkeit für privat abgesicherte Personen mindestens einmal in ihrem Leben (wenn auch nur vorübergehend) berufsunfähig zu werden, beträgt im Schnitt 25 %.²

Berufsunfähigkeit trifft auch „Kopfarbeiter“.



Die Digitalisierung und Automatisierung der Arbeit hat keinen Einfluss auf das Risiko, den Beruf nicht mehr ausüben zu können. Inzwischen sind 33 % aller Berufsunfähigkeiten auf Nerven- und psychische Krankheiten zurückzuführen. Damit trifft Berufsunfähigkeit den Büroangestellten genauso wie den Handwerker.³

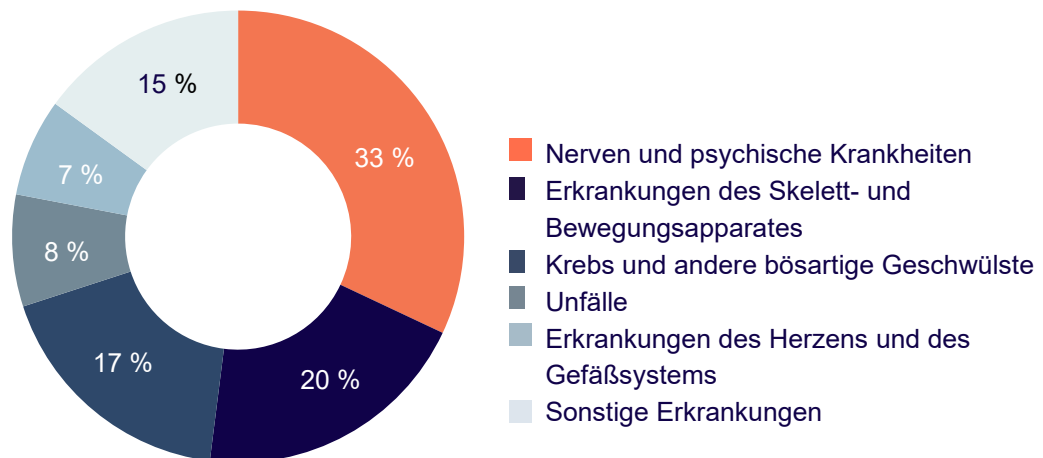


Abb. 1: Ursachen für Berufsunfähigkeit⁴

Der Staat hilft kaum.



Bis 2001 hatten gesetzlich Rentenversicherte Anspruch auf eine staatliche Rente bei Berufsunfähigkeit. Diese Leistungen wurden gestrichen und durch die Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) ersetzt. Sie ist schwerer zu bekommen, denn erwerbsgemindert ist nur, wer keinerlei Arbeit mehr nachgehen kann - unabhängig vom Berufsfeld. Ein Bäcker, der berufsunfähig wird, kann somit

¹ Berechnungsgrundlagen: Monatliches Nettogehalt: 1.800 EUR; Alter: 25 Jahre; Renteneintritt mit 67 Jahren.

Um den Inflationsausgleich zu simulieren, wird eine feste Lohnsteigerung von 2 % unterstellt.

² Quelle: Aktuar Aktuell, Mitteilungen der Deutschen Aktuarvereinigung e.V., Ausgabe 44 (12/2018)

³ Quelle: Aktuar Aktuell, Mitteilungen der Deutschen Aktuarvereinigung e.V., Ausgabe 44 (12/2018)

⁴ Quelle: Morgen & Morgen (04/2022)

noch auf einen Job im Call-Center verwiesen werden. Ende letzten Jahres haben über 1,8 Millionen Bürger in Deutschland eine gesetzliche EM-Rente erhalten. Der durchschnittliche Zahlbetrag lag bei etwa 830 EUR pro Monat⁵. Berufseinsteiger bekommen oftmals keinen Cent vom Staat, denn wer noch keine 5 Jahre in die gesetzliche Rentenversicherung einbezahlt hat, erhält keine Leistung.



Abb. 2: Entstehende Versorgungslücken bei Eintritt von Berufsunfähigkeit

* Kleinster Wert aus 70 % des Bruttogehaltes, 90 % des Nettogehaltes oder 70 % der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) abzüglich Arbeitnehmer-Anteile zur Sozialversicherung (=Renten-, Arbeitslosen-, Pflegeversicherung)

Die Höhe ist nach der täglich zu erbringenden Leistungsfähigkeit gestaffelt:

Art der Rente	Volle EM-Rente	Halbe EM-Rente	Keine EM-Rente
Arbeitsfähigkeit pro Tag in irgendeiner Tätigkeit	 Weniger als 3 Stunden	 3 bis 6 Stunden	 6 Stunden oder mehr
Höhe der EM-Rente in %	Ca. 34 % des letzten Bruttoeinkommens	Ca. 17 % des letzten Bruttoeinkommens	Kein Anspruch

Abb. 3: Rentenansprüche bei Erwerbsunfähigkeit

Nur mit staatlicher Absicherung droht im Alter die Armut. In nur wenigen Fällen genügt die gesetzliche Erwerbsminderungsrente, um den gewohnten Lebensstandard zu halten. Eine private Berufsunfähigkeitsversicherung, die im Ernstfall die entstehende Versorgungslücke schließt und die finanzielle Existenz sichert, ist unverzichtbar.

⁵ Quelle: Versicherungsbote (7.5.2020)

3. Dialog Berufsunfähigkeitsversicherung

3.1 Definition Berufsunfähigkeit

Die Berufsunfähigkeitsversicherung bietet allen Erwerbstätigen eine finanzielle Absicherung bei Verlust der Arbeitskraft in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und passt sich bedarfsgerecht auf die individuelle Einkommens- und Lebenssituation an.

Eine Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn

- die versicherte Person aufgrund von Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfalls
- voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen
- zu mindestens 50 % außerstande ist, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf auszuüben.

Liegt Berufsunfähigkeit nach den Bedingungen vor, müssen keine Beiträge zu dieser Versicherung gezahlt werden und die Dialog zahlt die Berufsunfähigkeitsrente in der vereinbarten Höhe, solange Berufsunfähigkeit vorliegt, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

3.2 Zielgruppen

Jeder Erwerbstätige, der auf ein regelmäßiges Einkommen angewiesen ist, sollte eine private BU-Versicherung besitzen.

Sie eignet sich für alle Personen, die

- in Ausbildung sind bzw. im Berufsleben stehen,
- auf ein regelmäßiges Einkommen angewiesen sind
- und gesund sind.

Beispiele für Zielgruppen sind:

- Arbeitnehmer/-innen
- Selbständige
- Familien
- Hausbauer
- Junge Menschen

3.3 Highlights

3.3.1 Top-Bedingungen mit überdurchschnittlichen Leistungsauslösern

- **NEU: Leistung auch bei allgemeiner Dienstunfähigkeit (DU)**

Die Dialog hat ihre Berufsunfähigkeitstarife um eine allgemeine Dienstunfähigkeitsklausel erweitert. Ihr Kunde zahlt keinen Mehrbetrag. Die DU-Klausel ist automatisch enthalten, d.h. bei einem Wechsel in ein Beamtenverhältnis ist Ihr Kunde bei Dienstunfähigkeit abgesichert. Die ist besonders für Personen interessant, die eine zukünftige Beamtenlaufbahn in Betracht ziehen.

Echte und unechte Dienstunfähigkeitsklausel

Den vollen Versicherungsschutz erhalten Beamte nur mit einer echten DU-Klausel. Hier folgt der Versicherer der Entscheidung des Dienstherrn und verzichtet auf eine eigene Prüfung der Dienstunfähigkeit. So regelt es auch die Dialog. Allein die Tatsache, dass der Dienstherr Ihren Kunden wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt, ist ausreichend, damit die vereinbarten Leistungen erbracht werden. Die Kriterien für Berufsunfähigkeit müssen nicht erfüllt sein. Die schwächere Form der Absicherung bietet die unechte Dienstunfähigkeitsklausel. Hier leisten Versicherer nur, wenn eine Dienstunfähigkeit nach ihren eigenen Definitionen in einer hauseigenen Prüfung vorliegt.

Vollständige und unvollständige Dienstunfähigkeitsklausel

Bei der Dialog sind alle Beamten unabhängig von ihrem Beamtenstatus im Fall einer Dienstunfähigkeit leistungsberechtigt (vollständige Dienstunfähigkeitsklausel). Sie leistet sowohl bei Versetzung in den Ruhestand (Beamte auf Lebenszeit) als auch bei Entlassungen aus dem Beamtenverhältnis (Beamte auf Probe und Beamte auf Widerruf). Bei Entlassungen gilt dies jedoch nur, wenn die zur Entlassung führenden Erkrankungen unverändert fortbestehen und Ihr Kunde keine andere Tätigkeit ausübt, die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht (§ 5 Abs. 26 der Bedingungen).

Die unvollständige Dienstunfähigkeitsklausel betrachtet im Gegensatz dazu nur Beamte auf Lebenszeit. Beamte oder Beamtinnen auf Probe oder auf Widerruf werden nicht berücksichtigt und erhalten keine Leistungen.

Günstigerprüfung

Die Dialog leistet sowohl bei Berufsunfähigkeit als auch bei Dienstunfähigkeit. Sollte also eine Berufsunfähigkeit festgestellt werden, obwohl der Dienstherr Ihren Kunden nicht für dienstunfähig hält, erhält er trotzdem Leistungen aus dem Vertrag.

Höhe der Dienstunfähigkeitsrente

Bei der Dialog können Beamte Jahresrenten bis zu 24.000 EUR absichern. Der Grund: insbesondere für Beamtenanwärter, die noch nicht auf Lebenszeit verbeamtet sind, ist die Versorgungslücke groß, da sie oftmals keinen Anspruch auf staatliche Versorgung besitzen.

Zielgruppe

Die Dialog richtet sich an alle Beamten, die eine allgemeine Dienstunfähigkeitsklausel benötigen, z.B. Lehrer, Beamte in der Verwaltung etc. Eine spezielle Dienstunfähigkeitsklausel für Soldaten, Feuerwehr- und Polizeibeamte bietet die Dialog derzeit nicht an.

- **Leistung bei grob fahrlässigem Verhalten**

Es wird im Allgemeinen zwischen einfacher (leichter) und grober Fahrlässigkeit unterschieden. In welche Kategorie der Fahrlässigkeit ein Verstoß eingestuft wird und welche Folgen dies für den Versicherten hat, hängt vom Einzelfall ab. Die Dialog zahlt Ihrem Kunden die private BU-Rente, auch wenn er nach einem grob fahrlässig verursachten Unfall seinen Beruf nicht mehr ausüben kann.

- **Leistung bei Einkommensminderung > 20 %**

Bei Erreichen des BU-Grades kommt es zur Prüfung von eventuell bestehenden Verweisungsmöglichkeiten. Die Dialog prüft lediglich, ob der Versicherte zum Zeitpunkt der Verweisungsprüfung tatsächlich (konkret) eine Tätigkeit mit vergleichbarer Lebensstellung ausübt, in der er unter dem erforderlichen BU-Grad bleibt. Mehr als 20 % Einkommensverlust gelten derzeit dabei als nicht zumutbar. Die Dialog verzichtet damit auf eine abstrakte Verweisung, bei der der Versicherte auf jeden anderen Job verwiesen werden kann, den er aufgrund seiner Fähigkeiten ausüben könnte. Dabei würde es ausreichen, dass entsprechende Stellen auf dem Arbeitsmarkt vorhanden sind, ob der Versicherte eine Anstellung erhält, spielt keine Rolle.

- **Leistung bei Pflege ab 1 Pflegepunkt nach den Bedingungen**

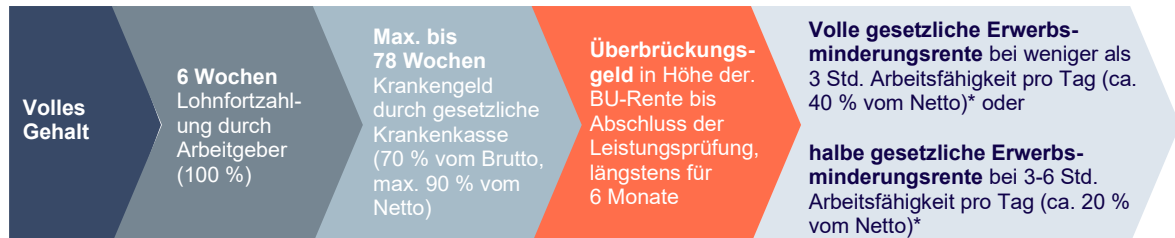
Die Dialog leistet bereits, wenn die versicherte Person mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos war, dass sie für eine dieser Verrichtungen nach den Bedingungen täglich in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person bedarf, auch wenn der Versicherte nicht die o.g. Voraussetzung einer Berufsunfähigkeit erfüllt:

- Einnehmen von Mahlzeiten/Getränken
- Fortbewegen im Zimmer
- Aufstehen und Zubettgehen
- Waschen, Kämmen oder Rasieren
- An- und Auskleiden
- Verrichten der Notdurft

- **Leistung bei Einstellung des Kranken(tage)geldes bis zum Ende der Leistungsprüfung (Überbrückungshilfe)**

Stellt die gesetzliche Krankenversicherung die Zahlung des Krankengeldes oder die private Krankenversicherung die Zahlung des Krankentagegeldes ein, weil der Betroffene eine volle Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung erhält (GKV-Versicherte) oder weil aus medizinischen Gründen eine Berufsunfähigkeit im Sinne der privaten Krankenversicherung vorliegt (PKV-Versicherte), ist das oftmals mit hohen finanziellen Einbußen verbunden. Die Dialog zahlt ab diesem Zeitpunkt auf einen ent-

sprechenden Antrag des Versicherten ein Überbrückungsgeld in Höhe der vereinbarten BU-Rente bis zum Abschluss der Leistungsprüfung, längstens für 6 Monate. Selbst wenn unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis kommt, dass keine Berufsunfähigkeit vorliegt, müssen die Überbrückungsleistungen nicht zurückgezahlt werden. Die Überbrückungshilfe kann nur einmal während der Vertragslaufzeit in Anspruch genommen werden.



*Gilt für alle nach dem 1.1.1961 Geborenen nach Abzug des Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrags, Stand 2015

- **Leistung bei Wiedereingliederung bis 12.000 EUR**

Endet der Anspruch auf eine BU-Rente, weil Berufsfähigkeit wieder gegeben ist, leisten wir eine einmalige Zahlung in Höhe von 12 Monatsrenten, höchstens jedoch 12.000 EUR. Die Wiedereingliederungshilfe dient beispielsweise dazu, die Zeit bis zu einem neuen Arbeitsverhältnis zu überbrücken oder die entstehende finanzielle Lücke zu schließen, wenn der Versicherte zunächst nur mit reduzierter Stundenzahl ins Berufsleben zurückkehren möchte. Die Zahlung erfolgt, wenn der Versicherte seit mindestens 3 Jahren ohne Unterbrechung eine BU-Rente bezogen hat und die restliche vertraglich vereinbarte Leistungsdauer noch mindestens 5 Jahre beträgt. Tritt innerhalb eines Jahres nach einer beendeten Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit, egal aus welcher Ursache ein, entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe rückwirkend. Eine bereits gezahlte Wiedereingliederungshilfe wird mit den dann fälligen Renten verrechnet. Sie kann während der Versicherungsdauer mehrmals in Anspruch genommen werden.

- **Dynamik in der Beitragszahlungsphase (Beitragsdynamik)**

Es ist sinnvoll, Berufsunfähigkeitsversicherungen so früh wie möglich abzuschließen. Zum einen besteht bereits ein enormer Bedarf, zum anderen ist der Gesundheitszustand in jungen Jahren meist besser und ein Abschluss hinsichtlich der Gesundheitsprüfung sehr viel einfacher. Im Regelfall sind das Einkommen und der Absicherungsbedarf in jungen Jahren nicht ganz so hoch. Dieser steigt mit wachsendem Einkommen und bei Gründung einer Familie. Um den Versicherungsschutz den wachsenden Bedürfnissen anzupassen ist es daher sinnvoll, eine automatische Dynamisierung der Berufsunfähigkeitsversicherung zu vereinbaren. Eine Dynamik muss nicht jedes Jahr angenommen werden, allerdings erlischt das Recht darauf, wenn die Erhöhungsangebote 3 Jahre hintereinander nicht wahrgenommen werden. Im Unterschied zur Nachversicherungsgarantie, die einen sofortigen höheren BU-Schutz vorsieht, dient die Dynamik der laufenden Anpassung an die sich leicht verändernden Lebensbedingungen, wie Inflation oder jährliche Gehaltssteigerungen.

Die Dialog bietet in ihren BU-Versicherungen eine Dynamik in der Beitragszahlungsphase (in der Anwartschaft) an. Diese kann zwischen 2 % und 5 % im Jahr gewählt werden. Bei Berufen mit einer reduzierten maximalen Jahresrente (unter anderen Schüler und Studenten) beträgt die Dynamikerhöhung 2-3 %. Wir versichern Schüler bis 12.000 EUR Jahresrente, Hausfrauen/-männer bis 15.000 EUR Jahresrente. Für Studenten und Azubis bieten wir in vielen Studienrichtungen und Berufen Absicherungen bis 18.000 EUR an. Bei der SBU-professional/SBU-go-professional bezieht sich die Erhöhung auf den Vorjahresbeitrag (Beitragsdynamik). Eine Ausnahme stellt die SBU-solution® dar, da sich die Dynamik aufgrund der risikoadäquaten Kalkulation hier nicht auf den Vorjahresbeitrag, sondern auf die gewählte Jahresrente bezieht (Summendynamik).

Nicht immer dauert eine Berufsunfähigkeit über die ganze Versicherungsdauer an. Es kommt vor, dass die Beschwerden, die zu einer Berufsunfähigkeit geführt haben, nach einigen Jahren wieder ausgeheilt sind. Zu Beginn der Reaktivierung wird die Beitragsdynamik, wenn sie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit bestanden hat, normal fortgesetzt.

- **Leistung bei schweren Erkrankungen nach den Bedingungen**

Auch beim Auftreten einer in den Bedingungen definierten schweren Krankheit, wie Herzinfarkt, Schlaganfall, schwere Lungenkrankheit oder Koma, zahlt die Dialog einmal in der Vertragslaufzeit die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente für längstens 15 Monate aus. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person für voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen an einer dieser Krankheiten leidet oder sie 6 Monate ununterbrochen daran litt.

Wird die versicherte Person während oder nach dem Bezug dieser Leistung gleichzeitig berufsunfähig, so zahlt die Dialog eine unbefristete Berufsunfähigkeitsrente. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund schwerer Krankheit und wegen Berufsunfähigkeit aus einem anderen Grund im Sinne der Bedingungen ist nicht möglich.

- **Leistung bei Anerkennung der gesetzlichen Erwerbsminderungsrente**

Die Dialog leistet auch bei Berufsunfähigkeit aufgrund voller Erwerbsminderung. D.h. die Dialog leistet dann, wenn die versicherte Person eine unbefristete volle Rente aus medizinischen Gründen von der Deutschen Rentenversicherung erhält und das 55. Lebensjahr vollendet hat. Kommt ein Vertrag mit medizinischen Ausschlüssen zustande, leistet die Dialog nicht bei Berufsunfähigkeit aufgrund voller Erwerbsminderung.

- **Umorganisationshilfe für Selbstständige bis 12.000 EUR**

Siehe auch 3.3.2 Verzichtserklärungen/Umorganisation des Arbeitsplatzes

Kann eine Berufsunfähigkeit durch eine zumutbare Umorganisation abgewendet werden, erbringt die Dialog eine einmalige Umorganisationshilfe in Höhe von 6 Monatsrenten,

maximal 12.000 Euro. Ein Anspruch besteht nur, sofern die Umorganisationsmaßnahme auch tatsächlich durchgeführt wird. Tritt innerhalb von 12 Monaten nach Gewährung der Umorganisationshilfe Berufsunfähigkeit bei der versicherten Person ein, so wird die geleistete Umorganisationshilfe mit den dann fälligen Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet.

- **Übernahme der Reisekosten aus dem Ausland, falls eine ärztliche Untersuchung in Deutschland erforderlich ist**

Die Dialog verzichtet im Rahmen des weltweiten Versicherungsschutzes bei Leistungsfällen im Ausland auf eine Rückkehrpflicht der versicherten Person für Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland, sofern diese vor Ort nach den in Deutschland angewendeten Standards erfolgen. Sollte aus medizinischen Gründen eine Untersuchung in Deutschland notwendig sein, kann die Dialog jedoch die Rückkehr verlangen. In diesem Fall werden die Reisekosten in Höhe einer Bahnfahrt 2. Klasse, die Flugkosten für die Economy Class (falls erforderlich) sowie die Unterbringungskosten bis zur Höhe eines 4-Sterne-Hotels übernommen.

- **Rehabilitationshilfe bis 2.000 EUR**

Wer auf eigenen Wunsch und eigene Kosten Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nehmen möchte, die zu einer Minderung oder einem Wegfall der Berufsunfähigkeit führen können, wird von der Dialog unterstützt. Die Dialog beteiligt sich bis zu max. 2.000 EUR an den entstandenen Kosten, wenn diese innerhalb von 12 Monaten eingereicht werden. Bei der Wahl des Dienstleisters gibt es keine Einschränkungen.

- **Unterstützung bei Fragen zum Vertrag**

Während der gesamten Dauer des Vertrages berät und unterstützt die Dialog auf Wunsch gerne. Sie gibt Auskünfte zum Versicherungsschutz allgemein und erläutert beispielsweise, welche Bedingungen erfüllt werden müssen, um Leistungen zu erhalten.

Außerdem unterstützt die Dialog bei folgenden Fragen:

- Wie und wann können die Leistungen geprüft werden?
- Wie kann die bisherige berufliche Tätigkeit beschrieben werden?
- Welche Unterlagen müssen eingereicht werden, um die gesundheitliche Beeinträchtigung nachzuweisen?
- Welche Ansprechpartner sind geeignet, um Maßnahmen für die medizinische und berufliche Rehabilitation zu ergreifen?
- Wie können Selbständige ihren Betrieb umorganisieren?

3.3.2 Verzichtserklärungen

Keine bösen Überraschungen erleben:

- **Keine Meldefristen – die Dialog leistet rückwirkend**

Die Meldefrist gibt den letztmöglichen Zeitpunkt an, bis zu dem der Eintritt der Berufsunfähigkeit bei der Versicherungsgesellschaft gemeldet werden muss, um die BU-Rente fristgerecht zu beantragen. Wer die reguläre Meldefrist nicht einhält und die Berufsunfähigkeit erst zu einem späteren Zeitpunkt bekannt gibt, muss unter Umständen mit Leistungseinbußen rechnen, da einige Versicherungstarife keinen rückwirkenden Anspruch auf die Versicherungsleistungen vorsehen. Bei der Dialog entsteht der Anspruch auf Leistung jedoch mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit nachweisbar eingetreten ist. Wir leisten generell rückwirkend ab dem Tag des nachgewiesenen Eintritts der Berufsunfähigkeit. Eine verspätete Meldung, unabhängig ob diese schuldlos oder schuldhaft erfolgt ist, hat dann keine finanziellen Einbußen für Ihre Kunden zur Folge. Wir leisten aber maximal 3 Jahre.

Achtung bei Bezug von Krankentagegeld (KT) durch eine private Krankenversicherung: Falls eine Krankentagegeldversicherung bei einer privaten Krankenversicherung besteht, kann der KT-Versicherer bei „rückwirkender Anerkennung“ bzw. „rückwirkender Leistung“ durch den BU-Versicherer, seine Zahlungen zurückverlangen (Doppelzahlung), da er ab Eintritt der Berufsunfähigkeit i.d.R. nur noch max. 3 Monate lang leisten muss.

- **Keine Arztanordnungsklausel**

Die Arztanordnungsklausel regelt die Pflichten des Versicherungsnehmers ärztlichen Anordnungen nachzukommen, um seine Gesundheit zu verbessern bzw. den BU-Grad zu mindern. Werden diese Anordnungen nicht befolgt, hat der Versicherer das Recht, die BU-Leistung zu kürzen oder zu verweigern. Die Dialog verzichtet auf diese Arztanordnungsklausel. Die medizinischen Mitwirkungspflichten beschränken sich ausschließlich auf den Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens und zumutbare Heilbehandlungen, die eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen (siehe Kapitel 4.3.5 Mitwirkungspflichten).

- **Keine Umorganisation des Arbeitsplatzes (unter bestimmten Voraussetzungen)**

Was die abstrakte Verweisung für Arbeitnehmer ist, ist die Umorganisationsklausel für Selbstständige und Freiberufler: sie werden nicht als berufsunfähig anerkannt, wenn eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich ist. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und die versicherte Person Betriebsinhaber bleibt. Wird der Grad der Berufsunfähigkeit durch die Umorganisation so reduziert, dass keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit mehr vorliegt, werden keine BU-Leistungen fällig.

Die Dialog verzichtet auf eine Prüfung der Umorganisation, wenn die versicherte Person

- eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und

- mindestens 90 Prozent der täglichen Arbeitszeit kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt.

Die Dialog verzichtet auch auf eine Prüfung der Umorganisation,

- wenn der zuletzt ausgeübte Beruf der versicherten Person vor Eintritt des Versicherungsfalls Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker, Rechtsanwalt, Notar, Steuerberater oder Wirtschaftsprüfer war.
- wenn der Betrieb der versicherten Person weniger als 5 Mitarbeiter beschäftigt.

- **Meldepflichten im Leistungsfall**

- Bei gesundheitlicher Verbesserung im BU-Leistungsfall
Es ist für den Versicherten schwer zu beurteilen, ob gesundheitliche Verbesserungen zu einer neuen medizinischen Einschätzung bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit führen. Bei der Dialog ist der Versicherte daher nicht verpflichtet, von sich aus eine Besserung des Gesundheitszustands nach Eintritt des BU-Leistungsfalles anzuzeigen. Die Dialog prüft aber regelmäßig im Rahmen der Nachprüfung individuell angepasst, ob die Voraussetzungen der Berufsunfähigkeit noch gegeben sind.
- Bei beruflicher Veränderung im BU-Leistungsfall
Es ist für den Versicherten schwer zu beurteilen, ob eine neue berufliche Tätigkeit, die er nach Eintritt des BU-Leistungsfalles aufnimmt, der wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung der ursprünglichen Tätigkeit entspricht oder ob diese zu einer neuen medizinischen Einschätzung bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit führt. Erhalten Sie Leistungen aus dieser Berufsunfähigkeitsversicherung, müssen Sie uns die Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit der versicherten Person innerhalb von 6 Monaten schriftlich mitteilen.

- **Kein befristetes Anerkenntnis**

Entsprechend § 173 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) hat der Versicherer nach einem Leistungsantrag zu erklären, ob er seine Leistungspflicht anerkennt oder ablehnt. Per Gesetz ist der Versicherer berechtigt, die Anerkennung einmalig zeitlich zu begrenzen. Das befristete Anerkenntnis ist dann bis zum Ablauf der Frist bindend. Der Versicherer kann also in dieser Zeit keine Nachprüfung durchführen. Für den Versicherten ist diese Befristung nachteilig, denn nach Ablauf der Frist muss er erneut beweisen, dass er noch berufsunfähig ist. Erkennt ein Versicherungsunternehmen seine Leistungspflicht unbefristet an, kehrt sich die Beweislast um. Der Versicherer darf dann zwar trotzdem jederzeit prüfen, ob die Berufsunfähigkeit noch in dem erforderlichen Grad besteht, aber er muss dies im Zweifelsfall auch beweisen. Das ist ein großer Vorteil für den Versicherten. Die Dialog verzichtet auf befristete Anerkenntnisse und leistet zeitlich unbegrenzt, solange Berufsunfähigkeit besteht, längstens jedoch bis zum Ende der Leistungsdauer. Eine Ausnahme hiervon besteht bei Berufsunfähigkeit als Folge einer schweren Krankheit nach den Bedingungen (siehe Kapitel 3.3.1).

3.4 Attraktive Optionen für höchste Ansprüche

3.4.1 Leistung bei Arbeitsunfähigkeit (AU-Option)

Hinweis: Nicht einschließbar im Tarif SBU-solution®

Bei einer **Arbeitsunfähigkeit** ist der Betroffene aus gesundheitlichen Gründen **vorübergehend** nicht in der Lage seinen Beruf auszuüben, z.B. wegen einer Risikoschwangerschaft, einem Beinbruch o.ä.. Oder er erhält vom Arzt eine Krankschreibung, weil die weitere Ausübung der Berufstätigkeit seinen Genesungsprozess gefährden könnte. Das Wesentliche: beim Vorliegen einer Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit besteht Aussicht auf Besserung. Trotzdem erhält der Kunde die Leistungen aus seiner Berufsunfähigkeitsversicherung (Beitragsbefreiung des gesamten Vertrages und eine Rentenzahlung in Höhe der BU-Rente) - auch ohne den Nachweis eines BU-Grades. Eine Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit liegt bereits dann vor, wenn eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit („gelber Schein“) mindestens 4 Monate ununterbrochen bestanden hat und ein Facharzt bescheinigt, dass die versicherte Person voraussichtlich mindestens weitere 2 Monate ununterbrochen arbeitsunfähig sein wird. Sofern die Arbeitsunfähigkeit bereits 6 Monate oder länger ununterbrochen bestanden hat, genügt es, wenn die Krankmeldung von einem Facharzt bescheinigt wurde.

Berufsunfähig ist dagegen, wer seinen Beruf voraussichtlich **auf Dauer** nicht mehr ausüben kann. Bei der Dialog wird dieser Prognosezeitraum zwar auf 6 Monate begrenzt, aber die vereinbarte BU-Rente kann erst gezahlt werden, wenn auch die 50%ige Berufsunfähigkeit nachgewiesen wird. In den meisten Fällen werden BU-Leistungsanträge zügig bearbeitet, so dass der Betroffene seine BU-Rente zeitnah erhält. Aber es gibt auch Beispiele, bei denen Versicherte auf ihren Bescheid warten müssen, weil der Grad der Berufsunfähigkeit noch nicht eindeutig nachgewiesen werden konnte. Die Rente aufgrund von Arbeitsunfähigkeit kann daher helfen, die Zeit bis zur BU-Leistungsentscheidung zu überbrücken. Sie wird innerhalb der Vertragsdauer für max. 24 Monate ausgezahlt.

Folgende Regelungen sind zu beachten:

- Kunden können bei Vertragsabschluss eine Karenzzeit vereinbaren. Bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit besteht dann für diesen vereinbarten Zeitraum kein Anspruch auf Leistung. Die Karenzzeit beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Sie entfällt, sofern es sich um eine Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit handelt und die Leistung wird sofort fällig.
- Leistungen aus der Option Zusatzzahlung werden nicht gezahlt, wenn eine Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit vorliegt.
- Bei Einschluss der Option Rentendynamik im Leistungsfall erhöht sich während der Dauer der Berufsunfähigkeit die garantierte versicherte Rente um den jeweils vereinbarten Prozentsatz. Dies gilt auch, wenn die Leistungen aufgrund von Arbeitsunfähigkeit beantragt werden. Ist Berufsfähigkeit wieder gegeben, wird die Berufsunfähigkeitsrente wieder auf die Höhe vor Leistungseintritt reduziert. Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache erneut Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so werden bereits erhaltene Leistungsdynamiken berücksichtigt.

3.4.2 Dread Disease bis 150.000 EUR

Hinweis: Nicht einschließbar im Tarif SBU-solution®

„Dread Disease“ bedeutet so viel wie „schwere Krankheit“. Eine Dread Disease-Versicherung schützt demnach vor den finanziellen Folgen schwerer Krankheiten. Die Dialog leistet die vereinbarte Einmalzahlung, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer eine von 6 in den Versicherungsbedingungen exakt definierten Krankheiten (Krebs, Bypass-Operationen der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, chronisches Nierenversagen beider Nieren, Schlaganfall oder Multiple Sklerose) erleidet.

Die Leistungen aus der Dread Disease werden unabhängig davon fällig, ob die versicherte Person berufsunfähig ist oder nicht. Die Option kann die durch eine schwere Krankheit entstehenden finanziellen Engpässe ausgleichen und eignet sich daher insbesondere für Selbständige und Freiberufler.

Die Höhe der Dread Disease Einmalzahlung kann individuell festgelegt werden und beträgt mindestens 1.000 EUR und maximal das 10-fache der BU-Jahresrente (bis 150.000 EUR). Bei Änderung der Höhe der BU-Jahresrenten wird die Dread Disease Einmalleistung im gleichen Umfang erhöht.

Diese Regelungen gelten für die Dread Disease Option:

- Die Option kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden.
- Sie zahlt auch dann, wenn der Kunde beitragsfrei ist oder die BU-Rente ausgezahlt bekommt.
- Sobald ein Dread Disease Leistungsfall eintritt, entfällt die Option und der Beitrag wird um den Optionsanteil gekürzt. Der BU-Vertrag läuft unverändert weiter.
- Hat der Kunde eine Leistung aus der Dread Disease Option erhalten, kann keine Nachversicherungsgarantie mehr in Anspruch genommen werden.
- Kommt es zu einem BU-Leistungsfall entfällt die Beitragsdynamik, wodurch die Versicherungssumme der Dread Disease nicht mehr ansteigt.
- Wenn die versicherte Person innerhalb von 30 Tagen stirbt, nachdem ein Facharzt die Erkrankung erstmalig festgestellt hat, leistet die Dialog nicht.

3.4.3 Zusatzzahlung (Anfangshilfe) bis 60.000 EUR

Hinweis: Nicht einschließbar im Tarif SBU-solution®

Wird eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit erstmalig unbefristet anerkannt, erbringt die Dialog bei Einschluss der Option eine einmalige Zusatzzahlung in Höhe von 12 Monatsrenten. Die Zusatzzahlung wird auch oft als Anfangshilfe bezeichnet. Diese kann dazu verwendet werden, um anfängliche Sonderbelastungen zu finanzieren - beispielsweise eine Umorganisation des häuslichen Umfeldes, Kosten für medizinische Betreuung, Reha-Maßnahmen oder Kuren, die nicht oder nur zum Teil von den Krankenkassen und dem Rententräger erstattet

werden. In den letzten 4 Jahren der Versicherungsdauer reduziert sich die Zusatzzahlung. Sie beträgt im viertletzten Jahr 80 %, im drittletzten Jahr 60 %, im vorletzten Jahr 40 % und im letzten Jahr 20 % der vereinbarten Leistung.

3.4.4 Verzicht auf Beitragserhöhung nach §163 VVG

Ein Versicherer kann bei einer Zunahme des Leistungsbedarfs gegenüber den zugrunde gelegten technischen Berechnungsgrundlagen die Bruttobeiträge auch für bestehende Versicherungen erhöhen, sofern er dies nicht in seinen Versicherungsbedingungen vertraglich ausgeschlossen hat. Welche Voraussetzungen für eine Erhöhung gegeben sein müssen, ist im § 163 VVG geregelt. Beispielsweise muss der erhöhte Leistungsaufwand „nicht nur vorübergehend“ und zudem „nicht voraussehbar“ sein. Mit der Option gibt die Dialog Ihren Kunden die Wahlfreiheit selbst zu entscheiden, ob sie den Verzicht auf die Anwendung des § 163 VVG einschließen möchten oder nicht.

3.4.5 Bis zu 5 % garantierte Dynamik im Leistungsfall

Tritt Berufsunfähigkeit in jungen Jahren ein und hält sie über einen längeren Zeitraum an, so besteht die Gefahr, dass die Rente immer mehr an Kaufkraft verliert. Eine garantierte Dynamik im Leistungsfall gleicht diesen Wertverlust als Folge der Inflation aus. D.h. bei Einschluss dieser Option erhöht sich die versicherte BU-Rente während der Dauer der Berufsunfähigkeit zusätzlich zu den festgelegten Überschüssen um den jeweils beantragten Prozentsatz zwischen 1 % und 5 % im Jahr.

3.4.6 Spätere Pflegerentenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung

Die Lebenserwartung in Deutschland nimmt stetig zu. Eine private Pflegevorsorge wird deshalb immer wichtiger. Im Dezember 2017 waren 3,41 Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI)⁶. Die Pflegeversicherung zahlt je Pflegegrad nur einen festgelegten Betrag als Zuschuss zu den Pflegekosten. Darüber hinausgehende Kosten müssen von den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen getragen werden. Ein Pflegeheimplatz kostet in Deutschland durchschnittlich 3.000 EUR im Monat, wovon Anfang 2018 im Durchschnitt 1.751 EUR von den Betroffenen selbst aufzubringen waren.⁷ Als Folge ist das angesparte Vermögen durch die Finanzierung der hohen Pflegekosten häufig schnell aufgebraucht. Eine gleichzeitige Absicherung der Berufsunfähigkeit und des Pflegefallrisikos ist jedoch aus finanziellen Gründen oftmals nicht möglich.

⁶ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>

⁷ https://www.t-online.de/gesundheit/pflege/id_46658720/pflegeheim-pflegezuschuss-und-eigenanteil-was-die-unterbringung-kostet.html

Später, wenn das Geld vorhanden ist, kann die Gesundheitsprüfung in der privaten Pflegeabsicherung zum Problem werden.

Mit Einschluss der Pflegerentenoption hat ihr Kunde zum Ablauf der Berufsunfähigkeitsversicherung das Recht, eine selbständige Pflegerentenversicherung gegen Einmalbeitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung abzuschließen. Die Höhe der Pflegerente kann hierbei, unabhängig von der Höhe der BU-Rente, bis zu 24.000 EUR im Jahr betragen. Der Optionsbeitrag ist relativ gering und auch in jungen Jahren bezahlbar.

3.5 Finanzierbarer Premiumschutz

Jeder Kunde ist anders. Als Biometrieversicherer bietet die Dialog daher für ihre Berufsunfähigkeitsversicherung äußerst flexible und bedarfsgerechte Finanzierungsmodelle an. Auch junge Menschen und junge Familien mit einem (noch) geringen Einkommen kommen so zu einem bedarfsgerechten Versicherungsschutz mit überdurchschnittlich guten Bedingungen. Durch die Möglichkeit, bei der SBU-professional und der SBU-go-professional verschiedene Leistungen optional einzuschließen, gewährleisten diese Tarife Ihren Kunden einen individuell zugeschnittenen Versicherungsschutz. Diese außergewöhnliche Variationsbreite an Optionen ist zwar bei der SBU-solution® leicht eingeschränkt, aber auch sie lässt sich durch die verbleibenden Optionen, die Nachversicherungsmöglichkeiten und die auswählbaren Karenzzeiten flexibel an veränderte Lebenssituationen anpassen. Die Dialog bietet alle Produktvarianten als Raucher- und Nichtraucher tarife an. Die besonderen Leistungen werden in diesem Kompendium ausführlich im Kapitel „3.3 Highlights“ dargestellt und erläutert.

3.5.1 Konstante Kalkulation (SBU-professional)



Diese Premium-Absicherung eignet sich besonders für anspruchsvolle Versorger, die mitten im Leben stehen und sich schon etwas aufgebaut haben.

Die SBU-professional ist konstant kalkuliert. Für Ihren Kunden bedeutet das gleichbleibende und planbare Beiträge über die gesamte Laufzeit.

Sofortrabatt über das Gesundheitsprogramm Generali Vitality möglich.

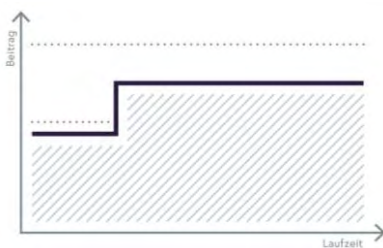
Generali Vitality ist ein auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierendes Gesundheitsprogramm. Es belohnt seine Mitglieder mit exklusiven Angeboten bei einer Vielzahl von Partnern, um sie dauerhaft zu motivieren und ihre Gesundheit zu verbessern.

Das Programm besteht aus 3 Phasen:

- **Bewusst machen:** Kunden erfahren mehr über ihren Gesundheitszustand durch die Vitality Gesundheitstests.
- **Aktiv leben:** Nach Einschätzung der Gesundheit unterstützen die Vitality Partner dabei, Lebensweisen beizubehalten oder zu verändern.
- **Belohnt werden:** Dafür sammeln die Mitglieder Vitality Punkte und verbessern somit ihren Vitality Status. Je höher der Status, desto mehr profitieren sie von den exklusiven Vergünstigungen unserer attraktiven Partner.

Zu Beginn der Generali Vitality-Mitgliedschaft besteht ein Nettobeitragsvorteil, der künftige Nettobeitrag wird durch den Vitality-Status verändert. Nähere Informationen hierzu befinden sich unter www.generali-vitalityerleben.de.

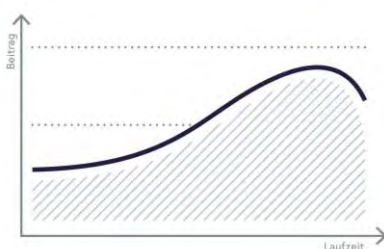
3.5.2 Stufenmodell (SBU-go-professional)



Der Tarif richtet sich speziell an Kunden, die einen vollwertigen Schutz möchten, jedoch erst zukünftig über ausreichende finanzielle Mittel verfügen, z.B. Studenten, Auszubildende und Berufseinsteiger.

Die SBU-go-professional ist konstant kalkuliert und bietet in den ersten 5 Jahren einen geringen Einstiegsbeitrag bei vollem Schutz. Zu Beginn des 6. Versicherungsjahres erfolgt ein Beitragssprung. Der Beitrag in den ersten 5 Jahren entspricht 60 % des Beitrags, der ab dem Beginn des 6. Jahres fällig wird. Der Beitrag ab dem 6. Jahr ist ca. 4 - 5 % höher als der Beitrag für die SBU-professional (abhängig vom Eintrittsalter und dem gewählten Endalter).

3.5.3 Risikoadäquate Kalkulation (SBU-solution®)



Die SBU-solution® wurde speziell für Berufseinsteiger, junge Familien und Existenzgründer konzipiert. Gerade in jungen Jahren, wenn die ohnehin magere gesetzliche Absicherung nur in begrenztem Umfang oder gar nicht besteht und eine betriebliche Absicherung ebenfalls noch nicht existiert, ist ein umfangreicher und dennoch bezahlbarer Versicherungsschutz sehr wichtig.

Bei der SBU-solution® wird der Beitrag in jedem Jahr der Beitragszahlung neu kalkuliert (technisch-einjährig kalkulierte

Versicherung). Die Beiträge passen sich dem Berufsunfähigkeitsrisiko an, sodass in den ersten Versicherungsjahren ein umfangreicher Berufsunfähigkeitsschutz zu besonders niedrigen Beiträgen besteht. Je nach Eintrittsalter, Geschlecht und Beruf sind die Beiträge der SBU-solution in den ersten 15 bis 20 Vertragsjahren günstiger als die Beiträge der SBU-professional. Mit steigendem Alter steigt auch der Beitrag. Dies ist dann aber eher zu bewerkstelligen, ggf. ist das Einkommen gestiegen und einige finanzielle Verpflichtungen (Kinder sind aus dem Haus, die Immobilie ist abbezahlt) bestehen nicht mehr. Die Beitragsentwicklung ist von Anfang an bekannt.

Wechselmöglichkeit in die konstante Kalkulation:

Ein Wechsel in die SBU-professional ist während der gesamten Laufzeit zu jeder Hauptfälligkeit möglich. Die zunächst steigenden Beiträge werden so in einen Tarif mit klassischer Durchschnittskalkulation umgewandelt. Sofern der versicherte Beruf, die Restlaufzeit des Vertrages und die versicherte BU-Rente unverändert bleiben sowie keine zusätzlichen Optionen eingeschlossen werden, erfolgt der Wechsel ohne erneute Risikoprüfung.

Die Tarife der Dialog wurden mehrfach von renommierten Ratingagenturen ausgezeichnet (siehe Kapitel „1.1.2 Unsere Ratings“).

3.6 Flexibilität während der Vertragslaufzeit

3.6.1 Erhöhungsoption (Nachversicherungsgarantie)

Es ist sehr wichtig, die Höhe der vereinbarten Rente den Lebensumständen und der laufenden Inflation anzupassen. Neben einer Dynamik bietet die Dialog hierzu die Möglichkeit der Nachversicherungsgarantie an. So wird gewährleistet, dass die Berufsunfähigkeitsversicherung auch noch in einigen Jahren den gestiegenen Ansprüchen entspricht. Die Nachversicherungsgarantie ist automatisch ohne Mehrbetrag mitversichert. Die gesamte versicherte Rente darf einschließlich anderweitig bestehender privater, gesetzlicher und betrieblicher Anwartschaften nicht mehr als 60 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens betragen (bei Beamten 30 %). Das Recht auf Nachversicherung besteht nicht, wenn die versicherte Person bereits Ansprüche wegen Dread Disease oder wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit aus diesem oder anderen Verträgen bei der Dialog geltend gemacht hat.

Ihr Kunde hat die Möglichkeit, den Versicherungsschutz bis zum 51. Lebensjahr ohne erneute Risikoprüfung⁸ um bis zu 100 % zu erhöhen (bis zu max. 42.000 EUR jährliche Gesamtrente):

Ereignisabhängige Erhöhung des Versicherungsschutzes

- Bei 16 Ereignissen, wie Heirat, Geburt eines Kindes, Anschaffung einer Immobilie etc.
- Die Dialog bietet einen umfangreichen Katalog an Nachversicherungsmöglichkeiten:

- Heirat oder Schließung/Eingehen einer eingetragenen Lebenspartnerschaft	- Gehaltssteigerung für mindestens 6 Monate um mindestens 10 % des durchschnittlichen monatlichen Bruttogrundgehalts der letzten 12 Monate bei Nichtselbständigen
- Ehescheidung oder Aufheben einer Lebenspartnerschaft	- Erstmalige Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit
- Geburt eines Kindes	- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung
- Adoption eines Kindes	- Ablegen der Meisterprüfung
- Tod des Lebenspartners der versicherten Person	- Nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten 3 Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragsstellung um mindestens 30 % für selbständige Versicherte
- Erreichen der Volljährigkeit	- Ausscheiden von selbständigen Handwerkern aus der gesetzlichen Rentenversicherung
- Aufnahme eines Immobilienkredits	
- Kauf oder Baubeginn einer eigen genutzten Wohn- oder Gewerbeimmobilie	
- Erfolgreicher Schulabschluss und Beginn einer Ausbildung oder Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit	
- Erfolgreiche Beendigung eines Studiums und Aufnahme der entsprechenden beruflichen Tätigkeit	

Die Nachversicherung muss innerhalb von 12 Monaten nach Eintritt des Ereignisses beantragt werden.

Ereignisunabhängige Erhöhung des Versicherungsschutzes

- In den ersten 5 Jahren nach Vertragsbeginn sogar ereignisunabhängig

3.6.2 Reduzierung des Beitrags bei einem Berufswechsel

Die Höhe des zu zahlenden Beitrags ist auch abhängig von dem bei Abschluss des Vertrags ausgeübten Beruf. Wenn Ihr Kunde seinen Beruf wechselt, kann geprüft werden, ob sich dadurch für die verbleibende Versicherungsdauer der Beitrag reduziert. Voraussetzung: Der

⁸ Die finanzielle Angemessenheit wird geprüft.

Antragsteller ist jünger als 51 Jahre. Dies gilt auch, wenn Ihr Kunde Schüler oder Student war und nun eine berufliche Tätigkeit aufnimmt.

Ihr Kunde muss nachweisen, dass er den neuen Beruf seit mindestens 6 Monaten ausübt. Dieser Nachweis entfällt, wenn Ihr Kunde unmittelbar vor der Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit Schüler oder Student war. Eine schlechtere Einstufung ist ausgeschlossen.

Die Dialog kann die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten Risikoprüfung abhängig machen. In den ersten 10 Jahren seit Vertragsbeginn führt die Dialog keine Risikoprüfung durch, wenn Ihr Kunde jünger als 36 Jahre ist. Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben ein eventuell vereinbarter Beitragszuschlag (Risikozuschlag) und bereits vor dem Wechselzeitpunkt individuell vereinbarte Leistungseinschränkungen unverändert bestehen.

3.6.3 Hilfe bei Zahlungsschwierigkeiten

Auch in besonderen Situationen im Leben soll sich Ihr Kunde seine Beiträge leisten können. Die Dialog bietet daher innovative und familienfreundliche Überbrückungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten an.

Beitragsübernahme durch die Dialog

Nach Ablauf der ersten 5 Versicherungsjahre erhält die Dialog auf Wunsch einmalig für 6 Monate den vollen Schutz beitragsfrei aufrecht. Nach Ablauf der 6 Monate lebt die Beitragszahlungspflicht automatisch wieder auf.

Beitragsreduzierung durch Herabsetzen der BU-Rente (mind. 50 EUR/Monat)

Die Erhöhung auf die ursprüngliche Rente erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung.

- Mehrmals für die Dauer der Elternzeit für jeweils max. 36 Monate pro Kind
- Mehrmals bei Arbeitslosigkeit für jeweils max. 24 Monate
- Mehrmals bei Pflege naher Angehöriger für insgesamt max. 24 Monate. Die Beitragsreduzierung kann jedoch auf mehrere Zeitabschnitte aufgeteilt werden.
- Ohne Angabe von Gründen für einmalig max. 12 Monate

Beitragsstundung bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten

Wer die Beiträge seiner Versicherung kurzzeitig aussetzen möchte, kann mehrmals für maximal 24 Monate eine zinslose Stundung bei vollem Versicherungsschutz beantragen. Voraussetzung ist jeweils, dass

- die Beiträge für das erste Versicherungsjahr vollständig gezahlt wurden,
- die zu stundenden Beiträge höchstens so hoch wie das Deckungskapital zum Beginn des Stundungszeitraums sind,
- der Vertrag keinen Beitragsrückstand aufweist,
- der Vertrag nicht gekündigt wurde und
- die verbleibende Vertragsdauer nach Ablauf der Stundung noch mindestens 3 Jahre beträgt.

Nach Ablauf der Stundung sind die gestundeten Beiträge in bis zu 24 Monatsraten nachzuzahlen. Bei Zahlungsschwierigkeiten, die über einen längeren Zeitraum als 24 Monate andauern, wird Ihr Vertrag zum Ablauftermin der Stundung beitragsfrei gestellt.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung (Wiederinkraftsetzung)

Ihr Kunde hat seine Versicherung vorzeitig beitragsfrei gestellt und möchte den Vertrag doch fortsetzen? Bei der Dialog kann er in den ersten 3 Jahren die Zahlung der Beiträge gemäß den Bedingungen wieder gebührenfrei aufnehmen. Im ersten Jahr geht dies sogar ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beiträge

- der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und
- die verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens 1 Jahr beträgt.

Ihr Kunde nimmt die Versicherung wieder zu den bisherigen Konditionen auf. Es gilt die ursprüngliche Versicherungssumme. Die Beitragshöhe ist aufgrund der während der Beitragsfreistellung nicht gezahlten Beiträge höher. Oder die Beiträge werden in der vormaligen Höhe entrichtet. Dann wird die Versicherungssumme entsprechend gesenkt.

3.6.4 Verlängerungsoption bei Erhöhung der Regelaltersgrenze

Bei Erhöhung der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung, in der beamtenrechtlichen Altersversorgung oder einem berufsständischen Versorgungswerk können die Leistungs- und Versicherungsdauer verlängert werden. Was passiert mit der BU-Absicherung, wenn der Gesetzgeber die Regelaltersgrenze erhöht? Wie kann ein nahtloser Übergang zur Altersrente sichergestellt werden? Die Dialog bietet die Möglichkeit, den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung an die neue Regelaltersgrenze anzupassen. Dieses Recht kann nur innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung ausgeübt werden, wenn eine Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart wurde.

Dieses Recht besteht nicht, wenn

- die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat,
- der Vertrag beitragsfrei ist,
- die versicherte Person bereits Leistungen aus dem Vertrag erhält oder erhielt oder solche beantragt hat.

Durch den verlängerten Versicherungsschutz erhöht sich der Beitrag. Dabei können auch andere als bei Vertragsabschluss verwendete Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt werden. Die Leistungen bei Berufsunfähigkeit bleiben jedoch unverändert bestehen.

3.6.5 Karenzzeiten

Optional können Karenzzeiten vereinbart werden, d.h. die Auszahlung der BU-Rente und die Beitragsfreistellung erfolgen erst 6, 12, 18 oder 24 Monate nach Eintritt des Leistungsfalls. Wird eine Berufsunfähigkeit beendet und tritt danach erneut Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt (additive Karenzzeit). Eine Karenzzeit hat einen niedrigeren Beitrag zur Folge.

3.7 Ertragsteuerliche Betrachtung

Die verschiedenen Formen der Altersvorsorge werden jeweils einer Schicht zugeordnet. In diesem Kapitel werden lediglich allgemeine Aussagen zur ertragsteuerlichen Behandlung nach derzeit geltendem Steuerrecht (Stand 02/2024) und für private Berufsunfähigkeitsversicherungen der 3. Schicht getroffen. Die konkrete steuerliche Handhabung richtet sich immer nach dem jeweils geltenden Steuerrecht und den individuellen Verhältnissen des Steuerpflichtigen. Bei den folgenden Aussagen wird von einem privaten Vertrag einer natürlichen Person mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland nach deutschem Steuerrecht ausgegangen.

3.7.1 Steuerliche Absetzbarkeit der Beiträge

Die Beiträge zu einer eigenständigen BU-Versicherung können in der Beitragszahlungsphase grundsätzlich als sonstige Vorsorgeaufwendungen steuerlich geltend gemacht werden. Für die steuerliche Absetzbarkeit gelten außerdem Höchstgrenzen in Höhe von 1.900 EUR p.a. für Arbeitnehmer (Angestellte und Beamte) und 2.800 EUR p.a. für Selbstständige und Freiberufler (Stand 02/2024). Bei zusammen veranlagten Ehegatten werden die zur Verfügung stehenden Höchstgrenzen zusammengerechnet. Achtung: In der Praxis werden diese Höchstbeträge häufig schon von den Kosten für Kranken- und Pflegeversicherung ausgeschöpft. Wer ein monatliches Bruttoeinkommen von rund 2.000 EUR hat, erreicht bereits mit den monatlichen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen die Obergrenze des Höchstbetrags. Die Möglichkeiten, die Beiträge zur Berufsunfähigkeitsversicherung steuerlich abzusetzen, sind also begrenzt. Nur wenn diese Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung unter der Höchstgrenze liegen, bleibt noch Spielraum zum Absetzen anderer Versicherungen wie der BU-Versicherung. Zu den sonstigen Vorsorgeaufwendungen gehören insbesondere Beiträge zu folgenden Versicherungen:

- Kranken- und Pflegepflichtversicherung (Arbeitnehmeranteil)
- Arbeitslosenversicherung (Arbeitnehmeranteil)
- Unfall- und Haftpflichtversicherungen
- Risikolebensversicherungen
- Erwerbsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeitsversicherungen

Beispiel: Die jährlichen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung eines alleinstehenden Angestellten liegen bei 1.730 EUR. Wenn die jährlichen Kosten der BU-Versicherung 475 EUR betragen, kann der Versicherungsnehmer über die sonstigen Vorsorgeaufwendungen 170 EUR davon absetzen.

3.7.2 Besteuerung der ausgezahlten BU-Leistungen

In der Leistungsphase wird eine Berufsunfähigkeitsrente steuerrechtlich als abgekürzte Leibrente behandelt. Damit ist nur der sog. Ertragsanteil zu versteuern. Dieser richtet sich nach der Laufzeit der Rente, also nach dem Zeitraum zwischen dem Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs und dem voraussichtlichen Vertragsende. Je kürzer die Laufzeit der Rente ist, desto geringer ist der zu versteuernde Ertragsanteil (siehe nachfolgende Tabelle). Die Dialog gewährt auch einmalige BU-Leistungen, z.B. die Wiedereingliederungshilfe. Die einmaligen Leistungen sind steuerfrei.

Max. Laufzeit der Rente ab Beginn BU (in Jahren)	Ertragsanteil in %
5	5
10	12
15	16
20	21
25	26
30	30

Abb. 5: Besteuerung der ausgezahlten BU-Rente

Beispiel: Wird ein 35-Jähriger berufsunfähig und hat seine BU-Rente in Höhe von 1.200 EUR pro Monat bis 65 Jahre versichert, dann muss er bei einer möglichen Laufzeit von 30 Jahren nur auf 30 % der Berufsunfähigkeitsrente Steuern zahlen. Damit sind 360 EUR der BU-Rente steuerpflichtig. Bei einem persönlichen Durchschnittssteuersatz von angenommen 15 %, zahlt er für seine BU-Rente umgerechnet pro Monat 54 EUR Einkommensteuer.

4. Abgestimmte Prozesse

4.1 Die Antragsbearbeitung

Bei jedem Antragsteller wird eine Prüfung vorgenommen, damit das vom Versichertenkollektiv zu übernehmende Risiko vom Versicherer eingeschätzt werden kann. Für den Fall, dass zwischen Antragseingang und Beginn der Versicherung ein Versicherungsfall eintritt, bieten wir einen beitragsfreien vorläufigen Versicherungsschutz. Dieser beitragsfreie Zusatzschutz ist auf die beantragte BU-Rente und max. auf 18.000 EUR Jahresrente begrenzt (für eine BU-Beitragsbefreiung gilt dies entsprechend). Der Versicherungsbeginn darf zudem maximal 2 Monate nach der Antragsunterzeichnung liegen. Die weiteren Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz ergeben sich aus den Allgemeinen Bedingungen.

4.1.1 Unser Service-Versprechen

Wir sind persönlich für Sie als unser Partner da und Sie genießen eine ganz individuelle Zusammenarbeit. Die Dialog betrachtet es als wichtigen Teil des Service für Sie, die Antragsbearbeitung so rasch und unkompliziert wie möglich zu gestalten. So können Sie beispielsweise Ihre Anträge über das Maklerverwaltungsprogramm oder über das Postkorbportal auf der Dialog Leben Homepage bei uns einreichen. Den Originalantrag brauchen wir dann nicht mehr.

Selbstverständlich erfolgt die Antragsbearbeitung in enger Zusammenarbeit mit Ihnen. Sollten im Antrag doch einmal Angaben fehlen oder weitere Informationen erforderlich sein, fragen wir bei Ihnen nach – soweit möglich zunächst telefonisch. Angaben, die wir schriftlich benötigen, wie fehlende Antragsfragen, ergänzende Angaben Ihres Kunden, Auskünfte zum versicherbaren Interesse oder Angaben zum Geldwäschegesetz erbitten wir über Sie. Sie sind damit unser ausschließlicher Ansprechpartner während der Antragsbearbeitung; Ihr persönliches Vertrauensverhältnis zu Ihrem Kunden bleibt von uns unberührt.

Einholen fehlender Informationen

Klärung und Ergänzung von Antragsangaben	telefonisch bei Ihnen
Fehlende Antragsfragen, ergänzende Angaben des Kunden, Klärung versicherbares Interesse, Angaben zum Geldwäschegesetz (GwG)	schriftlich über Sie
Arztanfragen	Anfragen werden über Sie versandt. Auf Wunsch können die Angaben aber auch direkt beim Arzt angefragt werden.

Abb.6: Einholung fehlender Informationen während der Antragsbearbeitung

4.1.2 Prämierter Tarifrechner

Die Dialog stellt einen komfortablen Online-Tarifrechner ohne Login zur Verfügung, bei dem die Erstellung von Angeboten innerhalb von 2 Minuten gelingt und Angebotsänderungen oft mit nur einem Klick erledigt sind.

4.1.3 Schnellschiene (24-Stunden-Policierung)

Durch die so genannte Schnellschiene wird für einfach zu prüfende Anträge eine signifikante Beschleunigung des Antragsverfahrens erreicht. Die Grundidee dieser Struktur ist die bewusste Trennung von einfachen und komplexen Anträgen. Die Schnellschiene ist ein eigenes Team im Bereich „Betrieb“. Die Aufgabeninhalte der Schnellschiene setzen sich aus der Kompletterfassung des Antrags, der Prüfung auf sofortige Policierungsfähigkeit und der abschließenden Bearbeitung oder Weiterleitung ins Serviceteam zusammen. Einfache Anträge, d.h. Anträge, die keine weitergehende Risikoprüfung oder Rückfragen bei Ihnen oder beim Versicherungsnehmer erforderlich machen, werden **noch am Tage des Antrags-eingangs** poliziert.

Zugleich werden die Serviceteams von einfachen Anträgen entlastet. Sie sind dadurch in der Lage, ihre Fachkompetenz auf die Bearbeitung der komplexeren Anträge zu fokussieren und Ihnen damit einen noch individuelleren Service zukommen zu lassen. So erhalten Sie auch bei komplexen Anträgen innerhalb **von einer Woche** eine Erstreaktion. Hiermit kommt die Dialog Ihren Bedürfnissen entgegen: Sie hilft Ihnen, das Geschäft wesentlich schneller unter Dach und Fach zu bringen.

4.1.4 Hoher Digitalisierungsgrad

BiPRO und die Dialog machen es möglich – sowohl über das Maklerverwaltungsprogramm als auch über das Postkorbportal auf der Dialog Homepage.

- Digitale Kunden- und Vertragsdaten sowie elektronische Dokumente (z.B. Policenkopien, Antragsrückfragen) werden automatisch und ohne Zutun in das Maklerverwaltungsprogramm geladen.
- Schneller und konsistenter Datenaustausch, volle Unabhängigkeit bei der Wahl der Maklerverwaltungssoftware
- Die Dialog Webservices erfüllen die BiPRO-Normen 430, 440, 411, 422 und 502.3.

Mit einer Vielzahl an Maklerverwaltungsprogrammen ist die Dialog 100 % BiPRO-konform (Auszug):



4.1.5 Tipps für die Antragsstellung

Damit wir den Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass die von uns gestellten Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kunden nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig beantwortet werden. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Ihr Kunde keine oder nur geringe Bedeutung beimisst.

Zur Vereinfachung haben wir die Erkrankungen und Diagnosen aufgelistet, die uns gegenüber bei der Beantragung einer Berufsunfähigkeitsversicherung **nicht** angegeben werden müssen. Bitte beachten Sie, dass es sich dabei um eine abschließende Aufzählung handelt, d.h. alle anderen Diagnosen müssen angezeigt werden.

Ausschabung, Blinddarmentfernung (bereits durchgeführt), Blinddarmentzündung (ausgeheilt), Bronchitis (akut und kurzzeitig), Entbindung, Erkältungskrankheiten, Fehlgeburt, Grippale Infekte, Harnblaseninfekt (akut), Heiserkeit (akut und kurzzeitig), Impfungen, Infektbedingte Kehlkopf- und Luftröhrenentzündung (akut und ausgeheilt), Magen-Darm-Infektion (akut), Magenverstimmung (akut), Mandelentfernung, Mandelentzündung, Muttermal/Nävus ohne Verdacht auf Bösartigkeit/Malignität, Nasennebenhöhlenentzündung/Sinusitis (akut und ausgeheilt), Schnupfen, Vorsorgeuntersuchung zur Krebsfrüherkennung ohne krankhaften Befund und ohne Medikamentenverschreibung, Zahnarztbesuch/Zahnbehandlung

Des Weiteren soll Ihnen die folgende Checkliste aufzeigen, welche Informationen wir für eine schnelle und reibungslose Antragsstellung benötigen. Oder Sie nutzen unseren elektronischen Antrag - dieser markiert fehlende Angaben und liefert ein Übersichtsblatt.

Checkliste für eine reibungslose Antragsstellung

	<p>An die Angaben zum Geldwäschegesetz (GWG) denken: Für die schnelle Antragsbearbeitung bitten wir Sie, uns neben den GWG-Angaben immer eine Ausweiskopie mit zu senden. Ohne Ausweiskopie müssen wir diese nachfordern, was die Policing Ihrer Anträge verzögert.</p>
	<p>Nennen Sie Ihre Telefonnummer für Rückfragen.</p>
	<p>Rauchverhalten, Größe und Gewicht schon bei der Tarifierung richtig eingeben.</p>
	<p>Reichen Sie das Angebot mit ein.</p>
	<p>Die QR-Code Seite ermöglicht eine schnellere Bearbeitung des Antrages.</p>
	<p>Achten Sie auf vollständige Unterschriften: 2 Unterschriften vom Versicherungsnehmer erforderlich. Wird eine andere Person versichert, muss auch diese unterschreiben.</p>

Abb.7: Checkliste für eine reibungslose Antragsstellung

4.2 Die Risikoprüfung

Unser Service startet mit einer ausführlichen Darstellung der Annahmerichtlinien, um einen reibungslosen Antragsprozess zu gewährleisten.

Transparente Annahmerichtlinien

Versicherter Personenkreis:	Grundsätzlich alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland
Berufsgruppeneinordnung:	Berufekatalog mit ca. 6.800 Berufen
Finanzielle Risikoprüfung:	Rentenhöhe bis zu 60.000 EUR
Medizinische Risikoprüfung:	Katalog nicht anzugebender Krankheiten
Untersuchungsgrenzen:	Keine zusätzlichen Untersuchungen bis 30.000 EUR Jahresrente (gültig bis 50. LJ)
Freizeit- und Sportrisiken:	Zuschlags- bzw. Ablehnungsverzeichnis

Abb.8: Annahmerichtlinien

4.2.1 Prüfung der Versicherbarkeit

Die Dialog bietet grundsätzlich Versicherungsschutz für Personen, die sich dauerhaft in Deutschland aufhalten. Punkte, die für eine Versicherbarkeit sprechen sind u.a.

- Geburtsort in Deutschland
- Verheiratet mit einem/einer Deutschen
- Kunde/-in hält sich seit mehreren Jahren in Deutschland auf und hat eine Aufenthaltsgenehmigung
- Krankenversicherung und Hausarzt befinden sich in Deutschland
- Kunde/-in beabsichtigt dauerhaft in Deutschland zu bleiben

Des Weiteren sind deutsche Staatsbürger außerhalb Deutschlands versicherbar, wenn eine Prüfung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gesichert ist.

Sofern die Prüfung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht gesichert ist, ist eine Einzelfallprüfung erforderlich. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn sich der ständige Wohnsitz und der Hausarzt seit weniger als 2 Jahren in Deutschland befinden oder bereits fest steht, dass ein längerer Auslandsaufenthalt mit ausländischer Krankenversicherung geplant ist.

Methoden zur Ermittlung des Eintrittsalters

Das Eintrittsalter ist das Alter der versicherten Person, zu dem der Versicherungsschutz beginnt. Bei der Absicherung biometrischer Risiken spielt das Eintrittsalter eine wichtige Rolle. Von ihm hängen sowohl der individuelle Beitrag als auch die grundsätzliche Versicherbarkeit ab. Es gibt verschiedene Methoden für die Ermittlung des Eintrittsalters.

- Bei dem tatsächlichen Versicherungsalter wird das taggenaue Alter der versicherten Person als Kalkulationsgrundlage verwendet. Dieses Verfahren verwendet die Dialog seit Januar 2021.
- Im Rahmen der kalenderjährlichen Ermittlung berechnet sich das Eintrittsalter aus der Differenz des Kalenderjahres bei Vertragsbeginn und des Geburtsjahres der zu versichernden Person. Dadurch erhöht sich das versicherungstechnische Eintrittsalter für alle Personen immer zum Jahreswechsel.
- Bei der Ermittlung nach dem Halbjahresverfahren wird das Eintrittsalter der zu versichernden Person zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns entweder auf- oder abgerundet. D.h. es wird das Alter verwendet, das an dem Geburtstag erreicht ist oder wird, der dem Beginn der Versicherung am nächsten liegt. Bei der Berechnung nach dieser Methode wird das Eintrittsalter also schon 6 Monate vor dem eigentlichen Geburtstag ein Jahr höher.

4.2.2 Prüfung des berufsbedingten Risikos

Die Dialog legt Wert auf Transparenz und Nachvollziehbarkeit bei der Einteilung der Berufsgruppen sowie eine risikogerechte Tarifierung. Der Berufekatalog umfasst daher fast 6.800 Berufsbezeichnungen, die in 8 Berufsklassen unterteilt werden. Die Eingruppierung erfolgt anhand des aktuell ausgeübten Berufs durch unsere Angebots-Software bzw. durch unsere Antragsabteilung. In etwa 90 % der Fälle reichen die Fragen im Antrag, um eine risikogerechte Einstufung zu gewährleisten. In den übrigen Fällen wird bei Bedarf ein kurzer Fragebogen eingesetzt, der vorhandene Risikomerkmale aufnimmt.

Das Bedingungsmerkmal gilt für alle Berufsgruppen und versicherbaren Berufe gleichermaßen. Berufszuschläge oder spezielle Berufs- bzw. Tätigkeitsklausel sind grundsätzlich nicht vorgesehen und sind allenfalls dann erforderlich, wenn ein Wechsel in einen nicht oder sehr schlecht versicherbaren Beruf absehbar ist, z.B. wenn eine Karriere als Profi-Fußballer angestrebt wird. In diesem Fall würde die nicht versicherbare Tätigkeit als Fußballer ausgeschlossen, während der „bürgerliche“ Beruf weiterhin versicherbar ist. In Einzelfällen ist eine verkürzte Versicherungsdauer oder eine Höchstrentenbegrenzung notwendig.

Für Schüler und Studenten ist nach erfolgreichem Abschluss der akademischen bzw. schulischen Ausbildung eine Bessereinstufung der bei Versicherungsbeginn zugrunde gelegten Berufsgruppe ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich, wenn die dann ausgeübte Tätigkeit nach den dann gültigen Grundlagen eine Bessereinstufung zulässt. Die Frist hierfür beträgt 36 Monate und beginnt mit dem Abschluss der Ausbildung. Studenten, die Studiengänge belegen, die nach Abschluss in eine körperliche Tätigkeit münden, werden entsprechend dieser beruflichen Tätigkeit eingestuft (z.B. Studenten der Physiotherapie, Pferdewissenschaften).

Nicht versicherbare Berufe

Für die folgenden Berufe kann zum Schutz der Versichertengemeinschaft vor zu hoher Belastung kein Berufsunfähigkeitsschutz angeboten werden. Die hier aufgeführten Berufe sind nur eine Auswahl. Eine abschließende Entscheidung behalten wir uns vor.

Artisten/innen, Stuntmen/women, Dompteure/innen, Personenschützer/innen, Bodyguards, Sprengstoffexperten/innen, Kampfmittel- und Minenräumer/innen, Callgirls/-boys, Profisportler/innen jeglicher Sportart, Sporttrainer/innen, Berufstaucher/innen (auch bei Polizei, Feuerwehr, Bundeswehr), Angehörige von Sondereinsatzverbänden der Polizei, der Bundespolizei, Berufspiloten/innen, Fotomodelle, Mannequins, Künstler/innen, Künstlervermittler/innen, Musiker/innen, Schriftsteller/innen, Piloten/innen, Sänger/innen, Schauspieler/innen, Schausteller/innen, Straßenverkäufer/innen, Tänzer/innen, Tätowierer/innen, Piercer/innen

Sofern Sie mit der Einstufung des Berufes Ihres Kunden nicht sicher sind oder das Berufsbild in unserem Berufekatalog nicht aufgelistet ist, wenden Sie sich bitte an unseren Angebots-service unter der Telefonnummer +49 (0) 821/319-1220.

4.2.3 Finanzielle Risikoprüfung

Angemessenheitsprüfung der Rentenhöhe

Bei der finanziellen (wirtschaftlichen) Risikoprüfung ist die Angemessenheit des BU-Schutzes sicherzustellen und eine Überversorgung gegenüber dem vorhandenen Einkommen zu vermeiden. Die empirischen Verhältnisse zeigen, dass das subjektive Risiko, berufsunfähig zu werden, überproportional mit der Höhe der versicherten Rente steigt. Bei der wirtschaftlichen Risikoprüfung prüfen wir deshalb, ob die beantragte Rente in einem vernünftigen Verhältnis zum Einkommen des Versicherten steht. Grundlage für die individuelle Berechnung der BU-Rente ist das persönliche Bruttojahreseinkommen. Dabei handelt es sich um die Summe aller Einkünfte aus der versicherten Tätigkeit, von der max. 60 % (bei Ärzten 70 %) abgesichert werden können - unter Berücksichtigung aller privaten BU-Versorgungen. Bei Beamten und Richtern ist die Höhe der Dienstunfähigkeitsabsicherung (DU) begrenzt auf 30 % des Bruttojahreseinkommen. Hier sind private und gesetzliche BU-Versorgungen zu berücksichtigen. Wir benötigen daher Antragsangaben zu bestehenden oder beantragten Ansprüchen aus:

- privaten BU-Versicherungen
- betrieblichen Versicherungen
- berufsständischem Versorgungswerk (insbesondere bei Ärzten, Architekten, Anwälten, Notaren und Steuerberatern).
- gesetzlichen DU-Versicherungen bei Beamten

Eckdaten zur finanziellen Risikoprüfung

Höchstrente ⁹ (jährlich)	60.000 EUR
• Hausfrauen/-männer	15.000 EUR
• Schüler	12.000 EUR
• Studenten ¹⁰	24.000 EUR
• Azubis ¹¹	18.000 EUR

Abb.9: Angemessenheit der Höhe des BU-Schutzes

Einkommensnachweise

Sofern die gesamte BU-Versorgung unter Berücksichtigung anderweitig bestehender Verträge bei Mitbewerbern 30.000 EUR übersteigt, aber auch bei einer ungewöhnlichen Relation des im Antrag angegebenen Bruttoeinkommens zum Berufsbild (hier jedoch nur auf Einzelanforderung), werden noch folgende Nachweise benötigt:

Angestellte: Kopie der Gehalts-/Lohnabrechnung jeweils für den Monat Dezember oder Steuerbescheide der letzten 3 Jahre.

⁹ Ausnahmen sind nur nach Anfrage in unserem Angebotsservice möglich

¹⁰ Für Studenten bieten wir in vielen Studienrichtungen Absicherungen bis 24.000 EUR Jahresrente an.

¹¹ In speziellen Ausbildungsberufen sind maximal 12.000 EUR jährlich möglich, z.B. Straßenbauer, Kosmetiker, Friseur, Fliesenleger, Steinmetz, Glasbläser, Bäcker/Konditor, Maurer, Zimmerer, Dachdecker, Gerüstbauer.

Selbständige: Kopien der letzten 3 Steuerbescheide aus den letzten 3 Jahren, Einnahmen-/Ausgabenübersichten vom Steuerberater oder dergleichen. Bei Absicherung von Versorgungszusagen eine Kopie der Zusage und der letzten Gehaltsabrechnung.

Existenzgründer: Für Existenzgründer, d.h. alle Personen, bei denen die Selbständigkeit im laufenden bzw. im Vorjahr der Antragstellung aufgenommen wurde, gibt es eine Sonderregelung bezüglich der Vorlage von Einkommensnachweisen:

Bei bereits aufgenommener Tätigkeit gilt als Nachweis die Bestätigung eines Steuerberaters über das persönliche Bruttojahreseinkommen aus eigener Arbeitskraft (ohne Gewinnbeteiligungen) auf Basis vorliegender betriebswirtschaftlicher Auswertungen. In der Regel versichern wir Existenzgründer bis zu 18.000 EUR jährlich. In besonders günstig gelagerten Fällen, bspw. bei Ärzten oder Anwälten, die aus einem gut bezahlten Angestelltenverhältnis heraus eine Praxis bzw. Kanzlei übernehmen, kann die Absicherung auch entsprechend höher sein.

4.2.4 Medizinische Risikoprüfung

Wir führen bei den eingereichten Anträgen eine medizinische Risikoprüfung durch. Der Umfang der Prüfung ist abhängig von der Höhe der Versicherungssumme und dem Gesundheitszustand der versicherten Person zum Zeitpunkt der Antragstellung. Die Prüfung wird vorgenommen, um einen für den einzelnen gerechten Beitrag anbieten zu können und die Versichertengemeinschaft vor einer entsprechenden Antiselektion zu schützen.

Bei Antragsaufnahme prüfen wir zunächst anhand der Gesundheitsfragen, ob der Antrag zu normalen Bedingungen und zum beantragten Tarifbeitrag angenommen werden kann. Der rückwirkend abgefragte Zeitraum zu Gesundheitsfragen im Antrag beträgt

- bei stationären Behandlungen:
 - 10 Jahre
 - 5 Jahre bei Kurzantrag¹²
- bei ambulanten Behandlungen:
 - immer 5 Jahre

Sämtliche Antragsbearbeiter der Dialog sind für die medizinische Risikoprüfung qualifiziert. IHK-zertifizierte Risikoprüfer unterstützen die Risikoprüfung bei den Anträgen mit komplexen medizinischen Sachverhalten (ca. 20 %). Bei außergewöhnlichen medizinischen Fragestellungen wird in Zusammenarbeit mit unserem Gesellschaftsarzt eine optimale Risiko- beurteilung sichergestellt.

¹² Folgende Voraussetzungen müssen für die Verwendung eines Kurzantrags erfüllt sein: maximales Eintrittsalter 35 Jahre; maximale Jahresrente 24.000 EUR; BMI (Body Mass Index) 18-27

Digitale Rückfragen zu Medizin und Hobby

Seit Januar 2024 haben wir den Antragsprozess in der Risikolebensversicherung um einen modernen und zeitgemäßen, digitalen Service ergänzt. Ein webbasiertes Tool sorgt dafür, dass Rückfragen zur Risikoprüfung nahtlos digital erfolgen. Durch einen intuitiv geführten Online-Dialog mit Kunden oder Ärzten können Rückfragen schnell bearbeitet werden. Dadurch werden die Entscheidungen beschleunigt und der Prozess deutlich vereinfacht. Der Aufwand für den Antragsteller ist durch das Tool deutlich geringer. Er muss bei Rückfragen zu Risikoangaben keine Papierformulare mehr ausfüllen und beantwortet nur risikorelevante Fragen – einfach per Mausklick, am PC oder auf dem Smartphone. Auch Befunde oder Anfragen bei Ärzten können künftig online beantwortet werden. Die Zugangsdaten versenden wir sicher per Post. Daher benötigen wir keine E-Mail-Adresse des Kunden oder des Arztes. Die Daten werden ganzheitlich auf einer zugangsgeschützten Website dokumentiert. Selbstverständlich erfüllen wir höchste Datenschutz- und Sicherheitsstandards. Somit können wir zeitnahe Entscheidungen treffen und Anträge schneller policieren. Markterfahrungen zeigen, dass die Vorgänge mit Rückfragen dadurch mehr als doppelt so schnell beantwortet werden können wie bisher. Die Qualität der Risikoprüfung bleibt dabei selbstverständlich gleich.

vers.diagnose

Die Dialog setzt auf weiteren Fortschritt in der digitalen Beratung und hat vers.diagnose angebunden. Sie als unser Vertriebspartner profitieren von dieser führenden Online-Plattform zur automatisierten Risikovorabfrage durch die anonyme, zeitsparende und sichere Abklärung der Versicherbarkeit vor Antragsstellung. D.h. die Risikoprüfung über vers.diagnose reduziert Ihren Arbeitsaufwand und steigert Ihre Produktivität

Vorteile der Nutzung von vers.diagnose

- Aufklärung der Kunden bereits im Beratungsgespräch über die Möglichkeiten, zu welchen Konditionen wichtiger biometrischer Schutz zu haben ist.
- Keine zeitversetzten negativen Überraschungen.
- Sofort fertige Risikoprüfungsergebnisse online und automatisiert.
- Votum mit Klauseltexte, Zuschläge, ggf. Ablehnung und Anforderung zusätzlicher Unterlagen.
- Neben echten Risikoprüfungsergebnissen werden die Original-Ausschlussklauseln der Versicherer verarbeitet und selbst Risikozuschläge korrekt in den Beitrag eingerechnet.
- Antragsprozess mit Erstellung des Protokolls, Versorgungsvorschlag und vorbefüllter Antrag.
- Die Nutzung des Tools ist kostenfrei
- Einfache Anmeldung für freie Vermittler über die Vermittlerregisternummer
- Login über vers.diagnose.de oder per Schnittstelle möglich

vers.diagnose

Die online Risikoprüfung

	Schnelle Entscheidungen, Anonym und HIS-frei		QuickCheck: Schnelle Prüfung einzelner Risiken		Code of Conduct kompatibel (Datenschutz wird gewahrt)
--	--	--	--	--	---

Benötigte Unterlagen bei bestimmten Diagnosen und Krankheitsbildern

Bei der Angabe diverser Diagnosen oder Krankheitsbilder benötigen wir detaillierte Auskünfte. Diese Auskünfte können am Besten anhand der von uns zur Verfügung gestellten Zusatzerklärungen (ZE) bei Antragstellung gleich mit eingereicht werden. Dadurch verkürzt sich die Bearbeitungszeit und beschleunigt so den Prozess bis zur abschließenden Entscheidung. Zusatzerklärungen gibt es für folgende Krankheitsbilder:

Allergie, Asthma, Blutgerinnungsstörung, Bluthochdruck, Diabetes, Epilepsie, Erkrankungen der Geschlechtsorgane, Hauterkrankungen, Herz- und Kreislauferkrankungen, Kopfschmerz/Migräne, Lebererkrankungen, Lungen- und Atemwegserkrankungen, Magen-/Darmerkrankungen, Nerven/Gemüt/Psychie, Nieren und Harnwege, Rheuma, Schilddrüsenerkrankungen, Venenerkrankungen, Wirbelsäule.

Ärztliche Untersuchungen

Überschreitet die beantragte BU-Rente eine Untersuchungsgrenze, wird eine ärztliche Untersuchung notwendig.

		Keine Untersuchung (nur Gesundheitsfragen im Antrag)	Ärztliches Zeugnis (Formular A 106) + Standard-Labor (Urinuntersuchung, HIV-Test, HbA1c, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride, GGT, GPT, Kreatinin, Kleines Blutbild)	Zusätzlich: Belastungs-EKG
Eintrittsalter	Bis 50	Bis 30.000 EUR Jahresrente	Ab 30.001 EUR Jahresrente	entfällt
	Ab 51	Bis 24.000 EUR Jahresrente	Ab 24.001 EUR Jahresrente	Ab 48.001 EUR Jahresrente

Abb. 10: Einzureichende ärztliche Zeugnisse je nach Rentenhöhe

Die Untersuchung soll vom Hausarzt durchgeführt werden. Nur falls kein Hausarzt vorhanden ist, kann die Untersuchung von einem anderen Arzt (nach Möglichkeit von einem Internisten) vorgenommen werden. Untersuchungen durch Augen-, Haut-, Nervenärzte, Chirurgen, Orthopäden sowie von Ärzten, die mit der zu untersuchenden Person verwandt oder verschwägert sind, erkennen wir nicht an. Wurden in den letzten 12 Monaten bereits ärztliche Untersuchungen im erforderlichen Umfang vorgenommen, kann gegen Vorlage dieser

Ergebnisse und einer aktuellen Gesundheitserklärung auf dem Antragsformular auf eine Wiederholung der Untersuchung verzichtet werden (wenn medizinisch nichts dagegen spricht). Ein HIV-Test oder außerhalb der Norm liegende Laborwerte sind bereits nach 6 Monaten neu einzureichen. Das Honorar wird zunächst vom zu Untersuchenden bezahlt.

Bei bösartigen Tumoren benötigen wir für eine fundierte Einschätzung grundsätzlich die Histologie (Gewebebefund) und den Befund der letzten Nachsorgeuntersuchung. Bei Laborwerten bitten wir Sie, den zuletzt erhobenen Laborbefund mit einzureichen.

Medical Home Service

Anstelle des Besuches des Hausarztes bieten wir unseren Kunden in geeigneten Fällen an, den Medical Home Service in Anspruch zu nehmen. Bei diesem Service braucht der Kunde keinen Arzt mehr aufzusuchen, sondern erhält nach vorheriger Terminabsprache zu Hause Besuch von examiniertem Pflegepersonal. Nach Unterzeichnung der Schweigepflicht- und Einwilligungserklärung führt das Pflegepersonal das Interview mit dem Kunden und füllt den Fragebogen aus, wobei bei positiven Antworten ergänzende Ausführungen mit aufgenommen werden. Das erspart spätere Rückfragen und beschleunigt die Abwicklung. Darauf folgt die eigentliche Untersuchung, die aus dem Messen der Körpergröße und des Gewichts, einer Blutdruckmessung, Blutabnahme und Urinprobe besteht. Die Unterlagen werden anschließend gleich an uns weitergeleitet.

Wie wird Übergewicht eingeschätzt?

Die Beurteilung, ob ein erhöhtes Körpergewicht Auswirkungen auf die Annahmeentscheidung hat, hängt von einigen Faktoren ab. Wir beurteilen nicht nur nach dem BMI (Body Mass Index), sondern berücksichtigen auch das Eintrittsalter. Dabei beurteilen wir das Übergewicht bei Jüngeren strenger als bei Personen mit einem höheren Eintrittsalter. Die Einschätzung bleibt also immer eine Einzelfallprüfung, dennoch kann man vereinfacht sagen, dass bis zu einem BMI von 30 i.d.R. keine Erschwernis vorliegt. Ab einem BMI von 30 wird ein Zuschlag erhoben. In der Regel gilt: übersteigt der BMI den Wert von 38 ist mit einer Ablehnung oder Rückstellung des Vertrages zu rechnen.

Nicht versicherbare Krankheiten

Ebenfalls zum Schutz der Versichertengemeinschaft der Dialog gibt es Erkrankungen, bei denen in der Regel keine BU-Absicherung angeboten wird:

- Alkoholabhängigkeit
- Aneurysma
- HIV-Infektion/AIDS
- Chorea Huntington (Veitstanz)
- Drogenkonsum
- chronische Hepatitis oder sonstige schwere Lebererkrankungen
- chronische bzw. schwere Nierenerkrankungen, z.B. Zystenniere, Dialyse
- schwere Herzerkrankungen, z.B. Herzinfarkt, Herzinsuffizienz (Herzschwäche), Herzklappenoperation, angeborene Herzfehler, Herzschrittmacher
- Leukämie
- Lupus erythematodes disseminatus (Autoimmunerkrankung)
- Multiple Sklerose
- Suizidversuch
- Rheuma, Polyarthritis
- Schlaganfall
- Morbus Bechterew (Rheumatische Erkrankung)
- Morbus Crohn (Darmerkrankung)

Beispiele bewerteter Erkrankungen

Krankheit	Art der Annahme
Schilddrüsenunter-/überfunktion, symptomlos, keine Operation/ Radiotherapie geplant	normale Annahme
Akute ausgeheilte Gastroenteritis	normale Annahme
Gut eingestellte Hypertonie, max. 2 Medikamente	normale Annahme
Asthma	Bitte ZE Asthma mit einreichen
Frakturen (außer Schädel/Wirbelsäule)	Einzelfallentscheidung
Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus	Ausschlussklausel
Epilepsie	Bitte ZE Epilepsie mit einreichen

Abb.11: Beispiele bewerteter Erkrankungen

4.2.5 Prüfung von speziellen Sport- und Freizeitrisiken

Alle Arten von Freizeitsportarten sind zuschlagsfrei mitversichert, sofern sie in Art und Umfang der Ausübung dem durchschnittlichen Amateurfreizeitsport entsprechen. Für einige besonders gefährliche Sportarten (vor allem Berg-, Flug-, Motor- oder Tauchsport) sind Zuschläge erforderlich. Extrem gefährliche Sportarten können nicht versichert werden.

Sport- und Freizeitrisiken¹³	Annahme
Ballsport	
American Football	50 %
Baseball	normale Annahme
Rugby	50 %
Bergsport	
Klettern, Klettersteigbegehungen, Eisklettern, Skibergsteigen	Bitte ZE Bergsport mit einreichen
Bergwandern, Trekking, Bouldern	normale Annahme
Fitness und Tanz	
Boxaerobic	normale Annahme
Chi-Gong	normale Annahme
Tae Bo	normale Annahme
Tai-Chi	normale Annahme
Extremsport	
Base-Jumping/Bungee-Jumping	Ablehnung
Canyoning (in Europa)	Ausschlussklausel
Paintball	normale Annahme
Flugsport	
Drachenfliegen, Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen (Trainer sind nicht versicherbar)	100 %, alt. Ausschlussklausel
Hubschrauberflug/Motorflug	Bitte ZE Flugrisiko mit einreichen
Segelfliegen/Ultraleichtflug	Bitte ZE Flugrisiko mit einreichen
Kampfsport (ohne Wettkampf)	
Boxen, Taekwondo	50 %
Jiu-Jitsu, Judo, Karate	normale Annahme
Ringen	normale Annahme
Motorsport	
Automotorsport	Ablehnung
Motorradsport	Ablehnung
Pferdesport	
Freizeitreiten/Westernreiten	normale Annahme

¹³ Zuschlagsberechnung erfolgt aus dem Bruttobeitrag

Dressurreiten	
- ohne Wettkämpfe oder Wettkämpfe bis Klasse L	normale Annahme
- mit Wettkämpfen ab Klasse M	50 %
Galopprennen	100 %
Military/Vielseitigkeitsreiten	
- ohne Wettkämpfe oder Wettkämpfe bis Klasse L	100 %
- mit Wettkämpfen ab Klasse M	Ablehnung
Polo	50 %
Rodeoreiten	Ablehnung
Springreiten	
- ohne Wettkämpfe oder Wettkämpfe bis Klasse L	50 %
- mit Wettkämpfen ab Klasse M	100 %
Sonstige Sportarten	
Bogenschießen	normale Annahme
Fechten	normale Annahme
Gewichtheben	
- ohne Wettkämpfe	normale Annahme
- mit Wettkämpfen	50 %
Trampolinspringen (ohne Wettbewerbe)	normale Annahme
Tauchsport	
z.B. Gerätetauchen, Apnoetauchen, Strömungstauchen, Nachttauchen ¹⁴	Bitte ZE Tauchsport mit einreichen
Wassersport	
Jet-Ski (ohne Wettkämpfe)	normale Annahme
Kajak/Kanu (kein Wildwasser)	normale Annahme
Kitesurfen auf Wasser ohne Wettbewerb	50 %
Wasserski	normale Annahme
Wellenreiten	normale Annahme
Wintersport	
Biathlon	normale Annahme
Bobfahren, Skeleton	50 %
Eishockey	50 %
Eiskunstlaufen/Eisschnelllaufen	normale Annahme
Skifahren/Snowboarden	
- ohne Wettkämpfe	normale Annahme
- mit Wettkämpfen	50 %
Skispringen	100 %

Abb. 12: Art der Annahme nach Sport- und Freizeitriskiken

¹⁴ Schnorcheln oder normales Tauchen im Urlaub (bis 50 Meter) wird ohne Zuschlag versichert

4.2.6 Auslandsrisiken

Wir fragen in unseren Antragsfragen speziell nach Auslandsaufenthalten außerhalb Europas, der USA oder Kanadas. Sollten Sie diese Frage mit „ja“ beantworten, bitten wir Sie, uns die in der Angebotssoftware hinterlegte Zusatzerklärung „Auslandsaufenthalt“ ausgefüllt und von der versicherten Person unterschrieben zusammen mit dem Antrag einzureichen.

4.2.7 Ergebnis der Risikoprüfung

Die Risikoprüfung entscheidet darüber, ob der Vertrag gemäß Antragstellung zustande kommen kann. Mögliche Ergebnisse sind:

- Annahme gemäß Antrag
- Annahme mit Risiko-/Beitragszuschlag
Ergibt die Risikoprüfung, dass ein Antrag nicht zu den angebotenen Konditionen angenommen werden kann, prüfen wir in erster Linie, ob durch einen medizinischen Risikozuschlag ein Ausgleich für das erhöhte Risiko geschaffen werden kann. Die Höhe des Zuschlags beträgt in der Regel 25 %, 50 %, 75 % oder 100 % und ist u.a. abhängig von der Art der Medikation, dem Schweregrad der Erkrankung und dem Alter des Versicherten.
- Annahme mit (zeitlich befristeten) Risikoausschluss
Ist ein Risikozuschlag nicht möglich und betrifft die Vorerkrankung einen klar abgrenzbaren Bereich des Körpers, versuchen wir, über einen sinnvollen Leistungsausschluss dem Antragsteller einen Versicherungsschutz anzubieten.
- Ablehnung des Antrages
Unter Umständen ergibt die Risikoprüfung eine Nichtannahme des Antrags, weil das Restrisiko durch die Schwere der Erkrankung als zu hoch eingestuft werden muss.
- Zurückstellung
Eine Zurückstellung kann erfolgen, wenn die Prognose bei gerade erst abgeschlossenen Behandlungen noch unklar ist oder Operationen noch bevorstehen. Die Entscheidung über die Annahme wird erst dann getroffen, wenn absehbar ist, ob das Restrisiko versicherbar ist ggf. mit Zuschlägen oder Ausschlüssen.

4.3 Die Leistungsprüfung

4.3.1 Ablauf der Leistungsprüfung

Die Leistungsprüfung ist in der Regel eine sehr komplexe und aufwendige Angelegenheit, die für Betroffene oft belastend ist. Für den Kunden ist eine faire, schnelle und professionelle Abwicklung daher wichtig. Kundenorientierung durch einen persönlichen Ansprechpartner und eine schnelle Reaktionszeit – dafür steht die Dialog in diesem Prozess. Die Regulierungsdauer

verkürzt sich durch unsere professionellen Prozesse beträchtlich. Die Gesamtdauer der Leistungsfallprüfung liegt in ca. 50 % der Fälle unter 5 Monaten.

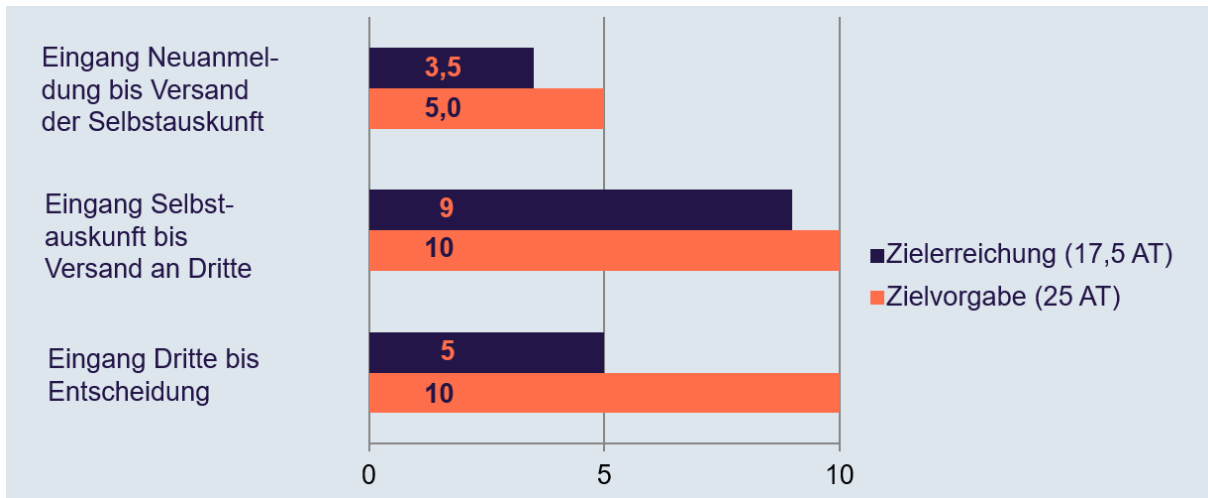


Abb. 13: Interne Bearbeitungsdauern während der Leistungsprüfung in Arbeitstagen (AT)

Mit der Erstmeldung durch den Kunden wird der nachfolgend beschriebene immer gleich laufende Prozess der Leistungsprüfung angestoßen. Sie als Makler werden zu Beginn und bei Abschluss informiert. Auf Verlangen können Sie auch in jeden Prüfungsschritt eingebunden werden.

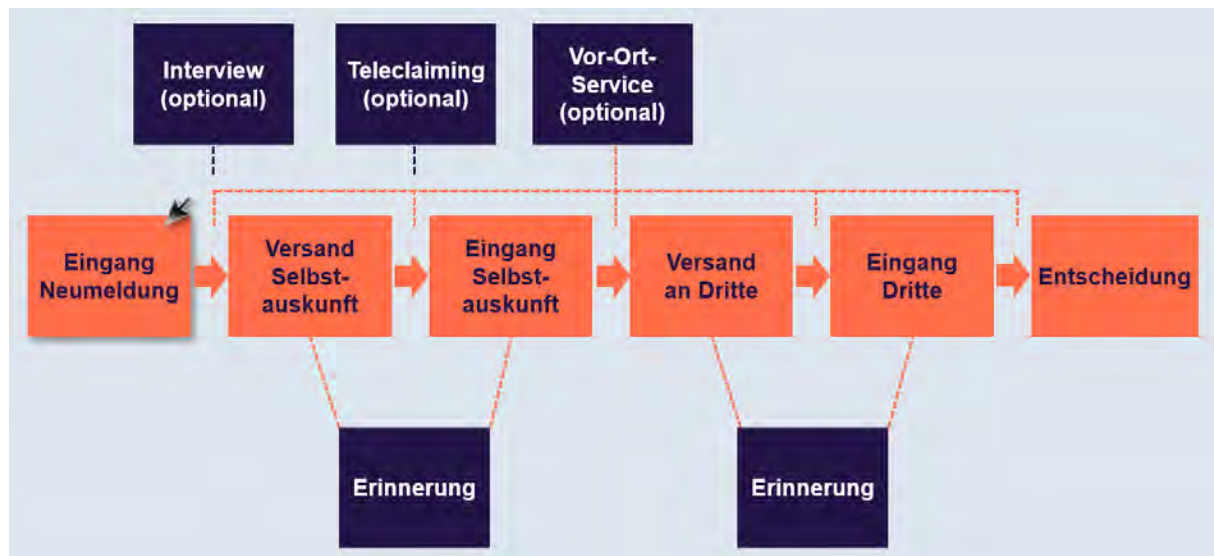


Abb. 14: Ablauf der Leistungsprüfung

- **Eingang Neumeldung**

Die Meldung des Versicherungsfalls sollte umgehend erfolgen, auch wegen der Möglichkeit der Beitragsstundung. Sie kann formlos per Telefon (0821 319-1280), E-Mail (vertrag-leben@dialog-versicherung.de), Brief (Stadtberger Str. 99, 86157 Augsburg) oder über das Internet (<https://www.dialog-versicherung.de/services/services/mitteilungs-center/leistungsmeldung-leben>) erfolgen. Ein Leistungsfall kann durch den Kunden, seinen

Makler oder Dritte gemeldet werden. Im besten Fall werden dabei das Krankheitsbild sowie der zuletzt ausgeübte Beruf mitgeteilt. Kontaktdaten sind ebenfalls von Vorteil. Eine verspätete Meldung des Leistungsfalls hat keinen Einfluss auf die Leistung. Auch bei späterer Meldung leistet die Dialog rückwirkend ab Eintritt der Berufsunfähigkeit.

- **Durchführung von Telefon-Interviews (fakultativ)**

Der Leistungsprüfer, der den Leistungsfall von A bis Z bearbeiten wird, ruft den Kunden an. Durch die frühzeitige Kontaktaufnahme wird eine besondere Vertrauensbasis für die Leistungsprüfung aufgebaut. Der Kunde kennt von Anfang an seinen persönlichen Ansprechpartner. Er kann ihn für alle Anliegen rund um seinen Leistungsfall kontaktieren. Ein weiteres Ziel des Gespräches ist es, durch möglichst viele Informationen einen individualisierten Fragebogen zu erstellen. So ist Verwaltungsaufwand für den Kunden möglichst gering. Zusätzlich kann auf kundenspezifische Themen eingegangen werden. Beispielsweise kann das weitere Vorgehen besprochen werden, insbesondere welche Unterlagen für die Leistungsprüfung erforderlich sind. Das Interview ist nicht obligatorisch. Der Leistungsprüfer meldet sich nur dann, wenn Klärungsbedarf besteht, der Kunde dies wünscht und eine Telefonnummer vorhanden ist. Der Kunde kann das Interview auch aktiv ablehnen.

- **Versand Selbstauskunft**

Der Prüfungsumfang bestimmt sich maßgeblich durch 2 Komponenten: den Wert und das Alter des Vertrages. Der Wert des Vertrages wird durch den sogenannten Rentenbarwert bestimmt. Dieser setzt sich aus der Höhe der Jahresrente, der verbleibenden Vertragsdauer und der Reaktivierungs-/Sterbewahrscheinlichkeit zusammen. Bei Verträgen mit geringem Wert und kurzer Restlaufzeit wird bei schweren Erkrankungen eine sehr vereinfachte Prüfung durchgeführt. Zudem wird bei einem Vertrag, der noch keine 10 Jahre alt ist, eine Prüfung der vorvertraglichen Anzeigepflicht durchgeführt. Besteht der Vertrag 10 Jahre oder länger entfällt diese Prüfung.

Die individuell auf den jeweiligen Kunden zugeschnittenen Formulare für die Selbstauskunft werden innerhalb von 5 Arbeitstagen versandt und beinhalten im Wesentlichen:

- Basisfragen
- Krankheitsbild (Unfall oder Erkrankung)
- Prüfung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (nur bei Vertragslaufzeit < 10 Jahre)
- Beruf
- Belehrungen
- Schweigepflichtentbindungen
- Infoblatt zur Leistungsbearbeitung
- Infoblatt zur Datenerhebung

- **Teleclaiming (fakultativ)**

Das Teleclaiming wird nicht obligatorisch angeboten und erfolgt nur auf Kundenwunsch. Ziel dieser Telefonate ist es, Leistungsanspruchstellern beim Ausfüllen der Selbstauskunft zu helfen. Gleichzeitig kann mit dem Kunden über vorliegende Unterlagen (z.B. ärztliche Berichte, Krankenhausberichte) gesprochen werden.

- **Eingang Selbstauskunft und Versand an Dritte**

Nach Eingang der Selbstauskunft identifiziert der Leistungsprüfer die Informationen, die bei gängigen Instituten detailliert nachgefragt werden müssen z.B.

- versicherte Person selbst
- Arbeitgeber
- Rentenversicherungsträger
- Krankenkasse
- Berufsgenossenschaft
- Versorgungsamt

Zusätzlich muss entschieden werden, welche behandelnden Ärzte, Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen noch um Auskunft gebeten werden. Der Versand aller Anfragen erfolgt aus datenschutzrechtlichen Gründen und im Sinne einer bestmöglichen Transparenz an die versicherte Person. Diese wird gebeten, die Anfragen an das jeweilige Institut weiterzuleiten. Auf Wunsch des Kunden kommt vorliegend der gestufte Dialog zur Anwendung.

Um den Nachweis der Berufsunfähigkeit zu vereinfachen, kann die Dialog – dann allerdings auf eigene Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch eigens beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise und Auskünfte verlangen. Dazu müssen Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Behörden, Krankenkassen und Sozialversicherungsträger ermächtigt werden, auf Verlangen die notwendigen Auskünfte zu erteilen. Die Dialog übernimmt vorher abgestimmte Reise- und Aufenthaltskosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen entstehen. Auf die Erstellung von Gutachten wird weitestgehend verzichtet.

Nach Vorliegen aller Unterlagen erstellt die Dialog ein Berufsprofil mit einer detaillierten Schilderung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Um eine Einschränkung der beruflichen Tätigkeit feststellen zu können, müssen die Ärzte und sonstigen Behandler entsprechend diesem Profil eine Einschätzung abgeben, woraus sich die prozentuale Einschränkung der Berufstätigkeit ergibt.

- **Vor-Ort-Service (fakultativ)**

Der vor-Ort-Service wird beispielsweise zur Schadenaufnahme sowie bei "schwierigen" Berufsbildern (z.B. Selbständige) angeboten. Er dient der Aufklärung von komplexen Sachverhalten und als Unterstützung für den Kunden beim Zusammenstellen von Unterlagen für die Leistungsprüfung. Der Service ist fakultativ, d.h. es steht dem Kunden

frei, dieses Angebot anzunehmen. Der Vor-Ort-Termin findet beim Kunden zuhause oder auf „neutralem“ Boden statt. Er kann eine Person seines Vertrauens mitbringen. Das Leistungsteam der Dialog besteht aus 2 IHK-zertifizierten Außenregulierern und kann je nach Region auf Außenregulierer der Rückversicherer zurückgreifen.

- **Eingang Dritte und Entscheidung**

Eine abschließende Prüfung erfolgt umgehend, wenn alle notwendigen Unterlagen vorliegen. Der zuständige Leistungsprüfer entscheidet je nach Kompetenzen eigenständig oder gemeinsam mit einer zweiten Person. Der Kunde wird vorab telefonisch und schriftlich (per Postweg) über die Entscheidung informiert. Innerhalb von 10 Arbeitstagen erhält der Kunde eine schriftliche Mitteilung mit folgendem Inhalt:

- Mitteilung der Entscheidung über die Leistungspflicht oder
- Anforderung weiterer Unterlagen oder
- Information über die Einleitung weiterer Schritte.

Der Makler erhält ebenfalls eine Information über die abgeschlossene Leistungsprüfung (ohne Details).

- **Regelmäßige Erinnerungen**

Wir erinnern in der Regel alle drei Wochen an die noch ausstehenden Unterlagen.

4.3.2 Ergebnis der Leistungsprüfung

Bei der Leistungsprüfung entscheidet sich, ob bzw. wie ein Versicherer in Leistung geht.

Mögliche Ergebnisse sind:

- Volle unbefristete Leistung
- Ablehnung der Leistung

4.3.3 Fair im Leistungsfall

Teilzeitklausel mit Günstigerprüfung

Bei der Beurteilung einer Berufsunfähigkeit spielt die Anzahl der Stunden, die gearbeitet werden, eine wichtige Rolle. Denn es wird geprüft, ob die versicherte Person zu mindestens 50 % außerstande ist, den vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf fortzuführen. Enthalten die Versicherungsbedingungen keine Teilzeitklausel, gilt dies auch für Teilzeitbeschäftigte. So kann eine Teilzeittätigkeit im Leistungsfall nachteilig sein, denn bei einem Restleistungsvermögen von beispielsweise 3 Stunden täglich wäre man bei einer Teilzeitstelle mit 4 Arbeitsstunden täglich noch nicht berufsunfähig. Bei einer Vollzeitstelle mit 8 Stunden täglich hingegen schon. Ohne die Regelung über eine Teilzeitklausel müssen die

gesundheitlichen Beschwerden bei Teilzeitbeschäftigten also deutlich höher sein, um Leistungen aus der BU-Versicherung zu erhalten.

Die Dialog bietet daher eine Teilzeitklausel mit Günstigerprüfung an: Arbeitet der Versicherte bei Eintritt des Leistungsfalls in Teilzeit, erhält er die vereinbarte Rente, wenn er seine Teilzeittätigkeit nur noch zu weniger als 50 % oder aber zu weniger als 3 Stunden pro Tag ausüben kann (Günstigerprüfung).

Die Dialog bietet eine umfassende Infektionsklausel

Die Infektionsklausel in der Berufsunfähigkeitsversicherung deckt ein Zusatzrisiko ab, welches vor allem Personen im medizinischen Bereich oder in der Pflege betrifft. Hintergrund hierfür ist der § 31 des Bundesinfektionsschutzgesetzes. Hier heißt es: „Die zuständige Behörde kann Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen und Ausscheidern die Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten ganz oder teilweise untersagen. Satz 1 gilt auch für sonstige Personen, die Krankheitserreger so in oder an sich tragen, dass im Einzelfall die Gefahr einer Weiterverbreitung besteht.“ Berufsunfähigkeitsversicherungen ohne Infektionsklausel leisten in einem solchen Fall nicht, denn nach den Versicherungsbedingungen kann die versicherte Person häufig noch arbeiten, darf es jedoch aufgrund des behördlichen Verbotes nur nicht. Bei der Dialog liegt Berufsunfähigkeit auch dann vor, wenn eine gesetzliche Vorschrift oder eine behördliche Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr für andere Personen, ihrer bisherigen Tätigkeit nachzugehen (vollständiges Tätigkeitsverbot). Das vollständige Tätigkeitsverbot muss sich auf einen Zeitraum von mindestens 6 Monate erstrecken. Das Besondere bei der Dialog: es ist nicht nur auf Ärzte beschränkt.

Die Dialog leistet auch dann, wenn

- die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit **kriegerischen Ereignissen oder Unruhen** berufsunfähig wird, an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- die versicherte Person im Rahmen ihrer Tätigkeit für eine humanitäre Hilfsorganisation während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland oder bei einem der folgenden Einsätze der Bundeswehr berufsunfähig wird:
 - **humanitäre Hilfeleistung,**
 - **friedenserhaltende Maßnahme,**
 - **friedenskonsolidierende / friedenssichernde Maßnahme** im Rahmen eines UN- oder NATO-Einsatzes;
- die Berufsunfähigkeit durch **Strahlen** verursacht wird, außer die Strahlen gefährden oder schädigen das Leben oder die Gesundheit von mehr als 1.000 Menschen in so ungewöhnlichem Maße, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder einer vergleichbaren Einrichtung nötig ist.

- die Berufsunfähigkeit durch **ABC-Waffen** oder durch Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht wird, es sei denn, diese Stoffe wurden vorsätzlich eingesetzt.
- die Berufsunfähigkeit durch **Fahrtveranstaltungen mit einem KFZ** verursacht wird, auch wenn es dabei um die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ging.
- es sich um **fahrlässige oder grob fahrlässige Verstöße** handelt.

Unser Versicherungsschutz gilt weltweit.

Wir leben in einer globalisierten Welt und es ist heute keine Seltenheit mehr, dass (nicht nur) Arbeitnehmer aus beruflichen Gründen ihren Wohnsitz vorübergehend ins europäische oder außereuropäische Ausland verlegen. Für in der Bundesrepublik Deutschland abgeschlossene Berufsunfähigkeitsversicherungs-Verträge gilt der Versicherungsschutz weltweit. Hierfür ist auch kein Mehrbeitrag notwendig. Es gibt keine zeitliche Befristung. Selbst wenn der Wohnsitz für längere Zeit ins außereuropäische Ausland verlegt wird, besteht Versicherungsschutz.

Wir stunden die Beiträge bei Leistungsüberprüfung zinslos.

Die Beiträge muss der Kunde grundsätzlich bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht weiterzahlen. Wird die Leistungspflicht anerkannt, erstattet die Dialog die zu viel gezahlten Beiträge. Gerne stundet die Dialog auch auf schriftlichen Antrag die Beiträge zinslos bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht. Bei einer Leistungsablehnung müssen die Beiträge dann zurückgezahlt werden, dies kann auch ratierlich erfolgen. Alternativ kann die versicherte Leistung herabgesetzt oder die gestundeten Beiträge in einem Betrag zurückgezahlt werden.

Die Dialog sieht Schüler, Studenten, Auszubildende sowie Hausfrauen/-männer als Beruf an.

Schüler, Auszubildende und Studenten haben gemeinsam, dass sie noch keinen „echten“ Beruf erlernt bzw. ausgeübt haben. Ein Berufsschutz im eigentlichen Sinne kann deshalb noch gar nicht entstanden sein. Bei den genannten Gruppen sowie bei Hausfrauen/-männer prüft die Dialog wie bei einem „normalen“ Beruf nachfolgender Definition:

Bei Hausfrauen/-männer, Schülern, Studenten oder Auszubildenden liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist,

- ihre im Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben auszuführen,
- am Unterricht an einer allgemeinen Schule in der Primarstufe, Sekundarstufe I oder Sekundarstufe II ohne spezielle Förderung teilzunehmen,
- ihr zuletzt betriebenes Studium, z.B. an einer Universität oder Fachhochschule, fortzusetzen,

- ihre zuletzt betriebene Ausbildung fortzusetzen, so wie es ohne gesundheitliche Beeinträchtigung möglich war, und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Bei Schülern ist eine spezielle Förderung anzunehmen, wenn der Besuch einer Förder-/Sonderschule oder sonderpädagogische Maßnahmen regelmäßig erforderlich sind.

Für Studenten in der zweiten Hälfte der gesetzlich oder gemäß Studienordnung vorgesehenen Studienzeit gilt, sofern diese nicht um mehr als 5 Semester überschritten ist: Bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit berücksichtigen wir zu Gunsten des Studenten die Lebensstellung, die normalerweise mit erfolgreichem Abschluss des Studiums erreicht wird.

Für Auszubildende in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf berücksichtigen wir bei Prüfung der Berufsunfähigkeit zu Gunsten des Auszubildenden den mit der Ausbildung angestrebten Beruf und die damit verbundene Lebensstellung.

Die Dialog verzichtet auch bei einer Nachprüfung der Berufsfähigkeit auf abstrakte Verweisung.

Im Leistungsfall kann der Versicherer von Zeit zu Zeit prüfen, ob aufgrund eines veränderten Gesundheitszustandes überhaupt noch eine Berufsunfähigkeit besteht. Im Sinne der gesamten Versicherungsgemeinschaft ist es wichtig, dass die Versicherungsleistungen nur dann erbracht werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind. Für Ihren Kunden ist es aber wichtig zu wissen, ob im Nachprüfungsverfahren andere Kriterien als bei der Erstprüfung hinzukommen können, z.B. eine abstrakte Verweisung. Die Dialog prüft bei einer Nachprüfung nur die Gesundheitsveränderungen sowie das konkrete Ausüben einer zumutbaren Tätigkeit und verzichtet auf die Prüfung abstrakter Verweisungsmöglichkeiten. Liegt eine Berufsunfähigkeit infolge von Dienstunfähigkeit vor und ist die Dienstunfähigkeit gemäß den Bedingungen entfallen, stellt die Dialog die Leistungen ein.

4.3.4 Leistungsausschlüsse

Absichtliche Selbstverletzung

Bei absichtlicher Selbstverletzung, versuchter Selbsttötung oder absichtlicher Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen. Dies gilt nicht, wenn diese Handlungen nachweisbar in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurden.

Verbrechen und Vergehen

Der Versicherungsschutz ist ausgeschlossen, wenn die Berufsunfähigkeit durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens verursacht ist. Bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen - auch im Straßenverkehr – leistet die Dialog trotzdem.

Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Werden unwahre oder unvollständige Angaben bei Vertragsabschluss gemacht, kann der Versicherungsschutz vollständig oder teilweise für die Zukunft oder rückwirkend entfallen.

Bei der Entscheidung über die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung kommt es maßgeblich auf den Inhalt des Verschwiegenen und auf die Schwere des Verschuldens an. Der Grad des Verschuldens wird wie folgt unterschieden (von schwach nach stark):

Grad des Verschuldens		Unser Recht	Leistung
Einfache Fahrlässigkeit:	Vertragshindernde Umstände	Kündigung (in den ersten 5 Jahren)	Leistungspflicht
	Vertragsändernde Umstände	Ausschlüsse/Zuschläge (in den ersten 5 Jahren)	Leistungspflicht ¹⁵
Grobe Fahrlässigkeit:	Vertragshindernde Umstände	Rücktritt (in den ersten 5 Jahren)	Leistungsablehnung (nur bei Kausalität) ¹⁶
	Vertragsändernde Umstände	Ausschlüsse/Zuschläge (in den ersten 5 Jahren)	Leistungspflicht ¹²
Vorsatz („Absicht“):		Rücktritt (in den ersten 10 Jahren)	Leistungsablehnung (nur bei Kausalität) ¹³
Arglist („Heimtücke“):		Anfechtung (in den ersten 10 Jahren)	Leistungsablehnung ¹³

Abb. 15: Unser Recht bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (vereinfachte Abbildung)

Nachmeldepflicht zum Rauchverhalten

Wird eine versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung Raucher, stellt dies eine Gefahrerhöhung dar. Dieser Umstand verpflichtet die versicherte Person dazu, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern anzuzeigen. Ab dem Zeitpunkt des Verlustes des Nichtraucherstatus werden wir für den Vertrag die Rechnungsgrundlagen zugrunde legen, die für einen Raucher angewendet werden. Hierdurch erhöht sich bei gleich bleibender Jahresrente der Beitrag. Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass statt einer Erhöhung des Beitrags die Jahresrente entsprechend herabgesetzt wird. Kommt der Versicherungsnehmer seiner Anzeigepflicht nicht nach, vermindert sich bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person die Leistung. Die auszuzahlende Jahresrente wird dann unter Zugrundelegung des Rauchertarifs für die jeweilige versicherte Person rückwirkend ab Vertragsbeginn neu berechnet. Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, soweit die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für die Berufsunfähigkeit der versicherten Person war.

¹⁵ Es besteht keine Leistungspflicht, wenn BU aufgrund des ausgeschlossenen Umstandes vorliegt.

¹⁶ Der Kunde hat keinen Anspruch auf Rückerstattung der Beiträge.

4.3.5 Mitwirkungspflichten

Meldepflicht während des Leistungsbezugs

Siehe Kapitel 3.3.2 unter „Meldepflichten im Leistungsfall“

Medizinische Mitwirkungspflicht/Arztanordnungsklausel

Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff einhergehen, sehen wir als nicht zumutbar an. Ihr Kunde ist aber verpflichtet, geeignete Hilfsmittel zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen (medizinische Mitwirkungspflicht). Dabei handelt es sich beispielsweise um das Einhalten einer Diät, das Tragen von Stützstrümpfen oder Prothesen sowie die Verwendung von Seh- und Hörhilfen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind.

5. Unser Service für Sie

Wir liefern lösungsorientierten Service, professionelle Unterstützung und praxisorientierte Weiterbildungsformate für Ihre tägliche Arbeit - kompetent, zielgerichtet und verbindlich.

5.1 Vorgegebene Service-Levels in Betrieb

Telefon



- Teamunabhängig beantwortet jeder Antragsbearbeiter und jeder Bestandsbearbeiter eingehende Anrufe seines Fachgebiets abschließend ohne Weiterverbinden des Anrufers.
- Einfache Anfragen zu Antrags- oder Bestandsvorgängen werden unmittelbar von allen Bearbeitern in Betrieb abschließend beantwortet.

Antrag



- Policing „glatter“ Anträge tagfertig bei Eingang bis 14 Uhr, bei Eingang danach am darauf folgenden Werktag (Schnellschiene).
- Die Erstreaktion auf eingehende Anträge erfolgt innerhalb von maximal 5 Werktagen.
- Postversand: Die Antragsbearbeitung erfolgt ausschließlich über den jeweiligen Abschlussvermittler. Auch von nachfolgender Korrespondenz mit dem Endkunden erhält der Makler eine Kopie (in ca. 90 % aller Fälle per Fax).
- Folgepost zur Antragsbearbeitung wird ebenfalls innerhalb von 5 Werktagen abschließend beantwortet.
- Beantwortung von Risikovorfragen innerhalb von 2 Arbeitstagen.

Bestand und Leistung



- Eingehende Anfragen zu den relevanten Geschäftsvorfällen werden innerhalb von 5 Arbeitstagen beantwortet. Dies gilt auch bei der Leistungsbearbeitung.
- Bei BU-Leistungsanträgen erfolgt zunächst eine telefonische Kontaktaufnahme mit dem Endkunden zur Besprechung der weiteren Schritte.

5.2 Professionelle und kompetente Ansprechpartner

Persönliche Betreuung

Wir begleiten Sie im direkten Dialog vor Ort durch unsere langjährig erfahrenen Maklerbetreuer. Gemeinsam mit Ihnen entwickeln wir die besten Lösungen und eine enge Partnerschaft. Fachkundige Beratung erhalten Sie auch telefonisch.

Vertriebspartnerservice

Wir kümmern uns um Ihre Anliegen rund um Ihre Courtage- und Provisionsabrechnung oder die Bearbeitung von Bestandsübertragungen.

Antragsbearbeitung

Kompetente Betreuung und Regulierung bei Fragen zu Risikoeinschätzung und Underwriting, Policing von Anträgen sowie allen Vertragsangelegenheiten.

Service	Telefon	E-Mail-Adresse
Angebote	0821/319-1220	angebote-leben@dialog-versicherung.de
Risikovorfragen		Bitte wenden Sie sich bei Voranfragen an Ihren persönlichen Makler-Betreuer
Antrag	0821/319-1240	antrag-leben@dialog-versicherung.de
Vertrag & Inkasso	0821/319-1280	vertrag-leben@dialog-versicherung.de
Leistung	0821/319-1144	vertrag-leben@dialog-versicherung.de

Abb. 16: Ansprechpartner mit Kontaktdaten

5.3 Mehrwertorientierte Verkaufsförderung

Dialog mit neuem Look & Feel

Für ein unverwechselbar kraftvolles Erscheinungsbild wurde der Markenauftritt der Dialog komplett überarbeitet. Unser Ziel ist es, dass unsere Marke über alle Kontaktpunkte hinweg mit einer Sprache spricht. Unsere Kommunikation spiegelt dabei in erster Linie unsere Markennwerte wider. Sie ist



- kompetent – wesentlich und fachkundig.
- direkt – auf den Punkt.
- transparent – offen und nachvollziehbar.

Mit einer zielgerichteten Auswahl an Formaten bestimmen Sie Breite und Tiefe Ihres Informationsbedarfes selbst und das 24/7.



Unter www.dialog-versicherung.de/services/drueckstuecke stehen alle Druckstücke und Antragsformulare zum Download bereit.

5.4 Dialog Maklerakademie (DIMAK)

Umfassendes Informations- und Qualifizierungsprogramm



- Seminare, Online-Veranstaltungen, Selbstlernkurse und Videotrainings vermitteln Produktwissen und Soft Skills, inklusive Bildungszeiten.
- Bequem online und live auf Ihrem Bildschirm, um Ihre Beratung noch erfolgreicher zu gestalten.
- Durch die Teilnahme an unserem Kursangebot kommen Sie der Weiterbildungsverpflichtung der IDD nach und sammeln wichtige Stunden für Ihr „gut beraten“-Konto.

Angebot der Dialog Maklerakademie

Online-Veranstaltungen

- Zeitsparendes Onlinetraining, effektiv von Ihrem Schreibtisch aus
- Ideal um die Produkte der Dialog und deren Besonderheiten kennenzulernen

Videos

- 24/7 abrufbar über jedes Medium (Smartphone, Tablet, etc.)
- Komprimierte Produktpräsentationen über Slide Presenter, verständlich und praxisorientiert aufbereitet

GoodHabitZ + Selbstlernkurse

- Onlinebibliothek mit Lernfilmen
- 24/7 abrufbar mit Vertiefung von Produkt- und Fachwissen

Trainings

- Dezentrale Trainings (vor Ort durch DBV)
- Zentrale Präsenztrainings
- Kooperation mit DMA für Präsenztrainings

6. Allgemeine Bedingungen

Bitte beachten: Zum Verbleib beim Kunden

Allgemeine Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (ABsBu-D)

Als **Versicherungsnehmer** sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Informationen, die für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung sind. Dabei bilden die Versicherungsbedingungen die rechtliche Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. In ihnen werden u. a. die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien geregelt sowie die vertraglichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung finden Sie in den separat vorliegenden Steuerinformationen.

Inhaltsverzeichnis

I. Versicherungsschutz und Leistungen	- 2 -
§1 Vorläufiger Versicherungsschutz	- 2 -
§2 Versicherungsbeginn	- 2 -
§3 Versicherungsende	- 2 -
§4 Geltungsbereich	- 2 -
§5 Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen	- 2 -
§6 Versicherungsleistungen	- 5 -
§7 Sonstige Leistungen	- 5 -
§8 Extra versicherbare Optionen	- 6 -
§9 Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse	- 7 -
II. Vertragsflexibilität ohne erneute Gesundheitsprüfung	- 8 -
§10 Wechselgarantie	- 8 -
§11 Nachversicherungsgarantie	- 8 -
§12 Wann reduziert sich der Beitrag bei einem Berufswechsel?	- 9 -
§13 Beitragsreduzierung durch Absenken der Berufsunfähigkeitsrente	- 9 -
§14 Verlängerungsoption bei Erhöhung der Regelaltersgrenze	- 9 -
III. Vertragspflichten	- 9 -
§15 Vorvertragliche Anzeigepflicht	- 9 -
§16 Gesundheitszustand und Rauchverhalten	- 10 -
§17 Mitteilungspflichten	- 11 -
IV. Beitragszahlung und Kosten	- 11 -
§18 Beitragszahlung	- 11 -
§19 Nichtzahlung von Beiträgen	- 11 -
§20 Beitragsstundung in der Leistungsprüfung	- 11 -
§21 Beitragsstundung bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten	- 12 -
§22 Abschluss- und Vertriebskosten	- 12 -
§23 Sonstige Kosten	- 12 -
V. Kündigung und Beitragsfreistellung	- 12 -
§24 Kündigung	- 12 -
§25 Beitragsfreistellung	- 13 -
§26 Beitragsrückzahlung	- 13 -
VI. Eintritt des Versicherungsfalls und Leistungsauszahlungen	- 13 -
§27 Bezugsberechtigter und Bezugsrecht der Versicherungsleistung	- 13 -
§28 Leistungsauszahlung	- 13 -
§29 Bedeutung des Versicherungsscheins	- 14 -
§30 Mitwirkungspflichten	- 14 -
§31 Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht	- 14 -
§32 Erklärung über die Leistungspflicht	- 14 -
§33 Leistungsentscheidung	- 15 -
§34 Nachprüfung der Berufsunfähigkeit	- 15 -
VII. Überschussbeteiligung	- 15 -
§35 Bedeutung von Überschüssen	- 15 -
§36 Beteiligung an Überschüssen	- 15 -
VIII. Sonstige Vertragsbestimmungen	- 16 -
§37 Rechtsanwendung	- 16 -
§38 Gerichtsstand	- 16 -
§39 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	- 16 -
§40 Können die Bruttobeiträge angehoben werden?	- 17 -
IX. Begriffserklärungen	- 18 -

I. Versicherungsschutz und Leistungen

§1 Vorläufiger Versicherungsschutz

Wir gewähren ab Antragseingang [vorläufigen Versicherungsschutz](#), wenn die Voraussetzungen hierfür gemäß den Allgemeinen Bedingungen für den [vorläufigen Versicherungsschutz](#) in der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung (ABVssBu-D) vorliegen.

§2 Versicherungsbeginn

Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem im [Versicherungsschein](#) vereinbarten Zeitpunkt. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. [§ 18](#) und [§ 19](#) dieser Bedingungen).

§3 Versicherungsende

Der Versicherungsvertrag endet mit Tod der versicherten Person oder durch vorzeitige Kündigung (siehe [§ 15 Absatz 2](#) und [§ 24](#) dieser Bedingungen) oder spätestens mit Ablauf der im [Versicherungsschein](#) genannten [Versicherungsdauer](#).

§4 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§5 Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen

Definition der Berufsunfähigkeit

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihren vor Eintritt des [Versicherungsfalles](#) zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben und sie in dieser Zeit auch keine andere vergleichbare, also ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt ([konkrete Verweisung](#)). Als eine in diesem Sinn vergleichbare Tätigkeit wird nur eine solche Tätigkeit angesehen, die etwa gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und in ihrer Vergütung und Wertschätzung der bisherigen Tätigkeit weitestgehend entspricht. Bei der Zumutbarkeit der Einkommensreduzierung berücksichtigen wir die höchstrichterliche Rechtsprechung. Wir nehmen dabei Bezug auf das jährliche Bruttoeinkommen zu gesunden Zeiten. Eine Einkommenseinbuße von mindestens 20 % ist unzumutbar. Sollte die herrschende Rechtsprechung einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, so ist dieser anzuwenden. In einem begründeten Einzelfall kann auch eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein. Bei der Berechnung des jährlichen Bruttoeinkommens werden krankheitsbedingte Einkommensausfälle nicht berücksichtigt.

Wir verzichten auf eine [abstrakte Verweisung](#), prüfen somit nicht, ob irgendeine andere Tätigkeit theoretisch ausgeübt werden könnte.

(2) Ist die [versicherte Person](#) sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 % außerstande gewesen, ihren vor Eintritt des [Versicherungsfalles](#) zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war – auszuüben und hat sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit ausgeübt, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Berufsunfähigkeit. Wir verzichten auf eine [abstrakte Verweisung](#), prüfen somit nicht, ob irgendeine andere Tätigkeit theoretisch ausgeübt werden könnte. Wir dürfen jedoch konkret verweisen gemäß [Absatz 1](#).

Berufsunfähigkeit bei Schüler, Studenten, Auszubildenden, Hausfrauen / Hausmänner

(3) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist,

- als Schüler am Unterricht an einer allgemeinen Schule in der Primarstufe, Sekundarstufe I oder Sekundarstufe II ohne spezielle Förderung teilzunehmen -
- als Student ihr zuletzt betriebenes Studium (z.B. an einer Universität oder Fachhochschule) auszuüben -
- als Auszubildender ihre zuletzt betriebene Ausbildung fortzusetzen -
- als Hausfrau / Hausmann ihre im Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben auszuüben -

so wie es ohne gesundheitliche Beeinträchtigung möglich war - und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt. Wir verzichten auf eine [abstrakte Verweisung](#), prüfen somit nicht, ob irgendeine andere Tätigkeit theoretisch ausgeübt werden könnte. Wir dürfen jedoch konkret verweisen gemäß [Absatz 1](#).

(4) Eine spezielle Förderung bei Schülern ist anzunehmen, wenn der Besuch einer Förderschule/Sonderschule oder einer sonderpädagogischen Maßnahme regelmäßig erforderlich ist.

(5) [Absatz 2](#) gilt sinngemäß auch für Schüler, Studenten, Auszubildende sowie Hausfrauen / Hausmänner.

(6) Für Studenten in der zweiten Hälfte der gesetzlich oder gemäß Studienordnung vorgesehenen Studienzeit gilt, sofern diese nicht um mehr als 5 Semester überschritten ist: Bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit berücksichtigen wir zu Gunsten des Studenten die Lebensstellung, die normalerweise mit erfolgreichem Abschluss des Studiums erreicht wird.

(7) Für Auszubildende in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf berücksichtigen wir bei Prüfung der Berufsunfähigkeit zu Gunsten des Auszubildenden den mit der Ausbildung angestrebten Beruf und die damit verbundene Lebensstellung.

Berufsunfähigkeit bei Ausscheiden aus dem Berufsleben oder einem Tätigkeitsverbot

(8) Berufsunfähigkeit bei Ausscheiden aus dem Berufsleben
Scheidet die [versicherte Person](#) vor Eintritt der Berufsunfähigkeit vorübergehend oder endgültig aus ihrer Erwerbstätigkeit aus, besteht während der restlichen [Versicherungsdauer](#) weiterhin Versicherungsschutz für die zum Zeitpunkt des Ausscheidens ausgeübte berufliche Tätigkeit gemäß [Absatz 1](#) und [Absatz 2](#) und die damit verbundene Lebensstellung. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn der Versicherte in zumutbarer Weise eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die aufgrund der Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Erwerbstätigkeit entspricht. Wir dürfen jedoch konkret verweisen gemäß [Absatz 1](#).

(9) Berufsunfähigkeit bei Tätigkeitsverbot wegen einer Infektion
Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn eine gesetzliche Vorschrift oder eine behördliche Verfügung der versicherten Person verbietet, ihre bisherige berufliche Tätigkeit wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr für andere Personen fortzuführen (vollständiges Tätigkeitsverbot) und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt. Präventiv verhängte Tätigkeitsverbote, bei denen die [versicherte Person](#) nicht selbst infiziert ist, sind hiervon ausgenommen. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen. Wir dürfen konkret verweisen gemäß [Absatz 1](#).

Umorganisation bei Selbständigen

- (10) Sofern bei selbständig Tätigen eine zumutbare Umorganisation des Betriebes möglich ist, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und die [versicherte Person](#) Betriebsinhaber bleibt. Die im Einzelfall zumutbare Einkommenseinbuße bestimmt sich dabei grundsätzlich nach den Maßstäben der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Eine Einkommenseinbuße von 20 % oder mehr bezogen auf das durchschnittliche jährliche Einkommen aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuern der letzten drei Jahre gilt jedoch in jedem Fall als unzumutbar. Sollte die herrschende Rechtsprechung einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, so ist dieser anzuwenden. In einem begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein.

Wir verzichten auf eine Prüfung der Umorganisation, wenn die [versicherte Person](#)

- eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und
- mindestens 90 Prozent der täglichen Arbeitszeit kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt.

Wir verzichten auch auf eine Prüfung der Umorganisation, wenn der zuletzt ausgeübte Beruf der versicherten Person vor Eintritt des [Versicherungsfalles](#) Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker, Rechtsanwalt, Notar, Steuerberater oder Wirtschaftsprüfer war.

Zusätzlich verzichten wir immer auf eine Prüfung der Umorganisation, wenn der Betrieb der versicherten Person weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt.

Berufsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit

- (11) Berufsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall sechs Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos sein wird, dass sie für mindestens eine der in [Absatz 12](#) genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

- (12) Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt; wir leisten bei Vorliegen von mindestens einem Punkt: Die [versicherte Person](#) benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

Aufstehen und Zubettgehen

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder einem Wannennlift – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt oder wenn die [versicherte Person](#) von einer anderen Person gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil

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

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die [versicherte Person](#) bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

- (13) Unabhängig von der Bewertung in [Absatz 12](#) liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die [versicherte Person](#) dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die [versicherte Person](#) der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.
- (14) Ist die [versicherte Person](#) während der Dauer dieser Versicherung sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall so hilflos gewesen, dass sie für mindestens eine der in [Absatz 12](#) genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.
- (15) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.
- (16) Wird die [versicherte Person](#) während der Dauer dieser Versicherung infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. [Absatz 11](#)) berufsunfähig, erbringen wir die vereinbarten Leistungen unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit.

Berufsunfähigkeit aufgrund von bestimmten Krankheiten

- (17) Wir zahlen einmalig während der Dauer dieser Versicherung die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente für längstens 15 Monate, wenn die [versicherte Person](#) für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen an einer der nachfolgend genannten Krankheiten leidet oder sie sechs Monate ununterbrochen daran litt.

Folgende Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen sind versichert:

a) Schwerer Herzinfarkt

Versichert ist, wenn bei der versicherten Person ein Herzinfarkt aufgetreten ist. Dabei stirbt ein Teil des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel ab (Myokardinfarkt).

Ein Facharzt für Kardiologie muss einen Myokardinfarkt nachweisen durch:

- Einen hierfür charakteristischen Anstieg herzspezifischer Enzyme (zum Beispiel Troponine),
- Feststellung neuer, charakteristischer Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG) oder durch andere, neue charakteristische Befunde in der diagnostischen Bildgebung und
- eine, über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten anhaltende Schwäche der Herzleistung. Diese führt zu einer reduzierten Auswurfleistung der linken Herzkammer von weniger als 35 % (EF < 35 %).

Keine Auslöser für die Leistung sind

- andere akute Koronarsyndrome und
- Angina Pectoris.

b) Schlaganfall mit neurologischen Einschränkungen

Versichert ist, wenn ein Neurologe bei der versicherten Person einen Schlaganfall festgestellt hat.

Durch den Schlaganfall muss eines der folgenden Symptome über mindestens sechs Monate ununterbrochen vorgelegen haben:

- Halbseitige Lähmungen (Hemiplegie/Hemiparese)
- Sprachverlust
- Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten).

Außerdem gilt folgendes: Ein Arzt kann die Symptome der versicherten Person nach aktuellem medizinischem Wissensstand nicht beheben und die Symptome bleiben voraussichtlich auf Dauer.

c) Eingeschränkte Lungenfunktion

Ein Arzt für Lungenkrankheiten hat bei der versicherten Person eine schwere Lungenerkrankung festgestellt. Diese führt zu einer chronischen respiratorischen Insuffizienz. Zusätzlich müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Es ist eine ununterbrochene Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie erforderlich,
- Das forcierte expiratorische Volumen (FEV1) beträgt nach dem Tiffeneau-Test dauerhaft weniger als ein Liter,
- Es besteht Atemnot im Ruhezustand (Ruhedyspnoe) und
- Eine arterielle Blutgasanalyse hat einen partiellen Sauerstoffdruck von 55 mm Hg oder weniger ergeben ($PaO_2 \leq 55$ mm Hg).

d) Eingeschränkte Leberfunktion

Ein Internist hat bei der versicherten Person eine Lebererkrankung oder Leberzirrhose im Endstadium festgestellt.

Es müssen dabei mindestens zwei der folgenden Krankheitsbilder vorliegen:

- Leber-Hirn-Störung (Hepatische Enzephalopathie),
- Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle (Aszites),
- Permanente Gelbsucht,
- Krampfadern (Varizen) in der Speiseröhre oder im Magen.

e) Koma

Die [versicherte Person](#) ist in ein voll ausgeprägtes Koma gefallen unter dauerndem Einsatz von lebenserhaltenden Systemen. Bei dieser quantitativen Bewusstseinsstörung kann die [versicherte Person](#) auch durch starke äußere Stimuli, wie wiederholte Schmerzreize, nicht geweckt werden. Die Diagnose wurde durch einen Arzt für Neurologie/ Psychiatrie gestellt. Ein ärztlich verordnetes künstliches Koma ist ausgeschlossen.

- (18) Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund bestimmter Krankheit gemäß [Absatz 17](#) und wegen Berufsunfähigkeit aus einem anderen Grund im Sinne dieser Bedingungen ist ausgeschlossen. Ist die [versicherte Person](#) wegen einer der in [Absatz 17](#) genannten Krankheiten gleichzeitig berufsunfähig aus einem anderen Grund im Sinne dieser Bedingungen oder wird sie während oder nach dem Bezug von Leistungen nach [Absatz 17](#) berufsunfähig aus einem anderen Grund, so zahlen wir eine unbefristete Berufsunfähigkeitsrente im Sinne von [§ 33](#) dieser Bedingungen. Außerdem besteht dann Anspruch auf sämtliche versicherte Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, sofern die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Berufsunfähigkeit aufgrund voller Erwerbsminderung

(19) Berufsunfähigkeit aufgrund voller Erwerbsminderung liegt vor, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die [versicherte Person](#) erhält eine unbefristete volle Rente von der Deutschen Rentenversicherung. Diese Rente erhält die [versicherte Person](#) wegen voller Erwerbsminderung ausschließlich aus medizinischen Gründen. Dabei legen wir den Begriff der vollen Erwerbsminderung nach § 43 Absatz 2 SGB (Sozialgesetzbuch) VI in der Fassung vom 20.05.2020 zugrunde.
- Die [versicherte Person](#) hat das 55. Lebensjahr vollendet.

(20) Die [versicherte Person](#) muss uns auf Verlangen nachweisen, dass ausschließlich ein medizinischer Grund vorliegt.

(21) Wir dürfen konkret verweisen gemäß [Absatz 1](#).

(22) Enthält Ihr Vertrag medizinische Ausschlüsse, leisten wir nicht bei Berufsunfähigkeit aufgrund voller Erwerbsminderung.

Teilzeitklausel

(23) Übt die [versicherte Person](#) zum Zeitpunkt des Eintritts des Leistungsfalls ihre berufliche Tätigkeit zeitlich eingeschränkt aus – Tätigkeit in Teilzeit – erfolgt eine Günstigerprüfung wie folgt:

- Es wird zunächst geprüft, ob die [versicherte Person](#) im Sinne des [Absatz 1](#) bezogen auf ihre Tätigkeit in Teilzeit berufsunfähig ist. Ist dies der Fall, erhält die [versicherte Person](#) die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.
- Andernfalls wird zugunsten der [versicherten Person](#) zusätzlich geprüft, ob sie diese Tätigkeit in Teilzeit noch 3 Stunden oder mehr pro Arbeitstag ausüben könnte. Ist dies nicht der Fall, so erhält die [versicherte Person](#) ebenso die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.

(24) Wir dürfen konkret verweisen gemäß [Absatz 1](#).

Berufsunfähigkeit aufgrund Dienstunfähigkeit

(25) Berufsunfähigkeit aufgrund Dienstunfähigkeit liegt vor, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die [versicherte Person](#) wird als Beamter/-in wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt und scheidet somit aus dem aktiven Beamtenverhältnis aus.
- Die [versicherte Person](#) erhält fortlaufend Ruhegehalt wegen Dienstunfähigkeit nach dem Beamtenversorgungsgesetz. Dabei ist es unerheblich, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt.

- (26) Berufsunfähigkeit aufgrund Dienstunfähigkeit liegt auch vor, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die [versicherte Person](#) wird als Beamter/-in wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit entlassen, das Beamtenverhältnis wird also beendet.
 - Die zur Entlassung wegen Dienstunfähigkeit führenden Erkrankungen der [versicherten Person](#) bestehen unverändert fort oder schreiten weiter fort.
 - Die [versicherte Person](#) übt keine andere Tätigkeit aus, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Wir dürfen somit konkret verweisen gemäß [Absatz 1](#)
- (27) Die Regelungen zur Berufsunfähigkeit wegen Dienstunfähigkeit gelten entsprechend für Richter und Kirchenbeamte.

§6 Versicherungsleistungen

(1) Leistung bei Berufsunfähigkeit

Die folgenden Leistungen erbringen wir, wenn die [versicherte Person](#) während der Dauer dieser Versicherung berufsunfähig im Sinne von [§ 5](#) dieser Bedingungen wird:

- Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.
- Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

(2) Leistungszeitpunkt

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung, Rente und eventueller einmaliger Leistung aufgrund einer Berufsunfähigkeit im Sinne des [§ 5](#) dieser Bedingungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

(3) Leistungszeitpunkt bei Vereinbarung einer Karenzzeit

- Bei Vereinbarung einer Karenzzeit entsteht der Anspruch auf Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht erst mit Ablauf der Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit im Sinne des [§ 5](#) dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Die Bestimmungen gemäß [§ 34](#) dieser Bedingungen finden auch bis zum Ablauf der Karenzzeit sinngemäß Anwendung.
- Die Karenzzeit greift nicht, sofern es sich um eine Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit im Sinne des [§ 8 Absatz 1](#) dieser Bedingungen handelt.
- Die Karenzzeit beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.
- Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

(4) Leistung aus Überschüssen

Außer den im [Versicherungsschein](#) ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie gegebenenfalls weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe [§ 35](#) und [§ 36](#) dieser Bedingungen).

(5) Leistungsende

Der Anspruch auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung erlischt, wenn die [versicherte Person](#) nicht mehr berufsunfähig im Sinne des [§ 5](#) dieser Bedingungen ist, die [versicherte Person](#) stirbt oder die vertragliche [Leistungsdauer](#) endet.

§7 Sonstige Leistungen

Wir erbringen die folgenden sonstigen Leistungen, wenn die jeweiligen Voraussetzungen vorliegen:

(1) Wiedereingliederungshilfe

Endet der Anspruch auf Rente, weil Berufsfähigkeit wieder gegeben ist, haben Sie Anspruch auf eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 12 Monatsrenten, insgesamt höchstens jedoch 12.000 Euro, sofern die Berufsunfähigkeit 3 Jahre ununterbrochen ange dauert hat und die restliche vertraglich vereinbarte [Leistungsdauer](#) noch mindestens 5 Jahre beträgt.

Tritt innerhalb eines Jahres nach einer beendeten Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit, gleich aus welcher Ursache ein, entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe rückwirkend. Eine bereits gezahlte Wiedereingliederungshilfe wird mit den dann fälligen Renten verrechnet. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer der Berufsunfähigkeitsversicherung mehrfach in Anspruch genommen werden.

(2) Beitragsübernahme

Nach Ablauf der ersten fünf [Versicherungsjahre](#) kann der [Versicherungsnehmer](#) einmalig mit einer Frist von einem Monat verlangen, ab der nächsten [Versicherungsperiode](#) bei vollem Versicherungsschutz für sechs Monate von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Nach Ablauf der sechs Monaten lebt die Beitragszahlungspflicht automatisch wieder auf.

(3) Überbrückungshilfe bei einem Anspruch auf Zahlung von Krankengeld gegen einen gesetzlichen Krankenversicherer

Besitzt die [versicherte Person](#) einen Anspruch auf Zahlung von Krankengeld gegen einen gesetzlichen Krankenversicherer, gewähren wir auf Ihren entsprechenden Antrag in [Textform](#) als Überbrückungshilfe die versicherte Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung ab dem Zeitpunkt, zu dem die Krankengeldzahlungen des gesetzlichen Krankenversicherers entfallen, weil die [versicherte Person](#) eine Rente wegen voller Erwerbsminderung von der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht, bis zum auf den Abschluss unserer Leistungsprüfung folgenden Monatsersten, längstens aber für die Dauer von sechs Monaten. Die Überbrückungshilfe kann während der [Versicherungsdauer](#) nur einmal in Anspruch genommen werden und nur dann, wenn nicht bereits Berufsunfähigkeitsleistungen gemäß [§ 6 Absatz 1](#) dieser Bedingungen oder Leistungen aus der Option Dread Disease erbracht werden. Zum Nachweis genügt die Mitteilung des gesetzlichen Krankenversicherers über die Leistungseinstellung; geht uns diese Mitteilung erst zu einem nach der Leistungseinstellung des gesetzlichen Krankenversicherers liegenden Zeitpunkt zu, wird die Überbrückungshilfe mit Beginn des Monats, in dem uns die Mitteilung zugeht, erbracht. Führt unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmungen vorliegt, verzichten wir auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Überbrückungshilfe, wenn die [versicherte Person](#) bis zum Abschluss unserer Leistungsprüfung nicht erneut Krankengeld von seinem gesetzlichen Krankenversicherer bezieht oder noch beziehen wird. Die Zahlung einer Überbrückungshilfe hat keinen Einfluss auf unsere Rechte aufgrund einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

(4) Überbrückungshilfe bei einem Anspruch auf Zahlung von Krankentagegeld gegen einen privaten Krankenversicherer

Besitzt die [versicherte Person](#) einen Anspruch auf Zahlung von Krankentagegeld gegen einen privaten Krankenversicherer, gewähren wir auf Ihren entsprechenden Antrag in [Textform](#) als Überbrückungshilfe die versicherte Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung ab dem Zeitpunkt, zu dem die Krankentagegeldzahlungen des Krankenversicherers entfallen, weil aus medizinischen Gründen eine Berufsunfähigkeit im

Sinne der Krankenversicherung vorliegt, bis zum auf den Abschluss unserer Leistungsprüfung folgenden Monatsersten, längstens aber für die Dauer von sechs Monaten. Die Überbrückungshilfe kann während der [Versicherungsdauer](#) nur einmal in Anspruch genommen werden und nur dann, wenn nicht bereits Berufsunfähigkeitsleistungen gemäß [§ 6 Absatz 1](#) dieser Bedingungen oder Leistungen aus der Option Dread Disease erbracht werden. Zum Nachweis genügt die Mitteilung des Krankenversicherers über die Leistungseinstellung; geht uns diese Mitteilung erst zu einem nach der Leistungseinstellung des Krankenversicherers liegenden Zeitpunkt zu, wird die Überbrückungshilfe mit Beginn des Monats, in dem uns die Mitteilung zuzug, erbracht. Führt unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmungen vorliegt, verzichten wir auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Überbrückungshilfe, wenn die [versicherte Person](#) bis zum Abschluss unserer Leistungsprüfung nicht erneut Krankentagegeld von seinem Krankenversicherer bezieht oder noch beziehen wird. Die Zahlung einer Überbrückungshilfe hat keinen Einfluss auf unsere Rechte aufgrund einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

(5) Umorganisationshilfe

Kann eine Berufsunfähigkeit durch zumutbare Umorganisation abgewendet werden (vergleiche [§ 5 Absatz 8](#) dieser Bedingungen), erbringen wir eine einmalige Umorganisationshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten, maximal 12.000 Euro. Ein Anspruch besteht nur, sofern die Umorganisationsmaßnahme auch tatsächlich durchgeführt wird. Tritt innerhalb von 12 Monaten nach Gewährung unserer Umorganisationshilfe Berufsunfähigkeit im Sinne [§ 5](#) dieser Bedingungen bei der versicherten Person ein, so wird die von uns geleistete Umorganisationshilfe mit den dann fälligen Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet.

(6) Unterstützung bei Fragen zum Vertrag

Während der gesamten Dauer Ihres Vertrags beraten und unterstützen wir Sie auf Wunsch gerne. Wir geben Auskünfte zu Ihrem Versicherungsschutz allgemein und wenn Sie Leistungen beanspruchen. Wir erläutern Ihnen zum Beispiel, welche Bedingungen Sie erfüllen müssen, um Leistungen zu erhalten.

Außerdem unterstützen wir Sie, wenn Sie Fragen dazu haben:

- Wie und wann wir die Leistungen prüfen,
- wie Sie die bisherige berufliche Tätigkeit beschreiben können,
- welche Unterlagen Sie einreichen müssen, um die gesundheitliche Beeinträchtigung nachzuweisen,
- welche Ansprechpartner geeignet sind, um Maßnahmen für die medizinische und berufliche Rehabilitation zu ergreifen,
- welche Bedingungen erfüllt sein müssen, um Leistungen zu erhalten,
- welche Möglichkeiten grundsätzlich zur beruflichen Wiedereingliederung bestehen,
- wie Selbständige ihren Betrieb grundsätzlich umorganisieren können.

(7) Rehabilitationshilfe

Nimmt die [versicherte Person](#) auf eigenen Wunsch und eigene Kosten Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch, die geeignet sind zu einer Minderung oder einem Wegfall der Berufsunfähigkeit zu führen, so beteiligen wir uns an den entstandenen Kosten (Rehabilitationshilfe). Bei der Wahl des Dienstleiters unterliegen Sie keinen Einschränkungen, sofern die Rehabilitationsmaßnahmen geeignet sind, zu einer Minderung oder dem Wegfall der Berufsunfähigkeit beizutragen. Innerhalb von zwölf Monaten, nachdem Ihnen die Kosten entstanden sind, sind uns geeignete Nachweise hierfür zusammen mit einem in [Textform](#) gestellten Antrag vorzulegen. Die Rehabilitationshilfe ist insgesamt auf 2.000 Euro begrenzt.

§8 Extra versicherbare Optionen

(1) Option Arbeitsunfähigkeit (AU-Option)

Bei Einschluss dieser Option erbringen wir die folgenden Leistungen, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung berufsunfähig aufgrund von Arbeitsunfähigkeit wird:

- Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.
- Zahlung einer Rente in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus für maximal 24 Monate.

Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit bereits mindestens 4 Monate ununterbrochen bestanden hat und ein auf die zugrunde liegende Erkrankung spezialisierter Facharzt bescheinigt, dass die versicherte Person voraussichtlich mindestens 2 weitere Monate ununterbrochen arbeitsunfähig sein wird.

Sofern die Arbeitsunfähigkeit bereits mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden hat, genügt es, wenn die Krankmeldungen von einem auf die zugrunde liegende Erkrankung spezialisierten Facharzt ausgestellt oder bestätigt worden sind. Die ärztlichen Bescheinigungen für die Arbeitsunfähigkeit müssen dabei der Formvorschrift des § 5 Entgeltfortzahlungsgesetzes (EntgFG) genügen. Für privat Krankenversicherte gelten entsprechend die Vorschriften für die Geltendmachung von Krankentagegeld bei der privaten Krankenversicherung. Enthält der Vertrag einen Risikoabschluss, so gilt dieser auch für die AU-Option. Aus den Bescheinigungen muss deswegen erkennbar sein, dass der Grund für die Arbeitsunfähigkeit nicht ausgeschlossen ist.

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

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit erbringen wir nicht mehr, wenn

- die versicherte Person nicht mehr ununterbrochen berufsunfähig aufgrund Arbeitsunfähigkeit ist,
- die vereinbarte Leistungsdauer abgelaufen ist,
- wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus einem anderen Grund als Arbeitsunfähigkeit erbringen,
- die versicherte Person gestorben ist.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit erbringen wir aus diesem Vertrag für maximal 24 Monate. Zeiträume, für die bereits solche Leistungen erbracht wurden, werden auf diesen maximalen 24-monatigen Leistungszeitraum angerechnet.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit werden jeweils befristet für den Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit vorgelegt werden. Dabei akzeptieren wir Bescheinigungen bis zu 2 Monaten in die Zukunft.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente aufgrund von Arbeitsunfähigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die ununterbrochene Krankenschreibung beginnt. Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.

Wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit beantragen, müssen Sie nicht gleichzeitig Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gemäß [§ 5](#) dieser Bedingungen beantragen. Wir sind allerdings berechtigt, eine Prüfung wegen Berufsunfähigkeit nach [§ 5](#) dieser Bedingungen durchzuführen.

Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus einem anderen Grund als Arbeitsunfähigkeit erbringen, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit gemäß [§ 5](#) dieser Bedingungen ist ausgeschlossen.

Wenn Berufsunfähigkeit gemäß § 5 dieser Bedingungen vorliegt, werden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit mit den in diesem Zeitraum bereits vorher erbrachten Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit verrechnet. Auf den maximalen 24-monatigen Leistungszeitraum wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit werden dann diese Zeiträume, für die ursprünglich Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, nicht angerechnet. Bei einer erneuten Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit können deshalb für diese Zeiträume erneut Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit in Anspruch genommen werden.

Ist die [versicherte Person](#) berufsunfähig aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, so richtet sich die Frage, ob die [versicherte Person](#) auch berufsunfähig im Sinne von § 5 dieser Bedingungen ist, nach den dort genannten Voraussetzungen. Dies gilt auch dann, wenn die Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit bereits länger als 6 Monate bestanden hat.

(2) Option Dread Disease

Bei Einschluss dieser Option erbringen wir ohne weitere Prüfung einer Berufsunfähigkeit die vereinbarte einmalige Kapitalleistung, wenn eine der in den Bedingungen für die Dread Disease beschriebenen Erkrankungen mit den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegt. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte den Bedingungen für die Option Dread Disease (BDDo-D).

(3) Pflegerentenoption

Bei Einschluss der Pflegerentenoption haben Sie zum Ablauf der [Versicherungsdauer](#) der Berufsunfähigkeitsversicherung das Recht, bei der Dialog Lebensversicherungs-AG nach Maßgabe eines zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarifs eine selbständige Pflegerentenversicherung gegen Einmalbeitrag ohne Gesundheitsprüfung in der vereinbarten Höhe abzuschließen. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte den Bedingungen für die Pflegerentenoption (BPfo).

(4) Option Zusatzzahlung

Bei Einschluss dieser Option wird bei einer erstmalig unbefristet anerkannten Berufsunfähigkeit im Sinne des § 5 dieser Bedingungen eine einmalige Zusatzzahlung in Höhe von 12 Monatsrenten erbracht. In den letzten vier Jahren der [Versicherungsdauer](#) wird eine reduzierte Zusatzzahlung geleistet. Sie beträgt im viertletzten Jahr der [Versicherungsdauer](#) 80 %, im drittletzten Jahr 60 %, im vorletzten Jahr 40 % und im letzten Jahr 20 % der vereinbarten Zusatzleistung.

(5) Option Verzicht auf die Anwendung des § 163 VVG

Grundsätzlich können wir unsere Bruttobeiträge unter bestimmten Voraussetzungen erhöhen (siehe § 40 dieser Bedingungen). Bei Einschluss dieser Option verzichten wir auf unser nach § 163 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) unter bestimmten Voraussetzungen bestehendes Recht, bei einer Zunahme unseres Leistungsbedarfs gegenüber den zugrunde gelegten technischen Berechnungsgrundlagen die Beiträge auch für bestehende Versicherungen zu erhöhen.

(6) Option Rentendynamik im Leistungsfall

Bei Einschluss dieser Option erhöht sich während der Dauer der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 5 dieser Bedingungen die garantierte versicherte Berufsunfähigkeitsrente (ohne Berücksichtigung der jeweils festgelegten Überschussanteilsätze) um den jeweils vereinbarten Prozentsatz. Die Erhöhung erfolgt jährlich jeweils zum Beginn des neuen [Versicherungsjahres](#). Bei Vereinbarung einer Karenzzeit erfolgt die erste Erhöhung mit Ablauf der Karenzzeit zu Beginn des nächsten [Versicherungsjahres](#), sofern zu diesem Zeitpunkt eine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 5 dieser Bedingungen gegeben ist. Die Dynamisierung der Berufsunfähigkeitsrente endet mit Ablauf der vereinbarten [Leistungsdauer](#). Ist Berufsunfähigkeit wieder gegeben, wird die Berufsunfähigkeitsrente wieder auf die Höhe vor Leistungseintritt reduziert. Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache erneut Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so werden bereits erhaltene Leistungsdynamiken berücksichtigt.

Bei einer gegebenenfalls eingeschlossenen Dread Disease Option bzw. Pflegerentenoption wird im Berufsunfähigkeitsfall die Höhe der Dread Disease Einmalleistung bzw. die Rentenhöhe der Pflegerentenoption nicht dynamisiert.

§9 Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist. Die Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse werden in diesem Paragraphen beschrieben.

(1) Bei Unruhen, Krieg oder Strahlen

a) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die Berufsunfähigkeit in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen verursacht ist, sofern die [versicherte Person](#) auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Wir leisten jedoch, wenn die [versicherte Person](#) während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen berufsunfähig wird, an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Außerdem leisten wir, wenn die [versicherte Person](#) im Rahmen ihrer Tätigkeit für eine humanitäre Hilfsorganisation während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland oder bei einem der folgenden Einsätze der Bundeswehr berufsunfähig wird:

- humanitäre Hilfeleistung
- friedenserhaltende Maßnahme
- friedenskonsolidierende / friedenssichernde Maßnahme im Rahmen eines UN- oder NATO-Einsatzes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

b) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir außerdem nicht, wenn die Berufsunfähigkeit durch Strahlen infolge Kernenergie verursacht wurde, die das Leben oder die Gesundheit von mehr als 1.000 Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde.

(2) Bei Straftat oder Absicht

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die [versicherte Person](#); Bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen - auch im Straßenverkehr - leisten wir trotzdem; wir leisten auch bei Vergehen im Straßenverkehr, bei denen bei der versicherten Person eine Blutalkoholkonzentration von unter 1,1 Promille festgestellt wurde.
- b) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

- c) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als [Versicherungsnehmer](#) vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.

(3) Bei Sanktionen und Embargos

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

II. Vertragsflexibilität ohne erneute Gesundheitsprüfung

§10 Wechselgarantie

Ein Wechsel von der SBU-solution® in die SBU-professional ist während der Laufzeit des Vertrages jederzeit durch entsprechenden Antrag in [Textform](#) zum Jahrestag des Versicherungsbeginns möglich. Der Antrag muss vor dem jeweiligen Jahrestag des Versicherungsbeginns bei uns eingegangen sein. Der Wechsel erfolgt ohne erneute [Risikoprüfung](#), wenn die [Versicherungsdauer](#), die [Leistungsdauer](#) und die Berufsunfähigkeitsrente nicht erhöht werden, sowie keine zusätzlichen Optionen gewählt werden. Der Wechsel erfolgt innerhalb der abgeschlossenen Tarifgeneration. Eine Überprüfung der versicherten Berufsgruppe wird nicht vorgenommen. Die Möglichkeit der Besserstufung für Schüler und Studenten gemäß [§ 12](#) dieser Bedingungen bleibt hiervon unberührt.

Ein Wechsel von der SBU-solution® in die SBU-professional Vitality ist nicht möglich, da die SBU-solution® nicht in Verbindung mit Generali Vitality angeboten wird.

§11 Nachversicherungsgarantie

- (1) Bei Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung haben Sie bei Eintritt der nachfolgend genannten Ereignisse betreffend die [versicherte Person](#) während der [Versicherungsdauer](#) das Recht, gegen entsprechende Beitragszahlung eine Erhöhung der vereinbarten Versicherungsleistung ohne erneute [Risikoprüfung](#), ausgenommen finanzielle Angemessenheitsprüfung, zu verlangen (Nachversicherung). Die Erhöhung des Versicherungsschutzes wird mit der ausstehenden Restversicherungsdauer der ursprünglichen Versicherung nach dem für Ihren Vertrag vereinbarten Tarif abgeschlossen. Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz berechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten tatsächlichen Alter der [versicherten Person](#), dem bei uns für die Beitragskalkulation hinterlegtem Beruf, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag (Risikozuschlag). Bereits vor dem Änderungszeitpunkt individuell vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Nachversicherung. Die Nachversicherung für die Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie beantragen nach

- Eheschließung,
- Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Geburt eines Kindes,
- Adoption eines Kindes,
- Tod des Lebenspartners,
- Erreichen der Volljährigkeit,
- Aufnahme eines Immobilienkredits,
- Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Wohn- oder Gewerbeimmobilie,
- erfolgreichem Schulabschluss und Beginn einer Ausbildung oder Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit,
- erfolgreicher Beendigung eines Studiums an einer staatlich anerkannten Hoch-/Fachhochschule oder einer Berufsausbildung mit Lehrbrief und Aufnahme der entsprechenden beruflichen Tätigkeit,
- Gehaltssteigerung bei Nichtselbständigen, wenn aus nichtselbständiger Tätigkeit für mindestens sechs Monate eine Erhöhung des monatlichen Bruttogrundgehalts um mindestens 10 % gegenüber dem Durchschnittsbruttogrundgehalt der letzten 12 Monate erreicht wird,
- erstmalige Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (als Hauptberuf),
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Ablegen der Meisterprüfung,
- Ausscheiden als selbständiger Handwerker aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 % für selbständige Versicherte.

Unabhängig von einem der zuvor genannten Ereignisse haben Sie das Recht, eine Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute [Risikoprüfung](#), ausgenommen finanzielle Angemessenheitsprüfung, innerhalb der ersten 5 Jahre nach Vertragsbeginn zu beantragen (ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie).

- (2) Die Nachversicherungsgarantien sind jeweils an folgende Bedingungen gebunden:
- Die Erhöhung muss innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der genannten Ereignisse in Textform beantragt werden. Dabei müssen das Ereignis und dessen Datum genannt werden. Geeignete Unterlagen zum Nachweis fordern wir im Einzelfall an.
 - Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente darf insgesamt um maximal 100 % der anfänglichen versicherten Berufsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch auf maximal 42.000 Euro jährliche Berufsunfähigkeitsrente angehoben werden.
 - Die gesamte versicherte Berufsunfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater, gesetzlicher und betrieblicher Anwartschaften beträgt dann nicht mehr als 60 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person bzw. nicht mehr als 30 % der letzten jährlichen Bruttobezüge bei Beamten und Richtern. Dies ist in geeigneter Form nachzuweisen. Bei Einschluss einer Dynamik umfasst diese finanzielle Angemessenheitsprüfung auch eine Überprüfung der Höhe des vereinbarten Dynamiksatzes. Dies kann im Einzelfall zu einer Kürzung des Dynamiksatzes auf bis zu 2 % führen.
- (3) Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute [Risikoprüfung](#), ausgenommen finanzielle Angemessenheitsprüfung, gemäß [Absatz 1](#) und [Absatz 2](#) besteht nicht oder erlischt, wenn
- die [versicherte Person](#) älter als 50 Jahre ist oder
 - vor Ausübung des Nachversicherungsrechts bereits Leistungen wegen Dread Disease, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person aus diesem Vertrag oder anderen Verträgen bei unserer Gesellschaft beantragt oder ein Anspruch auf Leistungen entstanden ist.

§12 Wann reduziert sich der Beitrag bei einem Berufswechsel?

- (1) Die Höhe des zu zahlenden Beitrags ist auch abhängig von dem bei Abschluss des Vertrags ausgeübten Beruf der [versicherten Person](#). Wenn die [versicherte Person](#) ihren Beruf wechselt und jünger als 51 Jahre ist, können Sie prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der Beitrag reduziert. Dies gilt auch, wenn die [versicherte Person](#) Schüler oder Student war und nun eine berufliche Tätigkeit aufnimmt.
- (2) Dazu müssen Sie uns den neuen Beruf der [versicherten Person](#) in Textform mitteilen. Zudem ist uns nachzuweisen, dass die [versicherte Person](#) den neuen Beruf seit mindestens sechs Monaten ausübt. Dieser Nachweis entfällt, wenn die [versicherte Person](#) unmittelbar vor der Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit Schüler oder Student war. Eine schlechtere Einstufung im Hinblick auf den Beruf ist ausgeschlossen.
- (3) Wir können die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten [Risikoprüfung](#) abhängig machen. In den ersten zehn Jahren seit Vertragsbeginn führen wir keine [Risikoprüfung](#) durch, wenn die [versicherte Person](#) jünger als 36 Jahre ist.
- (4) Sofern unsere [Risikoprüfung](#) ergibt, dass der Berufswechsel bzw. bei Schülern oder Studenten die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nur zu einer Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den für die verbleibende Versicherungsdauer geltenden Bruttobeitrag nach den für Ihren Vertrag vereinbarten Rechnungsgrundlagen neu. Sofern unsere [Risikoprüfung](#) nicht zu einer Reduzierung des Beitrags führt, führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag weiter.
- (5) Über das Ergebnis unserer Prüfung werden wir Sie informieren. Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben ein eventuell vereinbarter Beitragszuschlag (Risikozuschlag) und bereits vor dem Wechselzeitpunkt individuell vereinbarte Leistungseinschränkungen unverändert bestehen. Sofern erst unsere aufgrund des angezeigten Berufswechsels bzw. der angezeigten Aufnahme einer Berufstätigkeit durchgeführte Risikoprüfung einen Risikozuschlag und / oder Leistungseinschränkungen ergibt, können Sie entscheiden, ob Sie den Vertrag wie bisher oder nach den Konditionen, die sich durch unsere Risikoprüfung ergeben haben, weiterführen möchten.

§13 Beitragsreduzierung durch Absenken der Berufsunfähigkeitsrente

Nach Ablauf des ersten [Versicherungsjahres](#) kann die versicherte Berufsunfähigkeitsrente während der [Versicherungsdauer](#) bis auf eine Mindestrente von 600 Euro p.a. abgesenkt und ohne erneute Gesundheitsprüfung in der ursprünglichen Höhe wiederhergestellt werden. Die Dauer der Absenkung ist bei Antragstellung anzugeben und muss mindestens sechs Monate betragen. Zwischen dem Erhöhen auf die ursprüngliche Höhe und einem erneuten Absenken muss mindestens ein Jahr vergehen.

Die Anpassungsmöglichkeit besteht unter folgenden Voraussetzungen:

- einmalig während der [Versicherungsdauer](#) ohne Angabe von Gründen für maximal 12 Monate;
- mehrmals während der [Versicherungsdauer](#) bei Nachweis von Arbeitslosigkeit für jeweils maximal 24 Monate;
- mehrmals während der [Versicherungsdauer](#) bei Nachweis der Pflege von nahen Angehörigen (dazu zählen: Ehepartner, Lebensgefährte, Eltern, Großeltern, eigene Kinder, Adoptivkinder) und gleichzeitigem Nachweis über die Anerkennung eines Pflegegrades für den betreffenden Angehörigen. Die Absenkung wird während der Vertragslaufzeit für maximal 24 Monate gewährt;
- mehrmals während der [Versicherungsdauer](#) bei Nachweis von gesetzlicher Elternzeit für jeweils maximal 36 Monate.

Die Wiederherstellung der ursprünglichen Rente im Anschluss an eine Absenkung kann abhängig vom Stand des Deckungskapitals zu einer Anpassung der Versicherungsprämie führen. Nach Ablauf der gewählten Dauer der Absenkung wird der Vertrag automatisch in der ursprünglichen Rente wiederhergestellt, sofern der [Versicherungsnehmer](#) nicht innerhalb von 3 Monaten widerspricht. Widerspricht der [Versicherungsnehmer](#) der Wiederherstellung der ursprünglichen Höhe der Berufsunfähigkeitsrente, bleibt es bei der verringerten Berufsunfähigkeitsrente.

Eine Wiederherstellung ist ausgeschlossen, wenn vorher ein Anspruch auf Leistungen aus diesem Vertrag entstanden ist.

§14 Verlängerungsoption bei Erhöhung der Regelaltersgrenze

- (1) Erhöht sich für die [versicherte Person](#) die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung, in der beamtenrechtlichen Altersversorgung oder einem berufsständischen Versorgungswerk, können Sie mittels Erklärung in [Textform](#) eine Verlängerung der [Versicherungsdauer](#) des Vertrags verlangen. Dabei wird die [Versicherungsdauer](#) um die gleiche Zeitspanne, kaufmännisch gerundet auf volle Jahre, verlängert, wie die Regelaltersgrenze für das betroffene Geburtsjahr erhöht wurde.

Voraussetzungen

- (2) Folgende Voraussetzungen müssen für eine Anpassung Ihres Vertrags vorliegen:
 - Sie verlangen die Verlängerung der [Versicherungsdauer](#) Ihrer Versicherung innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung, in der beamtenrechtlichen Altersversorgung oder einem berufsständischen Versorgungswerk.
 - Die [versicherte Person](#) darf bei der Verlängerung der [Versicherungsdauer](#) höchstens 50 Jahre alt sein.
 - Bei Ihrer Versicherung ist die [Versicherungsdauer](#) mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart.
 - Ihre Versicherung ist nicht nach [§ 25](#) dieser Bedingungen beitragsfrei gestellt.
 - Zum Zeitpunkt der Beantragung darf nicht bereits eine Berufsunfähigkeit der versicherten Person eingetreten sein bzw. es dürfen während der Vertragslaufzeit keine Leistungen aus dem Vertrag bezogen worden sein.

Auswirkungen

- (3) Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bezogen auf die neue [Versicherungsdauer](#) nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu fest. Dabei können wir auch andere als bei Vertragsabschluss verwendete [Rechnungsgrundlagen](#) zugrunde legen. Ihre Leistungen bei Berufsunfähigkeit bleiben jedoch unverändert bestehen. Nähere Informationen können Sie dem entsprechenden Nachtrag zu Ihrem [Versicherungsschein](#) entnehmen.

III. Vertragspflichten

§15 Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

- a) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in [Textform](#) gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden sowie dem Rauchverhalten der zu versichernden Person.
- b) Soll eine andere Person versichert werden, so ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

(2) Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Rücktritt

- a) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. [Absatz 1b](#)) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten.
- b) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des [Versicherungsfalles](#) erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des [Versicherungsfalles](#) noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die [versicherte Person](#) die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- c) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, haben Sie keinen Anspruch auf einen Rückkaufswert. Die Rückzahlung der Beiträge bis zum Wirksamwerden des Rücktritts können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- d) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- e) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten.
- f) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um ([§ 25](#) dieser Bedingungen).

Vertragsanpassung

- g) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden [Versicherungsperiode](#) Vertragsbestandteil.
- h) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

- i) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in [Textform](#) auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.
- j) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- k) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb der ersten fünf Jahre nach Vertragsabschluss ausüben. Ist der [Versicherungsfall](#) vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die [versicherte Person](#) die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- l) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehescheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Der [Absatz 2c](#)) gilt entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

- m) Die Absätze [1](#) und [2a](#)) bis [2l](#)) gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach [Absatz 2k](#)) beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

- n) Die Ausübung unserer Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.
- o) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrages können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

(3) Besonderheiten für eine nicht schuldhaft Verletzung der Anzeigepflicht

Falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände weder vorsätzlich noch grob fahrlässig nicht angezeigt werden, so steht uns nach § 19 Absatz 3 VVG ein Kündigungsrecht und nach § 19 Absatz 4 VVG ein Vertragsänderungsrecht zu. Haben Sie ohne Verschulden oder in Unkenntnis die Anzeigepflicht verletzt, verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (vgl. § 19 Abs. 3 und 4 VVG), ab Beginn der laufenden [Versicherungsperiode](#) den Vertrag anzupassen oder den Vertrag zu kündigen (vgl. [Absatz 2d](#)) und [Absatz 2g](#))).

§16 Gesundheitszustand und Rauchverhalten

- (1) Im Rahmen der Beitragseinstufung legen wir den Gesundheitszustand der versicherten Person zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Basis der Antragsfragen und ggf. weiterer medizinischer Informationen zugrunde. Dabei wird das gesundheitsbewusste Verhalten der versicherten Person über das Rauchverhalten mit berücksichtigt.
- (2) Raucher im Sinne dieser Bedingungen ist, wer innerhalb der letzten 12 Monate vor Antragstellung (E-)Zigaretten, (E-)Zigarillos, (E-)Zigarren oder (E-)Pfeife geraucht hat.
- (3) Sie sind verpflichtet im Versicherungsantrag alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Soll die Berufsfähigkeit einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich. Wegen den Rechtsfolgen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht beachten Sie bitte die Regelung in [§ 15](#) dieser Bedingungen.

- (4) Sollten sich die vor Vertragsabschluss gemachten Angaben zum Rauchverhalten der versicherten Person während der Vertragslaufzeit ändern, stellt dies im Falle eines Wechsels vom Nichtraucher zum Raucher eine Gefahrerhöhung dar. Sie sind – neben der versicherten Person – verpflichtet, uns die Gefahrerhöhung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, anzuzeigen. Wir werden während der Vertragslaufzeit das Rauchverhalten der [versicherten Person](#) nur im Rahmen der Leistungsprüfung nachprüfen. Auf anderweitige Nachprüfungen verzichten wir.
- (5) Ab dem Zeitpunkt des Verlustes des Nichtraucherstatus werden wir Ihrem Vertrag für die [versicherte Person](#) die [Rechnungsgrundlagen](#) zugrunde legen, die für einen Raucher angewendet werden. Hierdurch erhöhen sich bei gleichbleibender [Jahresrente](#) Ihre Beiträge. Sie können verlangen, dass statt einer Erhöhung der Beiträge die [Jahresrente](#) entsprechend herabgesetzt wird. Unser Recht zur Beitragsanpassung erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt geltend machen, zu dem wir von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangen.
- (6) Kommen Sie Ihrer Anzeigepflicht nicht nach, vermindert sich bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person die Leistung. Die auszahlende [Jahresrente](#) wird dann unter Zugrundelegung des Rauchertarifs für die [versicherte Person](#) rückwirkend ab Vertragsbeginn neu berechnet. Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, soweit die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für die Berufsunfähigkeit der versicherten Person war.
- (7) Teilen Sie uns mit, dass die versicherte Person schon länger als zwölf Monate nicht mehr raucht und damit vom Raucher zum Nichtraucher geworden ist, können wir dies im Rahmen einer ergänzenden Risikoeinschätzung überprüfen. Erfüllt die versicherte Person die Kriterien für die Einstufung als Nichtraucher, können Sie in Textform verlangen, dass Ihr beitragspflichtiger Vertrag zum nächsten Versicherungsjahrestag umgestellt wird. Der Beitrag verändert sich entsprechend. Wird die versicherte Person anschließend wieder Raucher, so ist uns dies als Gefahrerhöhung unverzüglich in Textform anzuzeigen.

§17 Mitteilungspflichten

- (1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in [Textform](#) erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.
- (2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (3) Bei Änderung Ihres Namens gilt [Absatz 2](#) entsprechend.
- (4) Bei Änderung Ihres Rauchverhaltens beachten Sie bitte [§ 16](#) dieser Bedingungen.

IV. Beitragszahlung und Kosten

§18 Beitragszahlung

- (1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die [Versicherungsperiode](#) umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr. Ist die [Versicherungsperiode](#) kürzer als ein Jahr, erheben wir für zusätzliche Verwaltungsaufwendungen höhere Verwaltungskosten.
- (2) Der erste Beitrag ([Einlösungsbeitrag](#)) ist unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten im [Versicherungsschein](#) angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten [Versicherungsperiode](#) fällig.
- (3) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in [Absatz 2](#) angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
- (4) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
- (5) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich. Alle Rahmenbedingungen zur Stundung sind in [§ 20](#) und [§ 21](#) dieser Bedingungen geregelt.
- (6) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

§19 Nichtzahlung von Beiträgen

Einlösungsbeitrag

- (1) Wenn Sie den [Einlösungsbeitrag](#) nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.
- (2) Ist der [Einlösungsbeitrag](#) bei Eintritt des [Versicherungsfalles](#) noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in [Textform](#) oder durch einen auffälligen Hinweis im [Versicherungsschein](#) auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nicht-Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

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

§20 Beitragsstundung in der Leistungsprüfung

Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Ihren entsprechenden Antrag in [Textform](#) stunden wir bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht die Zahlung des laufenden Beitrags zinslos. Bei Ablehnung der Leistungspflicht können Sie nach Vereinbarung innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten die gestundeten Beiträge in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zinslos nachzahlen. Alternativ können Sie die versicherte Leistung herabsetzen oder Sie können die gestundeten Beiträge in einem Betrag zurückzahlen. Sofern möglich, werden wir Ihnen auf Wunsch weitere Vorschläge machen, wie die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erleichtert werden kann. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit werden die Beiträge für diesen Zeitraum weder gestundet noch zurückgezahlt.

§21 Beitragsstundung bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten

- (1) Für Ihre Versicherung sind laufende Beiträge für jede [Versicherungsperiode](#) zu entrichten (vgl. [§ 18](#) dieser Bedingungen).
- (2) Bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten können Sie zur nächsten Beitragsfälligkeit für maximal 24 Monate eine zinslose Stundung der Beiträge zu Ihrer Versicherung unter Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes verlangen.
- (3) Eine Beitragsstundung kann mehrmals in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist jeweils, dass
 - die Beiträge für das erste [Versicherungsjahr](#) vollständig gezahlt wurden,
 - die zu stundenden Beiträge sind höchstens so hoch wie das Deckungskapital zum Beginn des Stundungszeitraums, vermindert um den gleichen Abzug möglicher Stornoeinbehalte.
 - der Vertrag keinen Beitragsrückstand aufweist (z. B. auch bereits zuvor gestundete Beiträge vollständig zurückgezahlt worden sind),
 - der Vertrag nicht gekündigt wurde und
 - die verbleibende Vertragsdauer nach Ablauf der Stundung noch mindestens drei Jahre beträgt.
- (4) Nach Ablauf der Stundung sind die gestundeten Beiträge in bis zu 24 Monatsraten nachzuzahlen. Bei Zahlungsschwierigkeiten, die über einen längeren Zeitraum als 24 Monate andauern, wird Ihr Vertrag zum Ablauftermin der Stundung unter Berücksichtigung der bis zum Stundungsbeginn gezahlten Beiträge beitragsfrei (vgl. [§ 25](#) dieser Bedingungen) gestellt.

§22 Abschluss- und Vertriebskosten

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihrem Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören unter anderem Provisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die in Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.

Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten. Die Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten können Sie Ihrem Produktinformationsblatt, das Sie zusammen mit Ihren Antragsunterlagen erhalten haben, entnehmen.
- (2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach [§ 4](#) der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im [Versicherungsfall](#), Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen [Versicherungsperiode](#) und für die Bildung der [Deckungsrückstellung](#) aufgrund von [§ 25 Absatz 2 RechVersV i.V.m. § 169 Absatz 3 VVG](#) bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
- (3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten, d.h. der Teil, der nicht nach [Absatz 2](#) verrechnet wurde, werden während der vertraglich vereinbarten [Beitragszahlungsdauer](#) aus den laufenden Beiträgen getilgt. Die übrigen Kosten verteilen wir über die gesamte Vertragslaufzeit.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind (vgl. auch [§ 25](#) dieser Bedingungen). Nähere Informationen können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.

§23 Sonstige Kosten

- (1) Alle das Versicherungsverhältnis unmittelbar betreffenden öffentlichen Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung.
- (2) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrundeliegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird – im letzteren Fall – entsprechend herabgesetzt.

V. Kündigung und Beitragsfreistellung

§24 Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit mit Frist von einem Monat zum Schluss der [Versicherungsperiode](#) ganz oder teilweise in [Textform](#) kündigen.

Wir prüfen dann zunächst, ob eine beitragsfreie Weiterführung Ihrer Versicherung möglich ist. Dies ist dann der Fall, wenn die beitragsfrei versicherte [Jahresrente](#) eine Mindestsumme in Höhe von 900 Euro erreicht. Wird die beitragsfrei versicherte [Jahresrente](#) in Höhe von mindestens 900 Euro erreicht, stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei. Wird diese beitragsfrei versicherte [Jahresrente](#) nicht erreicht, zahlen wir den Rückkaufswert an Sie aus.
- (2) Kündigung Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtig versicherte [Jahresrente](#) unter einen Mindestbetrag von 900 Euro sinkt. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also ganz kündigen.
- (3) Entsprechend [§ 169](#) des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) werden wir – falls vorhanden – den Rückkaufswert erstatten. Der Rückkaufswert ist die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den [Rechnungsgrundlagen](#) der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden [Versicherungsperiode](#) berechnete [Deckungsrückstellung](#) der Versicherung. Mindestens verwenden wir jedoch den Betrag der [Deckungsrückstellung](#), der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes ([§ 22 Absatz 2](#) dieser Bedingungen) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Von dem so ermittelten Wert erfolgen ein Abzug evtl. noch ausstehender Forderungen (z.B. Beitragsrückstände) sowie ein Stornoabzug. Der Stornoabzug beträgt max. 30 % der [Deckungsrückstellung](#). Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (4) Wir sind nach [§ 169 Absatz 6 VVG](#) berechtigt, den nach [Absatz 3](#) errechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der [Versicherungsnehmer](#), insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.
- (5) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den [Absätzen 3](#) und [4](#) berechneten Rückkaufswert enthalten sind oder als Sofortüberschuss die Beiträge reduziert haben.
- (6) Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. [§ 22](#) dieser Bedingungen) kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.
- (7) Während des Leistungsbezugs ist ein Kündigungsrecht ausgeschlossen.

- (8) Ist die [versicherte Person](#) zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

§25 Beitragsfreistellung

- (1) Anstelle einer Kündigung nach [§ 24](#) dieser Bedingungen können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen durch entsprechende Erklärung in [Textform](#) verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden [Versicherungsperiode](#) errechnet wird. Die aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende [Deckungsrückstellung](#) mindert sich um den Stornoabzug und evtl. ausstehende Forderungen (z. B. Beitragsrückstände). Der Stornoabzug beträgt max. 15 % der [Deckungsrückstellung](#). Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (2) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. [§ 22](#) dieser Bedingungen) keine oder nur eine geringe beitragsfreie Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Mit der Beitragsfreistellung enden auch Ihre Ansprüche aus ggf. eingeschlossenen Optionen (vgl. [§ 8](#) dieser Bedingungen). Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.
- (3) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach [Absatz 1](#) zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 900 Euro [Jahresrente](#) nicht, erhalten Sie – falls vorhanden – den Rückkaufswert nach [§ 24 Absätze 3 bis 5](#) dieser Bedingungen und der Vertrag endet. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Berufsunfähigkeitsrente mindestens 900 Euro beträgt.
- (4) Ist die [versicherte Person](#) zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berufsunfähig, bleiben Ansprüche auf Grund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.
- (5) Wiederinkraftsetzung nach vorzeitiger Beitragsfreistellung
Nach der vorzeitigen Beitragsfreistellung können Sie innerhalb von drei Jahren die Wiederaufnahme der Beitragszahlung (Wiederinkraftsetzung) bis zur Höhe des ursprünglichen Versicherungsschutzes in Textform beantragen.
Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung der [Versicherungsfall](#) noch nicht eingetreten ist und die verbleibende [Beitragszahlungsdauer](#) noch mindestens ein Jahr beträgt.
Die beitragsfrei gestellte Versicherung können Sie ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft setzen, wenn seit dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung noch keine zwölf Monate vergangen sind. Nach Ablauf der zwölf Monate ist eine erneute Risikoprüfung erforderlich.
Die Wiederinkraftsetzung erfolgt mit den für Ihren Vertrag geltenden Rechnungsgrundlagen.
Der Versicherungsvertrag wird mit der Versicherungssumme, wie sie vor der Beitragsfreistellung vereinbart war, wieder in Kraft gesetzt. Die Beitragshöhe ist aufgrund der während der Beitragsfreistellung nicht gezahlten Beiträge höher.
Sie können den Versicherungsvertrag auch mit der Beitragshöhe, wie sie vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, wieder in Kraft setzen, wenn die Versicherungssumme ab der Wiederinkraftsetzung entsprechend gesenkt wird.
Die Wiederinkraftsetzung wird gebührenfrei durchgeführt.

§26 Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

VI. Eintritt des Versicherungsfalls und Leistungsauszahlungen

§27 Bezugsberechtigter und Bezugsrecht der Versicherungsleistung

- (1) Falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Fälligkeit die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll ([Bezugsberechtigter](#)), erbringen wir die Leistung aus dem Versicherungsvertrag an die versicherte Person. Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Dieser [Bezugsberechtigte](#) muss die [versicherte Person](#) sein oder ein naher Angehöriger der [versicherten Person](#) im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes in der jeweils geltenden Fassung oder im Sinn des § 15 der Abgabenordnung in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
- (3) Ansprüche auf Rentenleistungen aus diesem Versicherungsvertrag können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, gelten die Ausführungen in Absatz 4.
- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie die Abtretung und die Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§28 Leistungsauszahlung

- (1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) folgende Unterlagen einzureichen:
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
 - ausführliche Berichte der Ärzte oder anderer Heilbehandler, die die [versicherte Person](#) gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über die Pflegebedürftigkeit,
 - eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die [versicherte Person](#) in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird,
 - eine Aufstellung der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die [versicherte Person](#) ebenfalls Leistungen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit geltend machen könnte,
 - Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen,

- f) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege,
 - g) Werden Leistungen nach [§ 5 Absatz 15](#) dieser Bedingungen verlangt, sind uns von den dort jeweils genannten Ärzten entsprechende Bescheinigungen einzureichen.
 - h) bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit im Sinne des [§ 8 Absatz 1](#) dieser Bedingungen für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 4 Monaten sind - abweichend zu den Aufzählungen a bis e - ärztlich ausgestellte Bescheinigungen, sowie eine Bescheinigung eines auf die zugrunde liegende Erkrankung spezialisierten Facharztes, dass die versicherte Person voraussichtlich mindestens zwei weitere Monate ununterbrochen arbeitsunfähig sein wird ausreichend;
- (2) Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers oder eines privaten Krankenversicherers über eine dort anerkannte Berufsunfähigkeit reicht als Nachweis einer Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht aus.
- (3) Unsere Leistungen überweisen wir der empfangsberechtigten Person auf ihre Kosten. Bei Überweisungen außerhalb des europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person auch die damit verbundene Gefahr.

§29 Bedeutung des Versicherungsscheins

- (1) Den Inhaber des [Versicherungsscheins](#) können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des [Versicherungsscheins](#) seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des [§ 27 Absatz 2](#) dieser Bedingungen brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in [Textform](#) vorliegt.

§30 Mitwirkungspflichten

Meldefrist

- (1) Für die Anmeldung von Leistungsansprüchen ist keine Meldefrist vereinbart. Werden jedoch Ansprüche so spät angemeldet, dass der Eintritt der Berufsunfähigkeit gemäß [§ 5](#) dieser Bedingungen für die Vergangenheit nicht mehr nachweisbar ist, kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Vorliegen aller erforderlichen Voraussetzungen frühestens mit dem Monat entstehen, für den entsprechende Nachweise gemäß [§ 28 Absatz 1](#) dieser Bedingungen vorgelegt werden.

Weitere Untersuchungen und Kostenübernahme

- (2) Wir dürfen weitere ärztliche Untersuchungen und notwendige Nachweise, z.B. auch über wirtschaftliche Verhältnisse und deren Veränderung, verlangen. Es geht hier vor allem um zusätzliche Informationen und Untersuchungen. Die [versicherte Person](#) muss Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten und Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, erlauben, dass sie uns die Informationen geben, die wir für die Leistungsprüfung brauchen. Das gilt auch für Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Behörden, Krankenkassen und Sozialversicherungsträger. Die Kosten dafür zahlen wir.
- (3) Wir können verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die angefallenen Reise- und Unterbringungskosten jedoch maximal:
- Anreisekosten in Höhe der Kosten einer Bahnfahrt 2. Klasse und – falls erforderlich – die Flugkosten für die Economy Class (oder eine vergleichbare Buchungskategorie) und
 - Unterbringungskosten bis zur Höhe für einen Aufenthalt in einem 4-Sterne-Hotel (oder einer vergleichbaren Hotelkategorie).
- (4) Auf Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in der Bundesrepublik Deutschland angewendeten Grundsätzen/ Standards erfolgen.

Arztanordnungsklausel

- (5) Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies der Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht entgegen. Die [versicherte Person](#) ist allerdings verpflichtet, geeignete Hilfsmittel zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Dabei handelt es sich beispielsweise um das Tragen von Stützstrümpfen oder die Verwendung von Seh- und Hörhilfen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

Verzicht auf Meldepflicht Gesundheit

- (6) Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus eine Besserung Ihres Gesundheitszustands nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit, anzuzeigen. Wir prüfen jedoch regelmäßig Ihre Voraussetzungen der Berufsunfähigkeit im Sinne nach [§ 5](#) dieser Bedingungen.

Meldepflicht Beruf

- (7) Erhalten Sie Leistungen aus dieser Berufsunfähigkeitsversicherung, müssen Sie uns die Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit der versicherten Person innerhalb von 6 Monaten schriftlich mitteilen.

§31 Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht

Solange eine Mitwirkungspflicht nach [§ 30](#) oder [§ 34](#) dieser Bedingungen von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in [Textform](#) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§32 Erklärung über die Leistungspflicht

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in [Textform](#) ob, in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen
- unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder

- weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
- Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z.B. neutrales Gutachten) einleiten werden.

Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie in regelmäßigen Abständen, spätestens alle 4 Wochen, über den Bearbeitungsstand.

- (3) Einen durch Überschreitung der in [Absatz 2](#) genannten Frist nachweislich entstandenen Schaden werden wir ersetzen.

§33 Leistungsentscheidung

Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nach [§ 5](#) dieser Bedingungen zusagen, gilt dies jeweils zeitlich unbegrenzt. Wir sprechen somit keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus und leisten solange die [versicherte Person](#) berufsunfähig nach [§ 5](#) dieser Bedingungen ist, längstens jedoch bis zum Ende der [Leistungsdauer](#). Ausgenommen ist die Berufsunfähigkeit aufgrund von bestimmten Krankheiten nach [§ 5 Absatz 15](#) dieser Bedingungen.

§34 Nachprüfung der Berufsunfähigkeit

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir während der vereinbarten [Leistungsdauer](#) berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. Dabei sind Gesundheitsveränderungen ebenso zu berücksichtigen wie das konkrete Ausüben einer zumutbaren Tätigkeit im Sinne von [§ 5 Absatz 1](#) dieser Bedingungen, wobei neuerworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen nach [§ 30 Absätze 2 bis 7](#) dieser Bedingungen gelten entsprechend.
- (3) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in [Textform](#) dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in [Textform](#) mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.
- (4) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und ist die Pflegebedürftigkeit auf unter einen Pflegepunkt gesunken bzw. die Pflegebedürftigkeit im Sinne des [§ 5 Absatz 11](#) dieser Bedingungen entfallen, stellen wir unsere Leistungen ein. [Absatz 3 Satz 2 bis 4](#) gelten entsprechend.
- (5) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Dienstunfähigkeit vor und ist die Dienstunfähigkeit im Sinne des [§ 5 Absätze 25 bis 27](#) dieser Bedingungen entfallen, stellen wir unsere Leistungen ein. [Absatz 3 Satz 2 bis 4](#) gelten entsprechend.

VII. Überschussbeteiligung

§35 Bedeutung von Überschüssen

Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Dies regelt der §153 des Versicherungsgesetzes (VVG). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen. Bei unseren Berufsunfähigkeitsversicherungen werden Sie vor allem in Form eines Sofortüberschusses beteiligt. Dadurch zahlen Sie nicht den Bruttobeitrag, sondern den um den Sofortüberschuss reduzierten Nettobeitrag (Zahlbeitrag).

§36 Beteiligung an Überschüssen

In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden ([Absatz 1](#)),
- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird ([Absatz 2](#)),
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen ([Absatz 3](#)),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können ([Absatz 4](#)) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren ([Absatz 5](#)).

(1) Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung, MindZV). Es gibt drei verschiedene Quellen für den Rohüberschuss. Diese Quellen sind Kapitalerträge, das Risikoergebnis und das übrige Ergebnis (einschließlich Kosten).

Kapitalerträge

Die Beiträge sind so berechnet, dass sie lediglich die Versicherungsleistungen decken. Daher entsteht kein oder nur ein sehr geringer Kapitalertrag. An diesen Nettoerträgen werden Sie nach der MindZV zu derzeit mindestens 90 % beteiligt. Zuerst werden hieraus die garantierten Versicherungsleistungen bezahlt. Der verbleibende Betrag wird für die Überschussbeteiligungen der [Versicherungsnehmer](#) verwendet.

Risikoergebnis

Wir setzen bei der Berechnung unserer Beiträge Annahmen zur Entwicklung von Versicherungsleistungen an. Sind diese niedriger, als angenommen, entstehen Überschüsse. Zuerst werden dazu die garantierten Versicherungsleistungen bezahlt. Bleibt dann noch etwas übrig, bekommen Sie eine Überschussbeteiligung. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Sie als [Versicherungsnehmer](#) beteiligen wir nach der MindZV angemessen an diesen Überschüssen. Nach derzeitiger Rechtslage beteiligen wir Sie am Risikoergebnis zu mindestens 90 %.

Übriges Ergebnis

In ihren Beiträgen sind Kosten enthalten. Entstehen in einem Geschäftsjahr weniger Kosten als wir über alle Verträge einnehmen, entstehen Überschüsse. Auch geben wir weitere Einnahmen, welche nicht direkt mit ihrem Versicherungsvertrag in Zusammenhang stehen, an Sie weiter (z.B. Erträge aus Dienstleistungen, welche wir für andere Unternehmen erbringen). Sie als [Versicherungsnehmer](#) beteiligen wir nach der MindZV angemessen an diesen Überschüssen. Nach derzeitiger Rechtslage beteiligen wir Sie am übrigen Ergebnis zu mindestens 50 %.

Von der so ermittelten Überschussbeteiligung werden zunächst die direkten Überschussbeteiligungen bezahlt (Direktgutschrift). Der Rest der Überschussbeteiligung kommt in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung gleicht Schwankungen über die Jahre aus. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der [Versicherungsnehmer](#) verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Risikolebensversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

(2) Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?

Wir verteilen die Überschüsse an die Verträge, die sie auch verursacht haben. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände. Gewinnverbände bestehen aus verschiedenen Tarifgruppen. Jeder Versicherungsvertrag gehört zu einem Tarif. Dieser steht auf dem [Versicherungsschein](#). Jeder Tarif gehört zu einem Gewinnverband und bekommt Anteile an den Überschüssen dieses Gewinnverbandes. Wir verteilen den Überschuss so auf die Bestandsgruppen und Gewinnverbände wie sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband keine Überschüsse erzielt, dann gibt es auch keinen Anspruch auf eine Überschussbeteiligung.

Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung bekommen Sie jährlich zu Beginn des Vertragsjahres Überschüsse. Diese werden mit den Bruttobeiträgen verrechnet und reduzieren den Zahlbeitrag. Beitragsfrei gestellte oder durch Ablauf der Beitragszahlung beitragsfrei gewordene Versicherungen sind nicht überschussberechtig.

Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinnverbände verteilt wird und setzt die entsprechenden Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

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

(3) Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu?

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Da in der Berufsunfähigkeitsversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Dennoch entstehende Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an.

Versicherungen mit Ansammlungsguthaben erhalten ebenfalls eine Beteiligung an den Bewertungsreserven. Die Zuteilung vorhandener Bewertungsreserven erfolgt verursachungsorientiert. Bei Versicherungen mit Ansammlungsguthaben werden die für den jeweiligen Vertrag angesammelten Ansammlungsguthaben ins Verhältnis zur Summe der Kapitalien aller berechtigten Verträge gesetzt.

Weitere Informationen zum Zuteilungsverfahren und zum Stichtag der Berechnung veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.dialog-versicherung.de.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir jährlich neu sowie zusätzlich auch für den Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrages.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(4) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des versicherten Risikos, des Kapitalmarkts und der Kosten.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

(5) Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.dialog-versicherung.de.

VIII. Sonstige Vertragsbestimmungen

§37 Rechtsanwendung

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§38 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

§39 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

- (1) Wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind, stehen Ihnen derzeit insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Unser Beschwerdemanagement

- (2) Für Kundenbeschwerden ist unsere Zentrale Beschwerdestelle gerne für Sie da. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Dialog Lebensversicherungs-AG
Stadtberger Straße 99
86157 Augsburg
E-Mail: bittebesser-leben@dialog-versicherung.de

Versicherungsombudsmann

- (3) Sind Sie mit unserer Entscheidung nicht einverstanden oder hat eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt, können Sie sich als Verbraucher an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:
Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632

10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Als Mitglied im Versicherungsombudsmann e. V. haben wir uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Versicherungsaufsicht

- (4) Sie haben auch die Möglichkeit, sich an die für uns zuständige Aufsicht zu wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Rechtsweg

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

§40 Können die Bruttobeiträge angehoben werden?

- (1) Wir sind nach § 163 VVG berechtigt bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus berechneten Bruttobeitrag, den Bruttobeitrag entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen. Der neu festgesetzte Beitrag ist der Höhe nach auf jenes Ausmaß beschränkt, das angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllung der Versicherungsleistung zu gewährleisten.
- (2) Sie können verlangen, dass wir statt der Beitragserhöhung die Versicherungsleistung entsprechend herabsetzen. Sofern die Versicherung beitragsfrei gestellt ist, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung entsprechend herabzusetzen. Die Neufestsetzung des Beitrags und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung der Versicherungsleistung und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt, wirksam.
- (3) Auf dieses Recht verzichten wir, wenn Sie die Option Verzicht auf Anwendung des § 163 VVG abgeschlossen haben (siehe [§ 8 Absatz 5](#) dieser Bedingungen).

IX. Begriffserklärungen

Um Ihnen das Lesen der Versicherungsbedingungen zu erleichtern, möchten wir Ihnen einige Begrifflichkeiten kurz erläutern:

- **Abstrakte Verweisung:** Die versicherte Person kann auf einen anderen als ihren ausgeübten Beruf verwiesen werden.
- **Beitragszahlungsdauer:** Die Beitragszahlungsdauer ist der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.
- **Bezugsberechtigter:** Der Bezugsberechtigte ist die von Ihnen als [Versicherungsnehmer](#) benannte Person, die die Leistung aus dem Vertrag erhalten soll. Grundsätzlich kann jede beliebige Person benannt werden.
- **Deckungsrückstellung:** Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt die Versicherungsleistungen gewährleisten zu können.
- **Einlösungsbeitrag:** Der erste zu zahlende Beitrag nach Abschluss des Vertrages. Seine Zahlung ist eine Voraussetzung für den Beginn des Versicherungsschutzes.
- **Folgebeitrag:** Ein Folgebeitrag ist jeder Beitrag, der nach dem [Einlösungsbeitrag](#) fällig wird.
- **Jahresrente:** Eine Jahresrente ist die beantragte Berufsunfähigkeitsrente, die in der Regel in monatlichen Raten im Falle einer Berufsunfähigkeit ausbezahlt wird.
- **Konkrete Verweisung:** Wir prüfen stets, ob die [versicherte Person](#) eine andere vergleichbare Tätigkeit ausübt. Ob eine Tätigkeit vergleichbar ist, richtet sich nach der Ausbildung, der Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung. Wenn die [versicherte Person](#) eine solche Tätigkeit ausübt, ist sie nicht berufsunfähig nach der Definition in § 5 dieser Bedingungen.
- **Leistungsdauer:** Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der [Versicherungsdauer](#) anerkannte Leistung längstens erbracht wird.
- **Rechnungsgrundlagen:** Die Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen für die Kalkulation Ihres Vertrages. Diese sind in der Regel die Annahmen zur Entwicklung der versicherten Risiken, der Zinsen und der Kosten.
- **Risikoprüfung:** Risikoprüfung ist die individuelle Einschätzung für Angaben zur Gesundheit, zum Beruf, zu Hobbies zu Reisen und zur finanziellen Angemessenheit.
- **Textform:** Ist für eine Erklärung die Textform vorgesehen, muss diese Erklärung zum Beispiel per Brief, Fax oder E-Mail abgegeben werden.
- **Versicherte Person:** Die versicherte Person ist die Person, auf deren Leben die Versicherung genommen wird. Dies müssen nicht notwendigerweise Sie als [Versicherungsnehmer](#) sein.
- **Versicherungsdauer:** Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der [Versicherungsfall](#) eintreten muss, damit ein Anspruch auf Leistungen entstehen kann.
- **Versicherungsfall:** Ein Versicherungsfall ist das Ereignis, das die Leistungspflicht des Versicherers entstehen lässt, wenn es während der [Versicherungsdauer](#) eintritt. Dies ist z.B. die Berufsunfähigkeit der versicherten Person.
- **Versicherungsjahr:** Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der [Versicherungsperiode](#) – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im [Versicherungsschein](#) dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.
- **Versicherungsnehmer:** Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.
- **Versicherungsperiode:** Die Versicherungsperiode ist der Zeitabschnitt, für den die Zahlung des Beitrags vereinbart ist. Die Versicherungsperiode umfasst bei jährlicher Beitragszahlung ein [Versicherungsjahr](#), bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein halbes Jahr, ein Vierteljahr oder einen Monat.
- **Versicherungsschein (Police):** Der Versicherungsschein dokumentiert den zustande gekommenen Versicherungsvertrag und die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen.
- **Vorläufiger Versicherungsschutz:** Ein vorläufiger Versicherungsschutz bedeutet, dass dem [Versicherungsnehmer](#) ab dem Zeitpunkt, zu dem Ihr Antrag bei uns eingeht, Versicherungsschutz gewährt wird.