PROVINZIAL

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bedingungen
- Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG 2

Besondere Bedingungen
- Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung als Direktversicherung im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG 30

Bestimmungen
- Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für die Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG 33
- Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit 35
- Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG 43

Verbraucherinformationen
- Welche Steuerregelungen gelten für eine Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung? 44

Wir verwenden für Personenbezeichnungen im Standard die männliche Form. Diese bezieht sich ausdrücklich auch auf alle weiteren Geschlechteridentitäten.

Provinzial Lebensversicherung AG
Amtsgericht Kiel HRB 5705
USt.-ID-Nr. DE 134859008
Vers.-St.-Nr. 800 V 200 0004 5633

Postanschrift: 24097 Kiel
Hausanschrift: Sophienblatt 33, 24114 Kiel
www.provinzial.de

Bankverbindung: Förde Sparkasse
IBAN DE30 2105 0170 1400 2501 04
BIC NOLADE21KIE

Finanzgruppe

Kundeninformation
Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG
Stand 15.11.2025

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
Versicherungsnehmer und damit Vertragspartner dieser Berufsunfähigkeitsversicherung ist der Arbeitgeber. Deshalb sprechen wir mit den nachstehenden Versicherungsbedingungen den Arbeitgeber an. Die Bestimmungen sind jedoch auch für die versicherte Person von Interesse, die zum Teil die Erfüllung der in diesen Bedingungen geregelten Pflichten übernimmt, beispielsweise Gesundheitsfragen zu beantworten.

Bei diesem Vertrag handelt es sich um eine Direktversicherung als beitragsorientierte Leistungszusage (boLz) nach § 1 Absatz 2 Betriebsrentengesetz (BetrAVG), die nur im Rahmen des § 3 Nr. 63 Einkommensteuergesetz (EStG) (Steuerfreiheit der Beiträge), nicht aber im Rahmen des § 10 a in Verbindung mit Abschnitt XI EStG (Zulagen bzw. Sonderausgabenabzug der Beiträge) steuerlich förderfähig ist.

Was bedeutet beitragsorientierte Leistungszusage? Bei einer beitragsorientierten Leistungszusage sagt der Arbeitgeber seinem Arbeitnehmer zu, einen bestimmten Beitrag in eine fest definierte Direktversicherung einzuzahlen. Aus diesem Beitrag ergibt sich nach versicherungsmathematischer Umrechnung eine garantierte Versicherungsleistung. Bei einer selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung ist dies die garantierte Berufsunfähigkeitsrente. Die arbeitsrechtlich zugesagten Leistungen entsprechen der Höhe der garantierten Leistungen aus der Direktversicherung.

Für das Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. In den Versicherungsbedingungen werden die (versicherungs-)vertraglichen Leistungen beschrieben, nicht aber, ob und inwieweit wir aufgrund steuer- oder sozialversicherungsrechtlicher Regelungen Beträge einbehalten müssen. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung finden Sie in der Verbraucherinformation über die geltenden Steuerregelungen.

Inhaltsverzeichnis

Erläuterung einiger Begriffe

Berufsunfähigkeit
§ 1 Was ist Berufsunfähigkeit?
§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit?
§ 3 Was ist Berufsunfähigkeit bei Hausfrauen und Hausmännern?
§ 4 Was ist Berufsunfähigkeit bei Schülern und Studenten?
§ 5 Was ist Berufsunfähigkeit bei Teilzeittätigkeit (Teilzeitklausel)?

Leistungen und Versicherungsschutz
§ 6 Welche Leistungen erbringen wir?
§ 7 Wann entsteht und wann endet der Anspruch auf Leistung?
§ 8 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
§ 9 Welche besonderen Regeln gelten bei Vereinbarung eines Nichtrauchertarifes?
§ 10 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
§ 11 Wer erhält die Leistungen?
§ 12 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
§ 13 Wie sind ein Versicherungsjahr und eine Versicherungsperiode definiert?

Leistungsausschlüsse
§ 14 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten
§ 15 Wann und in welchem Umfang können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Erhöhungsoption)?
§ 16 Wann können Sie die Versicherungsdauer ohne erneute Risikoprüfung verlängern (Verlängerungsoption)?

§ 17 Wann können Sie Ihren Beitrag aufgrund eines Berufswechsels ohne erneute Gesundheitsprüfung überprüfen lassen?

Ihre Pflichten
§ 18 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht, und welche Folgen hat Ihre Verletzung?
§ 19 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?
§ 20 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?
§ 21 Welche Schadenminderungspflichten sind zu beachten?
§ 22 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit nach Anerkennung der Leistungspflicht?
§ 23 Welche Folgen hat die Verletzung von Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalls?
§ 24 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?

Beitragszahlung
§ 25 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
§ 26 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Kündigung, Beitragsfreistellung und Stundung
§ 27 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?
§ 28 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen?
§ 29 Wie können Sie vorübergehende Zahlungsschwierigkeiten überbrücken (Stundung)?

Kosten
§ 30 Wie verrechnen wir die Abschlusskosten?
§ 31 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?

Weitere Vertragsbestimmungen
§ 32 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
§ 33 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
§ 34 Welche außergerichtlichen Schlichtungs- oder Beschwerdestellen können Sie in Anspruch nehmen?
§ 35 Wo ist der Gerichtsstand?
§ 36 Wann können wir unsere Beiträge und Leistungen anpassen?
§ 37 Wann können wir diese Bedingungen anpassen?

Erläuterung einiger Begriffe
Um Ihnen das Lesen der Bedingungen zu erleichtern, erläutern wir nachfolgend einige Begriffe. Diese sind in den Bedingungen unterstrichen.

Die **Beitragszahlungsdauer** ist der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.

Die **Folgebeiträge** sind die nach der ersten Beitragsfälligkeit zu zahlenden Beiträge.

Die **Leistungsdauer** ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Die **Rechnungsgrundlagen** sind die Grundlagen, die für die Kalkulation Ihrer Versicherung benötigt werden. Diese sind im Wesentlichen die Invalidentafel, der Rechnungszins und Kosten.

Das **rechnungsmäßige Alter** ist die Differenz zwischen dem betreffenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

Die **Risikoprüfung** ist die Prüfung der Gesundheits- und sonstigen Risikoverhältnisse.

Die **Textform** ist beispielsweise erfüllt, wenn die Erklärung in Form eines Briefes oder einer ausdruckbaren E-Mail abgegeben wird.

Die **versicherte Person** ist diejenige Person, auf deren Berufsunfähigkeit die Versicherung abgeschlossen wird.

Die **Versicherungsdauer** ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

Der **Versicherungsfall** ist das Ereignis, das die Leistungspflicht des Versicherers entstehen lässt, wenn es während der Versicherungsdauer eintritt.

Der **Versicherungsnehmer** ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

Berufsunfähigkeit

§ 1 Was ist Berufsunfähigkeit?

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande sein wird, Ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war auszuüben.

(2) Kann nicht festgestellt werden, dass der Zustand im Sinne von Absatz 1 voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen andauern wird, hat er jedoch länger als sechs Monate ununterbrochen angedauert, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

(3) Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn und solange ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland eine volle Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen unbefristet anerkennt.

(4) Individuell mit Ihnen vereinbarte Risikoausschlüsse sind auch im Falle der festgestellten vollen medizinischen Erwerbsminderung zu beachten und können zu einem Ausschluss der Leistungspflicht führen.

Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

(5) Bei Selbstständigen, freiberuflich Tätigen und Gesellschaftern beziehungsweise Angestellten mit Unternehmensleitungsbefugnis ist für die Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 nachzuweisen, dass die versicherte Person auch bei möglicher und zumutbarer betrieblicher Umorganisation zu mindestens 50 % außerstande sein wird, ihren Beruf auszuüben. Zumutbar ist eine Umorganisation, wenn sie
- wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist,
- keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und
- die versicherte Person eine unternehmensleitende Stellung behält, die der bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (siehe Absatz 11) entspricht.

Verzicht auf Prüfung der Umorganisation

(6) Wir verzichten bei Selbständigen auf die Prüfung einer Umorganisation des Betriebs,
- wenn der Selbstständige eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in mindestens 90 % seiner täglichen Arbeitszeit kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt oder
- der Betrieb bis zu neun Mitarbeiter hat. Hierzu zählen nur aus- oder angelernte Angestellte und Auszubildende. Praktikanten und Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

(7) Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern verlangen wir keine Umorganisation.

Konkrete Verweisung

(8) Berufsunfähigkeit nach den Absätzen 1 bis 7 und den §§ 4 und 5 liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit tatsächlich ausübt, die ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (siehe Absatz 11) entspricht (konkrete Verweisung).

Berufswechsel

(9) Sie sind nicht verpflichtet uns einen Berufswechsel während der Vertragslaufzeit anzuzeigen. Sie können jedoch unter bestimmten Voraussetzungen überprüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel Ihr Beitrag zukünftig reduziert (siehe § 17). Die Regelung des Absatzes 8 (konkrete Verweisung) bleibt unberührt.

Ausscheiden aus dem Berufsleben

(10) Wenn die versicherte Person aus dem Berufsleben ausscheidet und später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden, wird bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, auf den zuletzt vor Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübten Beruf mit der zu diesem Zeitpunkt erreichten wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (siehe Absatz 11) abgestellt.

Wirtschaftliche und soziale Lebensstellung

(11) Die wirtschaftliche und soziale Lebensstellung ist gewahrt, wenn die berufliche Qualifikation, die berufliche Stellung, deren soziale Wertschätzung und die daraus bezogene Vergütung das bisherige Niveau nicht spürbar unterschreiten. Die dabei zumutbare Einkommensreduzierung werden wir in jedem Einzelfall gesondert ermitteln, begrenzen sie jedoch auf 20 % des vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielten jährlichen Bruttoeinkommens. Wird im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung ein niedrigerer Prozentsatz als im Regelfall unzumutbare Einkommensreduzierung festgelegt, wenden wir diesen zu Ihren Gunsten an. Statt des jährlichen Bruttoeinkommens ist bei Selbstständigen und Freiberuflern der Gewinn vor Steuern entscheidend.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit?

(1) Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer mindestens nach Pflegegrad 2 im Sinne unserer "Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit" pflegebedürftig wird. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

(2) Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit liegt außerdem vor, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer mindestens nach Schweregrad 5 dement ist (mittelschwere kognitive Leistungseinbußen). Dies muss ein Arzt (Neurologe) bescheinigen.

Demenz

Als Demenz werden durch eine Krankheit bedingte Störungen der Leistungsfähigkeit des Gehirns bezeichnet. Diese gehen mit einem Verlust der geistigen Fähigkeiten einher, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen des Versicherten auswirken (sogenannte kognitive Fähigkeiten).

Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen

Eine Demenz nach Schweregrad 5 (mittelschwere kognitive Leistungseinbußen) ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken. Der Versicherte kann sich ohne fremde Hilfe nicht mehr zurechtfinden. Er kann sich zum Beispiel kaum an relevante Aspekte seines Lebens erinnern, zum Beispiel an seine Adresse oder die Namen naher Familienangehöriger. Häufig besteht auch eine Desorientierung zur Zeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit etc.) oder zum Ort. Ermittelt wird dieser Schweregrad über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg (mod. nach B. Reisberg 1986).

§ 3 Was ist Berufsunfähigkeit bei Hausfrauen und Hausmännern?

(1) Hat die versicherte Person seit Abschluss des Vertrags ununterbrochen ausschließlich ihren Haushalt geführt, so orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit an den von ihr bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in ihrem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben und Tätigkeiten.

(2) Hat die versicherte Person während der Vertragslaufzeit eine berufliche Tätigkeit aufgenommen, ist diese zuletzt vor Eintritt der Berufsunfähigkeit nicht nur vorübergehend ausgeübte berufliche Tätigkeit versichert und für die Feststellung der Berufsunfähigkeit maßgeblich. Die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit muss nicht angezeigt werden.

(3) Gibt die versicherte Person während der Vertragslaufzeit die berufliche Tätigkeit wieder auf und führt wieder ausschließlich ihren Haushalt, so orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit wieder an dieser Tätigkeit.

§ 4 Was ist Berufsunfähigkeit bei Schülern und Studenten?

Berufsunfähigkeit bei Schülern

(1) Bei Schülern wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübte berufliche Tätigkeit die Teilnahme am regulären Unterricht zugrunde gelegt. Hierbei gilt als Schüler, wer eine hauptberufliche Ausbildung an einer staatlich anerkannten Schule mit dem Ziel eines allgemeinbildenden Abschlusses absolviert. Dazu gehört auch, wer eine Schule im Ausland besucht, wenn der angestrebte Abschluss in Deutschland als allgemeinbildender Abschluss anerkannt wird.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen liegt bei einem Schüler vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate lang ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, als Schüler am regulären Schulunterricht teilzunehmen.

Berufsunfähigkeit bei Studenten

(2) Bei Studenten wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübte berufliche Tätigkeit die Teilnahme am regulären Studienbetrieb zugrunde gelegt. Hierbei gilt als Student, wer eine hauptberufliche Ausbildung an einer staatlich anerkannten Universität oder Fachhochschule absolviert. Dazu gehört auch, wer ein Studium an einer ausländischen Universität absolviert, wenn der angestrebte Abschluss in Deutschland als akademischer Abschluss anerkannt wird.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen liegt bei einem Studenten vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate lang ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, als Student am regulären Studienbetrieb teilzunehmen.

§ 5 Was ist Berufsunfähigkeit bei Teilzeittätigkeit (Teilzeitklausel)?

(1) Reduziert die versicherte Person während der Versicherungsdauer aus anderen als medizinischen Gründen ihre vertraglich fixierte wöchentliche Arbeitszeit, bleibt für die Beurteilung einer Berufsunfähigkeit die während der Versicherungsdauer höchste vertraglich fixierte wöchentliche Arbeitszeit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit maßgebend (Teilzeitklausel).

(2) Alle anderen Regelungen dieser Bedingungen (z. B. die Prüfung auf die zuletzt ausgeübte Teilzeittätigkeit, so wie diese ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, und die damit verbundene wirtschaftliche und soziale Lebensstellung) bleiben hiervon unberührt.

(3) Nachweise über die jeweiligen Arbeitszeiten sind uns vorzulegen.

(4) Die Absätze 1 - 3 gelten entsprechend, wenn die Arbeitszeitreduktion vom Arbeitgeber angeordnet wird (z. B. Kurzarbeit).

(5) Ist Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit die des Schülers oder des Studenten, ist diese Tätigkeit eine Vollzeittätigkeit mit 40 Wochenarbeitsstunden.

Leistungen und Versicherungsschutz

§ 6 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe §§ 1 - 5), erbringen wir - längstens für die vereinbarte Leistungsdauer - folgende Leistungen:
- Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für diesen Vertrag
- Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente am Anfang eines jeden Monats

Leistungsdynamik der Berufsunfähigkeitsrente

(2) Wenn Sie eine Leistungsdynamik der Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben, erhöht sich nach Eintritt der Berufsunfähigkeit die Zahlung der zu diesem Zeitpunkt versicherten Berufsunfähigkeitsrente jährlich um einen festen Prozentsatz. Die Erhöhungen erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt. Endet unsere Leistungspflicht muss die Beitragszahlung - in gleicher Höhe wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit - wieder aufgenommen werden. Bei erneuter Berufsunfähigkeit zahlen wir die Berufsunfähigkeitsrente wieder in der ursprünglichen und nicht in der zuletzt durch die Leistungsdynamik gestiegenen Höhe.

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit

(3) Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne des § 2 wird, erbringen wir - längstens für die vereinbarte Leistungsdauer - die in Absatz 1 genannten Leistungen. Dies gilt auch, wenn keine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 vorliegt.

Rehabilitationshilfe

(4) Wir bieten Ihnen auf Wunsch eine Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration an. Ebenso bieten wir Ihnen an, weitere Fragen auch in einem persönlichen Gespräch zu klären.

Weltweiter Versicherungsschutz

(5) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

Beratung

(6) Während der Vertragslaufzeit oder wenn Sie eine Leistung beantragen möchten, können Sie uns gerne ansprechen. Wir beantworten Ihnen gerne Ihre Fragen und erklären Ihnen beispielsweise,
- welche Leistungen versichert sind,
- welche Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten bestehen,
- wie die Prüfung Ihres Leistungsantrags ablaufen wird,
- welche Informationen wir für die Leistungsprüfung von Ihnen benötigen,
- was die Beschreibung Ihrer Tätigkeit beinhalten muss,
- welche Unterlagen wir von Ihnen für unsere Prüfung benötigen,
- wie Sie Pflegebedürftigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder volle Erwerbsminderung nachweisen können,
- wie wir Ihnen im Falle eines finanziellen Engpasses während der Prüfung helfen können.

Während der gesamten Prüfung Ihres Leistungsanspruchs steht Ihnen eine persönliche Ansprechpartnerin bzw. ein persönlicher Ansprechpartner zur Verfügung. Ebenso bieten wir Ihnen an, weitere Fragen in einem persönlichen Gespräch zu klären.

§ 7 Wann entsteht und wann endet der Anspruch auf Leistungen?

Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(1) Der Anspruch auf Leistungen aus dieser Versicherung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist. Dieser Anspruch muss uns in Textform gemeldet werden. Eine frühzeitige Meldung erleichtert die Prüfung Ihrer Ansprüche. Wir zahlen eine rückwirkende Leistung für den Zeitraum, für den Sie die Berufsunfähigkeit nachweisen können (siehe § 19).

(2) Der Anspruch auf Leistungen endet,
- wenn Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- wenn die versicherte Person stirbt oder
- bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

(3) Während der Leistungsprüfung müssen Sie Beiträge in voller Höhe weiterzahlen. Wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht an Sie zurückzahlen. Auf Antrag stunden wir die bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht noch fällig werdenden Beiträge zinslos. Besteht danach kein Leistungsanspruch, müssen Sie die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen. Sie können in diesem Fall auch eine Nachzahlung in Raten von bis zu 24 Monaten oder - sofern möglich - eine Verrechnung im Rahmen einer Vertragsänderung (wahlweise Herabsetzung der vereinbarten Leistungen bei gleichem Beitrag oder Erhöhung des zukünftigen Beitrags bei gleicher versicherter Rente) vereinbaren.

(4) Wenn Sie unsere Leistungspflicht gerichtlich prüfen lassen, stunden wir Ihre Beiträge weiterhin zinslos für weitere zwölf Monate nach unserer endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht, längstens jedoch bis zur rechtskräftigen Entscheidung des Gerichts.

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

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob und ab wann wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Diese Erklärung geben wir innerhalb von einer Woche nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterlagen (siehe § 19 und § 20) ab. Dabei werden wir kein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Wir informieren Sie während der Prüfung alle vier Wochen über den Sachstand und fordern zeitnah fehlende Unterlagen an.

§ 9 Welche besonderen Regeln gelten bei Vereinbarung eines Nichtrauchertarifes?

(1) In der Berufsunfähigkeitsversicherung differenzieren wir je nach Rauchverhalten. Der Beitrag richtet sich nach der Einordnung der versicherten Person als Raucher oder seit mindestens zwölf Monaten Nichtraucher (Nichtraucherstatus).

Begriff des Nichtrauchers bzw. Rauchers im Sinne dieser Bedingungen

(2) Nichtraucher ist, wer
- in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung nicht aktiv geraucht hat und
- auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen.

Wer kein Nichtraucher ist, gilt als Raucher.

Rauchen meint dabei das Rauchen von Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, E-Zigarren, Zigarillos, Pfeife, E-Pfeife oder Wasserpfeife (Shisha) sowie den Konsum von Schnupf- oder Kautabak.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(3) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, uns wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, ob Sie die Voraussetzungen des Nichtrauchers nach Absatz 2 erfüllen. Soll das Berufsunfähigkeitsrisiko einer anderen Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich.

(4) Rechtsfolgen: Leistungsminderung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Wurden uns gegenüber bei Antragstellung vorsätzlich falsche Angaben bezüglich der Rauchereigenschaft der versicherten Person gemacht, reduziert sich im Versicherungsfall die versicherte Rente auf denjenigen Betrag, der sich bei Abschluss des Vertrags nach den Rechnungsgrundlagen für den Rauchertarif als versicherte Rente ergeben hätte.

Wir können den Vertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben zur Rauchereigenschaft bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung 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.

Im Falle einer wirksamen Anfechtung sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Überprüfung des Nichtraucherstatus

(5) Sie sind nicht verpflichtet uns eine Veränderung des Rauchverhaltens (Nichtraucherstatus) während der Vertragslaufzeit anzuzeigen.

§ 10 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Regelungen hierzu ergeben sich aus § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Maßgeblich ist die jeweils zum Zeitpunkt einer Zuteilung geltende Fassung.

Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die zum Bilanzstichtag vorhandenen Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(2) Überschüsse entstehen dann, wenn sich das versicherte Risiko und die Kosten günstiger entwickeln als bei der Beitragskalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der Mindestzuführungsverordnung angemessen beteiligt, und zwar nach der derzeitigen Rechtslage am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 7 und § 8, Mindestzuführungsverordnung).

Weitere Überschüsse stammen aus den Nettoerträgen der Kapitalanlagen, soweit diese nicht zur Finanzierung der vereinbarten Versicherungsleistungen benötigt werden (rechnungsmäßige Zinsen). Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (anzurechnende Kapitalerträge nach § 3 der Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer derzeit insgesamt mindestens 90 % (§ 6 Absatz 1 Mindestzuführungsverordnung).

Aus diesem Betrag werden jedoch zunächst die Mittel entnommen, die zur Finanzierung der rechnungsmäßigen Zinsen benötigt werden. Die gegebenenfalls verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Wenn die anzurechnenden Kapitalerträge nicht zur Finanzierung der rechnungsmäßigen Zinsen ausreichen, können wir den Fehlbetrag - soweit möglich - mit der Mindestzuführung aus dem Risikoergebnis und dem übrigen Ergebnis ausgleichen. In diesem

Fall werden nur die gegebenenfalls verbleibenden Beträge dieser Ergebnisquellen für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen in Abrechnungsverbände zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Abrechnungsverbände Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Abrechnungsverbände orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben (verursachungsorientiertes Verfahren).

Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden.

Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) in der ab 10.08.2021 geltenden Fassung abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder - sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen - zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

(3) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem diese Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven, die nach den jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Die Höhe dieser Bewertungsreserven wird jährlich neu ermittelt, zusätzlich auch zum Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrags.

Auf Berufsunfähigkeitsversicherungen entfallen vor Eintritt eines Versicherungsfalls allenfalls geringe Anteile an Bewertungsreserven, da keine oder nur geringfügige Kapitalanlagen für künftige Versicherungsleistungen gebildet werden. Während der Rentenzahlung nach Eintritt des Versicherungsfalls erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven über eine angemessene Erhöhung der Beteiligung an den Überschüssen.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

(4) Den Gewinnverband und den Abrechnungsverband Ihrer Versicherung können Sie sowohl Ihren Vertragsinformationen (dies ist die gesetzliche Information nach § 7 VVG) als auch Ihrem Versicherungsschein entnehmen. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung jährlich Überschussanteile. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird vom Vorstand auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt und in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht.

(5) Bei Eintritt des Versicherungsfalls, spätestens bei Beendigung Ihrer Versicherung, wird der Ihrer Versicherung für diesen Zeitpunkt aktuell zugeordnete Betrag der Bewertungsreserven zur Hälfte zugeteilt.

Nach dem Eintritt des Versicherungsfalls erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven über eine angemessene Erhöhung der Beteiligung an den Überschüssen.

(6) Die Bemessungsgrundlagen für die Überschussbeteiligung und die Verwendung der zugeteilten Beträge aus der Überschussbeteiligung ergeben sich aus den als Anlage beigefügten "Bestimmungen zur

Überschussbeteiligung für die Berufsunfähigkeitsversicherung". Diese sind Bestandteil dieser Bedingungen.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

(7) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos. Aber auch die Entwicklung des Kapitalmarkts und der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

Wann können Sie bei einer Senkung der Überschussbeteiligung Ihren Versicherungsschutz anpassen?

(8) Sollten wir die Überschussbeteiligung senken, können Sie - falls Sie als Überschussverwendung Rentenbonus gewählt haben - den Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung erhöhen.

Dies erfolgt nach den dann maßgeblichen tariflichen Daten der versicherten Person (z. B. rechnungsmäßiges Alter, Beruf, Raucherstatus). Der Ablauf des erhöhten Versicherungsschutzes darf nicht nach dem Ablauf der ursprünglichen Versicherung liegen.

Soweit nichts anderes vereinbart wird, gelten für die Erhöhungsversicherung die vertraglichen Vereinbarungen und Erklärungen einschließlich der Bezugsrechtsverfügung sowie die Annahmeentscheidung der ursprünglichen Versicherung.

Über eine Senkung der Überschussbeteiligung werden wir Sie schriftlich informieren und Ihnen ein die Senkung ausgleichendes Erhöhungsangebot zusenden. An dieses halten wir uns drei Monate gebunden.

§ 11 Wer erhält die Leistungen?

Bezugsberechtigung

(1) Für die Leistungen bei Berufsunfähigkeit ist die versicherte Person bezugsberechtigt. Nach Erreichen der Unverfallbarkeitsfristen des Betriebsrentengesetzes in der für die Zusage geltenden Fassung oder nach Eintritt des Versicherungsfalls wird dieses Bezugsrecht unwiderruflich.

Abtretung und Verpfändung

(2) Ansprüche auf Rentenleistungen können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Sollte eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich sein, erfordern diese eine Anzeige im Sinne von Absatz 3.

Anzeige

(3) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (siehe Absatz 1) sowie eine Abtretung und Verpfändung (siehe Absatz 2) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform inklusive gegebenenfalls der schriftlichen Einwilligung der vom Versicherungsnehmer abweichenden versicherten Person 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.

§ 12 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrags in Textform oder durch Aushändigung des Versicherungsscheins erklärt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

Mit Beginn des Versicherungsschutzes ist der erste Beitrag zu zahlen. Wenn dieser Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt ist, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet (siehe § 26).

§ 13 Wie sind ein Versicherungsjahr und eine Versicherungsperiode definiert?

Versicherungsjahr

(1) Ein Versicherungsjahr beginnt am Jahrestag des vereinbarten Beginns des Vertrags und endet mit Ablauf des Tages, der dem folgenden Jahrestag vorangeht. Ein Versicherungsjahr ist in Versicherungsperioden unterteilt.

Versicherungsperiode

(2) Eine Versicherungsperiode ist entsprechend der Beitragszahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr. Dies gilt bei beitragsfreien Versicherungen entsprechend.

Leistungsausschlüsse

§ 14 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Es besteht jedoch kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:
   a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person
   b) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat
   c) durch folgende von der versicherten Person vorgenommene Handlungen
      - absichtliche Herbeiführung von Krankheit
      - absichtliche Herbeiführung eines Kräfteverfalls
      - absichtliche Selbstverletzung
      - versuchte Selbsttötung

      Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.
   d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich den Versicherungsfall herbeigeführt haben
   e) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde
   f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn der Versicherungsfall
      - während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war oder
      - während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und sie an humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei teilgenommen hat und der Einsatz mit einem Mandat der NATO, UNO, EU oder OSZE erfolgte.

(2) Wir leisten außerdem nicht, wenn
die versicherte Person berufsunfähig geworden ist durch vorsätzlich eingesetzte atomare, biologische oder chemische Waffen. Dies gilt auch für vorsätzlich eingesetzte oder freigesetzte radioaktive, biologische oder chemische Stoffe. Der Einsatz oder das Freisetzen muss darauf gerichtet gewesen sein, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Wir leisten trotzdem, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt. Bei diesem Ereignis dürfen nicht mehr als 1.000 Menschen oder nicht mehr als 1 ‰ unseres Versichertenbestands betroffen sein. Betroffen bedeutet, dass Menschen
   - unmittelbar sterben oder
   - voraussichtlich mittelbar innerhalb der nächsten sechs Monate sterben oder
   - dauerhaft gesundheitlich schwer beeinträchtigt sind.

Wir werden innerhalb von drei Monaten nach dem Ereignis einen unabhängigen Gutachter beauftragen. Dieser prüft zu Ihrer Sicherheit, ob die Voraussetzungen für unsere Leistungen vorliegen. Absatz 1 (f) bleibt davon unberührt.

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

§ 15 Wann und in welchem Umfang können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Erhöhungsoption)?

(1) Sie können Ihre Berufsunfähigkeitsrente unter bestimmten Voraussetzungen ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Bestehen für die versicherte Person mehrere Berufsunfähigkeitsversicherungen, kann das Erhöhungsrecht nur für einen Vertrag in Anspruch genommen werden. Dieser ist bei der ersten Erhöhung zu benennen (ursprüngliche Versicherung).

Ereignisunabhängige Erhöhung

(2) Hat die versicherte Person das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet, können Sie die vertraglich vereinbarte jährliche Berufsunfähigkeitsrente in den ersten fünf Versicherungsjahren jeweils zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin ohne erneute Gesundheitsprüfung einmalig um höchstens 12.000 Euro erhöhen.

Ereignisabhängige Erhöhung

(3) Hat die versicherte Person das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet, können Sie innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt folgender Lebensereignisse die Berufsunfähigkeitsrente jeweils zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen:

- Heirat bzw. Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
- Ehescheidung bzw. Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
- Tod des Ehepartners bzw. eingetragenen Lebenspartners
- Geburt eines leiblichen Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes
- Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen oder akademischen Ausbildung
- Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit als Hauptberuf
- Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung bei Handwerkern und Selbstständigen
- das regelmäßige Bruttojahresarbeitseinkommen bei nichtselbstständiger Tätigkeit überschreitet erstmalig die Beitragsbemessungsgrenze in der GRV
- Erhöhung des regelmäßigen Bruttojahresarbeitseinkommens bei nichtselbstständiger Tätigkeit um mindestens 10 % innerhalb eines Jahres
- nachhaltige Steigerung des Gewinns vor Steuern bei Selbstständigen um mindestens 10 % p. a. im Durchschnitt der letzten drei Jahre
- Kauf einer Eigentumswohnung oder eines bebauten oder unbebauten Grundstücks zur überwiegenden Selbstnutzung zu Wohnzwecken
- Aufnahme eines Darlehens über mindestens 100.000 EUR zum Zwecke einer notwendigen Nachfinanzierung eines solchen Kaufs oder der Sanierung einer überwiegend selbstgenutzten Immobilie
- Reduzierung des Beitrags aufgrund eines Berufswechsels nach § 17
- Kürzung der gesetzlichen Rentenanwartschaften durch Gesetz
- Wegfall oder Kürzung einer berufsbedingten, insbesondere berufsständischen oder betrieblichen Altersversorgung
- Erreichen der Volljährigkeit
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen) eines Akademikers, der eine seiner Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt
- erfolgreicher Abschluss einer Meisterprüfung

(4) Wenn Sie von Ihrem Erhöhungsrecht Gebrauch machen möchten, müssen Sie die Erhöhung innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Ereignisses unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises in Textform beantragen. Im Falle einer Erhöhung des Bruttojahresarbeitseinkommens beginnt diese Frist mit dem Monat der Einkommenserhöhung. Nach Ablauf der jeweiligen Frist können wir die Erhöhung von einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig machen.

Ende des Rechts auf Erhöhung

(5) Das Recht auf Erhöhung endet, wenn
- Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit eingetreten ist oder Leistungen bei Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit beantragt worden sind. Danach noch durchgeführte Erhöhungen entfallen rückwirkend, oder
- die Versicherung vollständig beitragsfrei gestellt wird (siehe § 28).

Art und Umfang der Erhöhung

(6) Soweit nicht anders vereinbart, gelten für die Erhöhungsversicherung die vertraglichen Vereinbarungen und Erklärungen sowie die Annahmeentscheidung der ursprünglichen Versicherung.

(7) Die Erhöhung erfolgt durch eine neue Berufsunfähigkeitsversicherung nach den dann gültigen Tarifen und den dann maßgeblichen Daten der versicherten Person (rechnungsmäßiges Alter, Beruf). Der Ablauf der Erhöhungsversicherung darf nicht nach dem Ablauf der ursprünglichen Versicherung liegen.

Maximaler Umfang der Erhöhung

(8) Es gelten die folgenden Begrenzungen:
- Die Berufsunfähigkeitsjahresrente einschließlich Erhöhung und einschließlich anderweitig bestehender Berufsunfähigkeitsanwartschaften darf 60 % des letzten regelmäßigen Bruttojahresarbeitseinkommens der versicherten Person nicht übersteigen.
- Die gesamte vereinbarte Jahresrente einschließlich aller Erhöhungen übersteigt nicht den Betrag von 42.000 Euro. Bei dieser Obergrenze sind weitere bei uns bestehende Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten zu berücksichtigen.
- Die vertraglich vereinbarte Jahresrente darf höchstens um 12.000 Euro erhöht werden, bei Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen oder akademischen Ausbildung oder der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit als Hauptberuf höchstens um 18.000 Euro.
- Der Beitrag für die ursprüngliche und neue Berufsunfähigkeitsversicherung dürfen den Höchstbetrag für eine Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 Satz 1 EStG nicht überschreiten.

(9) Die Erhöhungsoption kann mehrfach bis zu den beschriebenen Grenzen ausgeübt werden.

§ 16 Wann können Sie die Versicherungsdauer ohne erneute Risikoprüfung verlängern (Verlängerungsoption)?

(1) Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder in dem für Sie zuständigen berufsständischen Versorgungswerk erhöht wird, können Sie die Versicherungsdauer - ohne erneute Risikoprüfung - um die Zeitspanne verlängern, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde. Das neue Endalter können Sie innerhalb der möglichen Zeitspanne frei wählen. Die versicherten Leistungen bleiben unverändert bestehen. Ebenso bleibt die Risikoeinstufung des Versicherungsvertrags (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) unverändert.

Voraussetzungen

(2) Für eine Verlängerung gelten alle folgenden Voraussetzungen:
- Sie müssen die Verlängerung der Versicherungsdauer innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in Textform beantragen.
- Die Dauer bis zum Ende des Vertrags beträgt zum Zeitpunkt der Verlängerung noch mindestens fünf Jahre.

- Bei Ihrem Vertrag ist die Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart.
- Das neue Endalter entspricht unseren dann gültigen Annahmerichtlinien.

Ende des Rechts auf Verlängerung

(3) Das Recht auf Verlängerung endet, wenn
- Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit eingetreten ist oder Leistungen bei Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit beantragt worden sind. Danach noch durchgeführte Verlängerungen entfallen rückwirkend, oder
- die Versicherung vollständig beitragsfrei gestellt wird (siehe § 28).

Neuberechnung des Beitrags

(4) 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. Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

§ 17 Wie können Sie Ihren Beitrag aufgrund eines Berufswechsels ohne erneute Gesundheitsprüfung überprüfen lassen?

(1) Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer einen Berufswechsel vornimmt, können Sie ohne erneute Gesundheitsprüfung überprüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel der Beitrag für Ihre Versicherung reduziert.

(2) Reduziert sich der Beitrag aufgrund des Berufswechsels haben Sie die Möglichkeit zur Nachversicherung nach § 15.

Voraussetzungen

(3) Unter einem Berufswechsel verstehen wir
- den Wechsel in eine neue berufliche Tätigkeit
- die Aufnahme eines Studiums, einer Ausbildung oder einer erstmaligen beruflichen Tätigkeit
- einen Wechsel der Schulform, wenn die versicherte Person Schüler ist
- einen Wechsel der Studienrichtung, wenn die versicherte Person Student ist

(4) Weitere Voraussetzungen für eine Überprüfung des Beitrags sind:
- Seit dem Berufswechsel der versicherten Person sind mindestens zwölf Monate vergangen. Wir behalten uns das Recht vor, entsprechende Nachweise anzufordern.
- Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Eine Reduzierung des Beitrags aufgrund eines Berufswechsels ist mehrmals möglich, sofern die genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Die Überprüfung des Beitrags ist zum Beginn jeder Versicherungsperiode möglich. Der Antrag auf Überprüfung des Beitrags muss uns in Textform spätestens zwei Monate vor dem gewünschten Änderungstermin zugegangen sein.

Ende des Rechts auf Überprüfung des Beitrages aufgrund eines Berufswechsels

(6) Das Recht auf Überprüfung des Beitrages endet, wenn
- Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit eingetreten ist oder Leistungen bei Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit beantragt worden sind. Danach noch durchgeführte Beitragsreduzierungen entfallen rückwirkend, oder
- die Versicherung vollständig beitragsfrei gestellt wird (siehe § 28).

Neuberechnung des Beitrags

(7) Sofern die Prüfung ergibt, dass der Berufswechsel zur Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den neu zu zahlenden Beitrag für die verbleibende Versicherungsdauer. Umfang und Höhe der versicherten Leistungen ändern sich nicht. Die Reduzierung des Beitrags erfolgt im laufenden Vertrag. Verwendung finden dabei die Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zu Vertragsbeginn. Die Risikoeinstufung des Versicherungsvertrags (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sowie der Raucherstatus) bleibt unverändert.

(8) Wenn die neuen berufsbezogenen Merkmale nicht zu einem niedrigeren Beitrag führen, bleibt der bisherige Beitrag unverändert.

Ihre Pflichten

§ 18 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht, und welche Folgen hat ihre Verletzung?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Wir stellen Ihnen vor Abschluss des Vertrags Fragen, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind (gefahrerhebliche Umstände). Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Diese Anzeigepflicht erstreckt sich auch auf Fragen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

(2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

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

Folgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Bei einer Verletzung der Anzeigepflicht haben wir nach §§ 19 bis 22 VVG verschiedene Rechte. Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir
- vom Vertrag zurücktreten (Absätze 5 bis 7),
- den Vertrag kündigen (Absätze 8 bis 10),
- den Vertrag ändern (Absätze 11 und 12) oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten (Absätze 17 bis 19)
- und wie wir diese Rechte ausüben können (Absätze 13 bis 16).

Rücktritt

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

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgenden Voraussetzungen trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der weder
- für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch
- für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

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

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, endet er. Wir zahlen das für den Rücktrittstermin berechnete Deckungskapital. Darüber hinaus zahlen wir den Teil des laufenden Beitrags zurück, der auf den Teil der laufenden Versicherungsperiode nach Wirksamwerden der Rücktrittserklärung entfällt. Die Rückzahlung der gesamten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Haben weder Sie noch die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.

(9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich mit der Kündigung in einen beitragsfreien Vertrag um (siehe § 28).

Vertragsänderung

(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absätze 5 und 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben weder Sie noch die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag ab der laufenden Versicherungsperiode anzupassen.

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

Auf dieses Recht weisen wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hin.

Ausübung unserer Rücktritts-, Kündigungs- und Änderungsrechte

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

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

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

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

Anfechtung

(17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist (arglistige Täuschung). Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

(18) Im Fall der Anfechtung haben Sie keinen Versicherungsschutz. Der Vertrag wird aufgehoben. Absatz 7 gilt entsprechend.

(19) Wir können den Vertrag nur innerhalb eines Jahres anfechten. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der arglistigen Täuschung Kenntnis erlangen. Unser Recht zur Anfechtung erlischt, wenn seit der arglistigen Täuschung zehn Jahre vergangen sind.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung

(20) Die Absätze 1 bis 19 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

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

§ 19 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

Allgemeine Mitwirkungspflichten

(1) Wird eine Leistung aus diesem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein und im Nachprüfungsverfahren die Auskünfte gemäß § 22 vorgelegt werden. Zur Feststellung unserer Leistungspflicht müssen uns folgende Auskünfte und Nachweise vorliegen:
   a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit im Sinne von §1 Absatz 1
   b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über die Auswirkungen im Hinblick auf eine Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit
   c) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit oder sowie über danach eingetretene Veränderungen
   d) Angaben über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit
   e) eine Aufstellung
      - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird
      - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen bei Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung geltend machen könnte
      - über den derzeitigen Arbeitgeber oder frühere Arbeitgeber der versicherten Person

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit (siehe § 2)

(2) Uns sind unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
   - eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit und

- der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung in Deutschland oder - falls ein Bescheid noch nicht vorliegt - zunächst die medizinischen Unterlagen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) für die gesetzliche Pflegeversicherung bzw. der MEDICPROOF GmbH für die private Pflegeversicherung

Besteht keine gesetzlich oder private Pflegepflichtversicherung oder haben sich die gesetzlichen Definitionen für die Pflegebedürftigkeit seit Vertragsabschluss geändert, sind uns folgende Unterlagen unverzüglich einzureichen:

- ausführliche Berichte der Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Kliniken u. ä., die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Folgen und voraussichtliche Dauer der vorliegenden Erkrankungen/en, sowie über die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit
- vonseiten des behandelnden Arztes eine detaillierte - insbesondere auch zeitliche Darstellung und Begründung des Hilfebedarfs der versicherten Person bei den alltäglichen Verrichtungen sowie von Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit
- vonseiten der pflegenden Person oder der mit der Pflege beauftragten Einrichtung eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege

Weitere ärztliche Untersuchungen bzw. Nachweise bei Berufsunfähigkeit

(3) Wir können außerdem - auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und - falls erforderlich - Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel. Auf Untersuchungen in Deutschland verzichten wir, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

Fälligkeiten der Leistungen und Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflichten

(4) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann dazu führen, dass unsere Leistung nicht oder nur teilweise fällig wird.

Kosten

(5) Die mit den Nachweisen und Auskünften verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Leistung beansprucht, sofern keine anderweitige Regelung getroffen worden ist.

(6) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrsraum "SEPA" (dieser umfasst derzeit die Europäische Union, Island, Norwegen, die Schweiz, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Andorra, den Staat Vatikanstadt und das Vereinigte Königreich) trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

§ 20 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung oder Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen

- bei Vertragsabschluss,
- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
- auf Nachfrage

zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich sind.

Eine Pflichtverletzung kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

(2) Derzeit bestehen folgende Mitteilungspflichten aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Versicherungssteuer:
Sie müssen uns alle Umstände mitteilen, die für die Beurteilung
- Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
- der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an diesem Vertrag haben und
- der Steuerpflicht des Leistungsempfängers

maßgebend sein können. Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, können Nachteile entstehen, beispielsweise Meldung an Steuerbehörden unabhängig von einer tatsächlichen Steuerpflicht.

Versicherungssteuer

(3) Die Beiträge zur Direktversicherung unterliegen grundsätzlich nicht der inländischen Versicherungsteuer. Bei einem Wegzug ins Ausland hat der Versicherungsnehmer die Provinzial hierüber zu informieren. Gegebenenfalls fällt eine ausländische Versicherungsteuer an. Die Beiträge unterliegen jedoch der Versicherungssteuer, soweit im Fall der Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit Ansprüche begründet werden, die nicht unmittelbar oder mittelbar der Versorgung der versicherten Person (Risikoperson) oder von deren Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder des § 15 Abgabenordnung (AO) dienen (§ 4 Absatz 1 Nr. 5 VersStG).

(4) Die Beurteilung, ob die Versicherung die Voraussetzungen der Steuerbefreiung erfüllt, nehmen wir bei Vertragsabschluss anhand der Angaben des Versicherungsnehmers vor. Diese Beurteilung legen wir solange dem Vertrag zu Grunde, bis wir Kenntnis von Umständen erlangen, die zu einer abweichenden steuerrechtlichen Beurteilung führen.

(5) Ändern sich nach Vertragsabschluss Umstände, die zu einer von der anfänglichen Beurteilung abweichenden Beurteilung führen, beginnt oder endet die Steuerbefreiung zum Zeitpunkt des Eintritts der Umstände.

Versicherungssteuer als Teil des vereinbarten Beitrags

(6) Im Verhältnis zwischen Ihnen und uns gilt die Versicherungssteuer als Teil des vereinbarten Beitrags. Sie wird daher von einer erteilten Lastschriftermächtigung mit umfasst. Dies gilt auch dann, wenn die Steuerpflicht erst nachträglich entsteht.

(7) Bei steuerpflichtigen Beiträgen informieren wir Sie über
- den Betrag der Versicherungssteuer in Euro,
- den Steuersatz und
- die vom Bundeszentralamt für Steuern erteilte Versicherungssteuernummer, zu der die Steuer abgeführt wird.

Mitteilungs- und Auskunftspflichten

(8) Sie sind während des Vertrags verpflichtet, uns alle steuerrechtlich relevanten Umstände unverzüglich mitzuteilen, die zu einer von der anfänglichen Beurteilung abweichenden steuerrechtlichen Behandlung der Beiträge führen.

(9) Wir sind berechtigt, von allen an der Begründung oder Durchführung der Versicherung Beteiligten Informationen über die für die Besteuerung erheblichen Tatsachen zu verlangen. Hierzu zählen insbesondere der Eintritt von Umständen nach Vertragsabschluss, die zu einer Steuerpflicht der Beitragszahlung führen sowie der Eintritt der für eine Nachversteuerung der Beiträge maßgebenden Umstände.

Nachträglicher Wegfall der Steuerfreiheit und Steuererstattung

(10) Treten nachträglich Umstände ein, die eine Steuerbefreiung begründen, wird die Versicherungssteuer auf unseren Antrag vom Finanzamt erstattet, soweit Beiträge für einen Zeitraum nach Eintritt dieser Umstände gezahlt worden sind. Die erstattete Steuer leiten wir umgehend an den Versicherungsnehmer weiter.

(11) Erlischt die Steuerbefreiung, ist die Versicherungssteuer nachzuentrichten, soweit Beiträge für einen Zeitraum nach Entfallen der Steuerbefreiung gezahlt worden sind. Zu diesem Zweck sind wir berechtigt, die Versicherungssteuer bei Ihnen nachträglich einzufordern oder im Leistungsfall die Versicherungsleistung entsprechend zu kürzen (§ 9 Absatz 7 VersStG).

Informationen im Steuermerkblatt

(12) Näheres zur Versicherungssteuer finden Sie im Steuermerkblatt unter der Überschrift "Versicherungssteuer".

§ 21 Welche Schadensminderungspflichten sind zu beachten?

(1) Wenn eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erwarten ist, ist die versicherte Person verpflichtet
- geeignete Hilfsmittel zu verwenden (zum Beispiel Brille, Prothese) bzw.
- sich zumutbaren Heilbehandlungen zu unterziehen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Nicht zumutbar sind Heilbehandlungen, die eine Operation vorsehen.

(2) Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person die in Absatz 1 genannten zumutbaren Maßnahmen nicht vornimmt.

§ 22 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit nach Anerkennung der Leistungspflicht?

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 1 Absatz 8 ausübt.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte (z. B. ausführliche Berichte der behandelnden Ärzte, Unterlagen über eine ausgeübte Tätigkeit der versicherten Person sowie Einkünfte aus dieser Tätigkeit) und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen. Die Bestimmungen des § 19 Absatz 3 gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

(3) Folgendes müssen Sie uns unverzüglich mitteilen:
- den Wegfall der Pflegebedürftigkeit (siehe § 2)
- eine Wiederaufnahme Ihrer früheren oder die Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit
- sowie eine betriebliche Umorganisation

Leistungseinstellung

(4) Wenn wir feststellen, dass eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt, teilen wir Ihnen dies unter Angabe der Gründe in Textform mit. Nach dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang dieser Mitteilung stellen wir die Leistungen ein. Zu diesem Zeitpunkt muss die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

§ 23 Welche Folgen hat die Verletzung von Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalls?

(1) Solange eine Mitwirkungspflicht nach den §§ 19, 20, 21 und 22 Absatz 2 und 3 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

(2) Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn Sie nachweisen, dass
- die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist oder
- die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

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

§ 24 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?

Eine Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Willenserklärung (z. B. eine Mahnung) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

Beitragszahlung

§ 25 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen.

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

(3) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

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

(1) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (siehe § 25 Absatz 2) 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 am Fälligkeitstag eingezogen werden konnte und
- Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen haben.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer 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.

Erster Beitrag

(2) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für die ärztliche Untersuchung im Rahmen einer Gesundheitsprüfung sowie die im Zusammenhang mit der Erstellung des Versicherungsscheins entstandenen Kosten in angemessener Höhe verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

(4) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

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

(6) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

(7) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie allerdings nur
- innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder
- innerhalb eines Monats nach Fristablauf, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist.

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

Umgang mit Zahlungsschwierigkeiten

(8) Können Sie fällige Beiträge nicht zahlen, bieten wir Ihnen umfassende Möglichkeiten zur Anpassung Ihrer Beitragszahlung. Nähere Informationen hierzu finden Sie in den §§ 28 und 29. Sie können sich jederzeit an uns wenden. Gemeinsam können wir dann klären, welche Lösungsmöglichkeiten für Sie infrage kommen.

Kündigung, Beitragsfreistellung und Stundung

§ 27 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?

(1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode in Textform kündigen. Ein Anspruch auf Auszahlung eines Rückkaufswerts besteht nicht.

Keine Beitragsrückzahlung
(2) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 28 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen?

Vollständige Beitragsfreistellung
(1) Sie können in Textform verlangen, zum Schluss einer Versicherungsperiode vollständig von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

(2) Bei einer vollständigen Beitragsfreistellung setzen wir die vereinbarten Leistungen auf die beitragsfreien Leistungen herab. Diese werden nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:
- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation
- auf Grundlage des Deckungskapitals, mindestens jedoch auf Grundlage des Betrages des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 30) angesetzten tariflichen einmaligen Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre, höchstens auf die vereinbarte Beitragszahlungsdauer, ergibt
- zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode

Die beitragsfreien Leistungen entsprechen jedoch mindestens den bei Vertragsabschluss vereinbarten Beträgen, deren Höhe vom Zeitpunkt der Beitragsfreistellung des Vertrags abhängt. Nähere Informationen zu den beitragsfreien Leistungen und ihrer Höhe im Fall einer vollständigen Beitragsfreistellung können Sie Ihrer Garantiewerttabelle entnehmen.

Das für die Berechnung der beitragsfreien Leistungen zur Verfügung stehende Deckungskapital mindert sich um etwaige rückständige Beiträge.

Wenn die zu berechnenden beitragsfreien Leistungen den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung" nicht erreichen, endet der Vertrag.

Teilweise Beitragsfreistellung (Beitragsreduzierung)
(3) Anstelle einer vollständigen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie auch eine teilweise Beitragsbefreiung verlangen, indem Sie den Beitrag reduzieren. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn sowohl die herabgesetzten Leistungen als auch der verbleibende Beitrag jeweils den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung" erreicht.

(4) Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung setzen wir die versicherten Leistungen unter Berücksichtigung des verbleibenden Beitrags und des zur Verfügung stehenden Deckungskapitals herab. Diese berechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung der Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode.

Nachteile einer Beitragsfreistellung
(5) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrags sind wegen der Verrechnung von Abschlusskosten (siehe § 30) keine Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente 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 Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung. Nähere Informationen können Sie Ihrer Garantiewerttabelle entnehmen.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung
(6) Innerhalb von zwölf Monaten nach Beitragsfreistellung können Sie verlangen, dass die Beitragsfreistellung durch Wiederaufnahme der Beitragszahlung beendet wird. Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung ist dann nicht von einer Risikoprüfung abhängig.

Bei einer Beitragsfreistellung infolge Elternzeit kann die Wiederaufnahme der Beitragszahlung bis zum Ablauf von drei Monaten nach dem Ende der gesetzlichen Elternzeit, spätestens jedoch nach Ablauf von drei Jahren und drei Monaten, ohne Risikoprüfung erfolgen.

Die neuen Werte errechnen sich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Berücksichtigung des zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person und der restlichen Laufzeit des Vertrags.

Ende des Rechts auf Wiederaufnahme der Beitragszahlung
Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung ohne Risikoprüfung kann nur dann durchgeführt werden, wenn bis zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme

- keine Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person eingetreten ist und
- die versicherte Person keine Leistungen bei Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit beantragt hat

und uns dieses in Textform bestätigt.

§ 29 Wie können Sie vorübergehende Zahlungsschwierigkeiten überbrücken (Stundung)?

(1) Sie können in Textform verlangen, dass die Beiträge für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten gestundet werden. Für die Stundung der Beiträge erheben wir Zinsen. Im Falle einer Stundung während einer nachgewiesenen Arbeitslosigkeit oder gesetzlichen Elternzeit erheben wir keine Zinsen. Die Höhe des Stundungszinssatzes beträgt fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz nach § 247 Absatz 1 Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), der zu Beginn der Stundung gültig ist. Voraussetzungen für die Beitragsstundung sind:

Die Höhe des Stundungszinssatzes beträgt fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz nach § 247 Absatz 1 Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), der zu Beginn der Stundung gültig ist. Voraussetzungen für die Beitragsstundung sind:

Voraussetzungen für die Beitragsstundung sind:

- Der Beitrag für das erste Versicherungsjahr wurde vollständig gezahlt.
- Der Vertrag befindet sich nicht im Mahnverfahren nach § 38 VVG und ist weder gekündigt noch beitragsfrei gestellt.
- Die nach Ablauf der Beitragsstundung verbleibende Vertragslaufzeit beträgt noch mindestens fünf Jahre.
- Das Deckungskapital des Vertrags zum Ende des Stundungszeitraums erreicht mindestens die Höhe der zu stundenden Beiträge zuzüglich Stundungszinsen.
- Gestundete Beiträge und Stundungszinsen aus gegebenenfalls vorher erfolgten Stundungen wurden vollständig ausgeglichen.

(2) Nach Ablauf des Stundungszeitraums können Sie die gestundeten Beiträge einschließlich der darauf entfallenden Stundungszinsen in einem Betrag nachzahlen. Auf Antrag können Sie mit uns auch eine Rückzahlung in Raten über einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten vereinbaren.

Dynamik
(3) Während der Dauer der Stundung finden dynamische Erhöhungen statt.

Leistungsfall
(4) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige rückständige Beiträge und Stundungszinsen verrechnen.

Kosten

§ 30 Wie verrechnen wir die Abschlusskosten?

Abschlusskosten

(1) Wenn Sie einen Versicherungsvertrag abschließen, entstehen Kosten. Zu diesen sogenannten Abschlusskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschlusskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung sowie Werbeaufwendungen. Wir haben die Kosten bereits pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt. Sie werden Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

Verrechnung der Abschlusskosten

(2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung von Abschlusskosten heranziehen (Zillmerverfahren). Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der aufgrund von gesetzlichen Regelungen für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und die Bildung der Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der DeckRV auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt. Die restlichen Abschlusskosten werden während der Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

Folgen der Kostenverteilung

(3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags nur geringe Beträge zur Umwandlung in einen beitragsfreien Vertrag vorhanden sind (siehe § 28). Nähere Informationen zu den beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrenten können Sie Ihrer Garantiewerttabelle entnehmen.

§ 31 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?

Sonstige Kosten

(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir pauschal die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten gesondert in Rechnung stellen. Die derzeit gültigen Kosten können Sie den als Anlage beigefügten "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung" entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können die Kosten neu festlegen, wenn sich die durchschnittlich entstehenden Kosten für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand nicht nur vorübergehend geändert haben und der neu festgesetzte Betrag angemessen und erforderlich ist, um die durchschnittlich entstehenden Kosten zu decken. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils informieren.

(2) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Diesen werden wir auf Ihr Verlangen nachweisen. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem konkreten Fall wesentlich niedriger liegen muss, wird sie entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem konkreten Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt sie.

(3) Alle etwaigen öffentlichen Abgaben (z. B. Steuern), die von uns für Ihren Vertrag abzuführen sind, verrechnen wir mit den Leistungen bzw. sind uns zu erstatten.

Tarifabhängige Begrenzungen

(4) Für Ihren Vertrag gelten bestimmte tarifabhängige Begrenzungen. Die derzeit gültigen Begrenzungen können Sie den "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung" entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

Wir können Begrenzungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils informieren.

§ 32 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

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

(3) In den Fällen des § 11 Absatz 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

§ 33 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 34 Welche außergerichtlichen Schlichtungs- oder Beschwerdestellen können Sie in Anspruch nehmen?

Unser Beschwerdemanagement

(1) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen. Daneben können Sie sich an unsere interne Beschwerdestelle wenden. Diese können Sie über den folgenden Weg erreichen: www.provinzial-leben.de

Versicherungsombudsmann e.V.

(2) Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Versicherungsombudsmann e.V. wenden. Der Versicherungsombudsmann e.V. ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Es gilt die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmann e.V.. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

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

Versicherungsaufsicht

(3) Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Die BaFin erreichen Sie derzeit wie folgt:
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.

Verbraucherzentrale

(4) Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit ablehnen, können Sie sich von einem Mitglied im Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. beraten lassen. Sie können sich auch von einem Versicherungsberater oder einer Versicherungsberaterin des Bundesverbands der Versicherungsberater e.V. unterstützen lassen. Daten und Unterlagen der Leistungsprüfung (zum Beispiel Arztberichte und Gutachten) geben wir nur mit Zustimmung der versicherten Person an Dritte weiter. Hierbei übernehmen wir 75 Prozent der Ihnen entstandenen Kosten, höchstens jedoch 500 EUR. Die Kosten müssen Sie uns sachgerecht nachweisen. Wenn wir Leistungen ablehnen, weil Sie ihre vorvertragliche Anzeigepflicht (siehe § 24) verletzt haben, beträgt unsere maximale Kostenübernahme nur 250 EUR. Die Beratung muss innerhalb eines Monats, nachdem wir Ihnen unsere Leistungsentscheidung mitgeteilt haben, erfolgt sein.

Rechtsweg

(5) Ihre Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

§ 35 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt.

Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

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

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts, Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung in das Ausland, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 36 Wann können wir die Beiträge und Leistungen anpassen?

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

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

(2) Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags nach Absatz 1 die Versicherungsleistungen entsprechend herabgesetzt werden. Bei einer beitragsfreien Versicherung sind wir unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 zur Herabsetzung der Versicherungsleistungen berechtigt.

(3) Die Neufestsetzung des Beitrags und die Herabsetzung der Versicherungsleistungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.

§ 37 Wann können wir diese Bedingungen anpassen?

(1) Ist eine Bestimmung in unseren Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie nach § 164 VVG durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

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

(3) Sollte eine Bestimmung der Versicherungsbedingungen ganz oder teilweise unwirksam sein, berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

Kundeninformation
Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung als Direktversicherung im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG
Stand 15.03.2025

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
Versicherungsnehmer dieser Rentenversicherung ist der Arbeitgeber. Deshalb sprechen wir mit den nachstehenden Versicherungsbedingungen den Arbeitgeber unmittelbar an. Die einzelnen versicherungsvertraglichen Rechte und Pflichten betreffen vorrangig nur den Arbeitgeber und werden daher nur ihm gegenüber erläutert. Die Bestimmungen dürften aber dennoch für die versicherte Person von Interesse sein.

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?
§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?
§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?
§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?
§ 5 Wann entfallen die Erhöhungen?
§ 6 Was gilt, wenn Sie eine garantiert steigende Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben?

§ 1 Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

(1) Der Beitrag für diese Versicherung erhöht sich jeweils
- im gleichen Verhältnis wie die Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung (West), höchstens jedoch auf den Gesamthöchstbetrag nach § 3 Nr. 63 Satz 1 Einkommensteuergesetz (EStG)

oder
- um einen bei Vertragsabschluss vereinbarten ganzzahligen Prozentsatz zwischen 1 % und 5 %. Dabei wird die Erhöhung immer vom jeweiligen Vorjahresbeitrag berechnet.

Dabei wird die Erhöhung immer vom jeweiligen Vorjahresbetrag berechnet.

Der vereinbarte Erhöhungsmaßstab wird im Versicherungsschein genannt.

Ist als Erhöhungsmaßstab bei Vertragsabschluss die Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West) vereinbart und die Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung (West) sinkt, erfolgt eine erneute Anpassung erst wieder mit der nächsten Erhöhung.

(2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

(3) Bei einer Änderung des Beitrags gemäß der Allgemeinen und Besonderen Bedingungen ist der geänderte Beitrag Grundlage für die planmäßige Erhöhung.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich die Beiträge und Versicherungsleistungen?

(1) Ist als Erhöhungsmaßstab bei Vertragsabschluss die Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West) vereinbart, so erfolgen die Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen jeweils zur ersten Beitragsfälligkeit eines jeden Kalenderjahres. Maßgeblich ist dann das Verhältnis zwischen der Beitragsbemessungsgrenze am jeweiligen Erhöhungstermin und der Beitragsbemessungsgrenze zu Beginn des vorangegangenen Versicherungsjahres.

Ist als Erhöhungsmaßstab bei Versabschluss ein fester Prozentsatz vereinbart, erfolgt die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres.

(2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

(3) Die letzte Erhöhung von Beitrag und der Versicherungsleistungen erfolgt fünf Jahre vor Ablauf der Versicherung, spätestens jedoch, wenn die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter*) von 55 Jahren erreicht.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhung der Leistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter*) der versicherten Person, der restlichen Laufzeit des Vertrags und dem bei Vertragsabschluss gültigen Tarif. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

(2) Wir sind berechtigt, bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen des bestehenden Vertrages künftigen Erhöhungen der Versicherungsleistungen berichtigte Rechnungsgrundlagen zugrunde zu legen, sofern dies erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistungen zu sichern.

Zu diesem Zweck können wir für die Berechnung künftiger Erhöhungen der Versicherungsleistungen als Rechnungsgrundlagen
- bei einer unerwartet starken Veränderung des Leistungsbedarfs für die Versicherung: die Wahrscheinlichkeitstafeln für das Berufsunfähigkeits-Risiko
- bei einer nachhaltig gesunkenen Rendite der Kapitalanlagen: den Rechnungszins

verwenden, die nach Maßgabe der jeweils gültigen aufsichtsrechtlichen Bestimmungen und den offiziellen Stellungnahmen der Deutschen Aktuarvereinigung e. V. (DAV) als gebotene Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Deckungsrückstellung**) der Versicherungsleistungen gelten. Die Änderung der Rechnungsgrundlagen kann auch mehrmals erfolgen.

Anpassungen können wir jeweils nur innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der oben genannten Voraussetzungen vornehmen. Sie werden nur wirksam, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die sonstigen Voraussetzungen für die Änderung überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden wir Ihnen bekannt geben. Bereits erfolgte Erhöhungen der Versicherungsleistungen bleiben von der Änderung unberührt.

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

(1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Paragraph "Wie verrechnen wir die Abschlusskosten?" der Allgemeinen Bedingungen.

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Vertrag setzt die Fristen in den Paragraphen der Allgemeinen und Besonderen Bedingungen, die im Zusammenhang mit der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und der Selbsttötung genannt werden, nicht erneut in Lauf. Die Erhöhungen sind wie die vereinbarten Grundversicherungen an den Überschüssen beteiligt.

(3) Eine Erhöhung der Leistungen aus dem Vertrag kann nur erfolgen, sofern folgende Voraussetzungen gegeben sind:
- die gesamte vereinbarte Jahresrente einschließlich aller Erhöhungen und anderweitig versicherter privater Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrenten sind nicht höher als 60 % des letzten Bruttojahresarbeitseinkommens der versicherten Person;
- die gesamte vereinbarte Jahresrente einschließlich aller Erhöhungen übersteigt nicht den Betrag von 60.000 Euro.

Um die Einhaltung der unter Absatz 3 aufgeführten Voraussetzungen zu gewährleisten, behalten wir uns das Recht einer finanziellen Risikoprüfung jederzeit vor.

(4) Der Beitrag erhöht sich jedoch höchstens auf den Gesamthöchstbetrag nach § 3 Nr. 63 Satz 1 EStG (8 % der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung).

§ 5 Wann entfallen die Erhöhungen?

(1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des zweiten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

(2) Entfallene Erhöhungen können Sie nur mit unserer Zustimmung nachholen.

(3) Sollten Sie dreimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen. Es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

(4) Sobald in Ihrem Vertrag der Versicherungsfall eingetreten ist, erhöhen sich die Beiträge im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen nicht, da Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt.

§ 6 Was gilt, wenn Sie eine garantiert steigende Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben?

Für die Dauer der Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente haben Sie eine garantiert steigende Berufsunfähigkeitsrente vereinbart.

Die vereinbarten jährlichen Erhöhungen der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres, frühestens jedoch 12 Monate nach dem Beginn der Rentenzahlung um den vereinbarten Prozentsatz.

Dabei wird die Erhöhung in Prozent der im Vorjahr gezahlten vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente berechnet.

Die vereinbarte Erhöhung in Prozent wird im Versicherungsschein genannt.

---

*) Das erreichte rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Erhöhungstermins und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

**) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Deren Berechnung wird nach § 88 Absatz 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und § 341e und § 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen geregelt.

Kundeninformation
Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für die Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG
Stand 15.03.2025

Diese Bestimmungen ergänzen die Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen.

1. Überschussbeteiligung vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit

1.1 Beitragspflichtige Zeit

Rentenbonus
Jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres wird für die BU eine Überschussbeteiligung in Form einer zusätzlichen Rente zugesagt. Diese zusätzliche Rente aus der Überschussbeteiligung wird nach Eintritt eines Leistungsbezuges aus der BU zu denselben Terminen und so lange wie die vereinbarte Rente gezahlt. Die Höhe des Rentenbonus wird jährlich im Voraus in Prozent der vereinbarten Rente festgelegt. Ab Eintritt des Leistungsbezuges ist der Rentenbonus der Höhe nach garantiert.

1.2 Beitragsfreie Zeit

Rentenbonus
Jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres wird für die beitragsfreie BU eine Überschussbeteiligung in Form einer zusätzlichen Rente zugesagt. Diese zusätzliche Rente aus der Überschussbeteiligung wird nach Eintritt eines Leistungsbezuges aus der BU zu denselben Terminen und so lange wie die vereinbarte Rente gezahlt. Die Höhe des Rentenbonus wird jährlich im Voraus in Prozent der vereinbarten Rente festgelegt. Ab Eintritt des Leistungsbezuges ist der Rentenbonus der Höhe nach vereinbart.

1.3 Beteiligung an den Bewertungsreserven (BBWR)

Die Höhe der Bewertungsreserven, die nach den jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind (verteilungsfähige Bewertungsreserven), wird jährlich neu ermittelt, zusätzlich auch für den Zeitpunkt der Beendigung des Vertrags.

Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven werden den einzelnen Verträgen nach dem Vertragsanteil zugeordnet. Der Vertragsanteil berechnet sich als Summe der Vertragswerte eines Vertrags in Relation zur entsprechenden Summe der Vertragswerte aller anspruchsberechtigten Verträge. Die Summe der Vertragswerte wird über alle vor dem Zeitpunkt der Zuordnung liegenden relevanten Bilanzstichtage (zzt. Ende des Kalenderjahres) gebildet.

Der jeweilige Vertragswert eines Vertrags setzt sich aus dem mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechneten zinsüberschussberechtigten Deckungskapital für die vereinbarten Versicherungsleistungen, einem gegebenenfalls vereinbarten Bonus und den verzinslich angesammelten Überschussanteilen, soweit vorhanden, zusammen. Das Deckungskapital eines Vertrags ist zinsüberschussberechtigt, wenn als laufender Überschussanteil ein Zinsüberschussanteil vereinbart ist.

Da für Berufsunfähigkeitsversicherungen mit Überschussverwendungsart Rentenbonus kein Zinsüberschussanteil als laufender Überschussanteil vereinbart ist und da für die laufenden Überschussanteile keine Verzinsliche Ansammlung vorgesehen ist, ergibt sich für diese Überschussverwendungsarten keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

2. Überschussbeteiligung nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit

Der BU wird jeweils am Ende eines Versicherungsjahres ein Zinsüberschussanteil zugeteilt. Am Ende des Versicherungsjahres, in dem der Leistungsbezug aus der BU eingetreten ist, wird der Überschussanteil zeitanteilig fällig. Bemessungsgröße für den Zinsüberschussanteil ist das mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete Deckungskapital für die jeweilige Leistung aus der BU am Zuteilungstermin.

Der Überschussanteil, erhöht die vereinbarte Rente zuzüglich einer gegebenenfalls für das nächste Rentenzahlungsjahr vertraglich vereinbarten Rentensteigerung. Die vereinbarte Rente wird jährlich, erstmals ein Jahr nach Beginn der BU-Rentenzahlung, erhöht. Die durch die Erhöhung erreichte gesamte BU-Rente ist ab diesem Zeitpunkt jeweils garantiert und werden bis zum Ende der bestehenden Berufsunfähigkeit geleistet. Die Rentenerhöhung wird jährlich neu in Prozent der vereinbarten Vorjahresrente festgesetzt.

Beteiligung an den Bewertungsreserven (BBWR)
Die BU erhält im Leistungsbezug eine BBWR. Die Bemessungsgröße der BBWR ist die Berufsunfähigkeitsrente. Die jeweils zugeteilte BBWR wird in Form einer dynamischen Rentenerhöhung verwendet. Die Rentenerhöhung aufgrund der BBWR erfolgt erstmals ein Jahr nach Beginn der BU-Rentenzahlung und ist Teil der vereinbarten Rente. Die Rentenerhöhung wird jährlich neu in Prozent der vereinbarten Vorjahresrente festgesetzt.

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Was ist Pflegebedürftigkeit?
§ 2 Welche Begutachtungsbereiche und Begutachtungskriterien sind maßgeblich?
§ 3 Wie erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl?
§ 4 Wie werden die Einzelpunkte je Modul ermittelt?
§ 5 Wie erfolgt die Zuordnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in einen Punktbereich und der sich daraus ergebenden gewichteten Punkte?
§ 6 Wie erfolgt die Bewertungssystematik zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit?

§ 1 Was ist Pflegebedürftigkeit?

Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Es muss sich um eine versicherte Person handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mindestens in der nachfolgend beschriebenen Schwere bestehen.

(a) **Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung bei "Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit - mindestens Pflegegrad 2**
Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der versicherten Person muss bei "Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit" mit einer Gesamtpunktzahl von mindestens 27 Punkten nach den Regelungen der §§ 3 bis 6 ärztlich festgestellt werden (eine Gesamtpunktzahl ab 27 entspricht mindestens dem Pflegegrad 2 nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022).

(b) **Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung bei einer "erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit zum Beginn der Rentenzahlung" bzw. bei einer "sofort beginnenden Rentenversicherung wegen Pflegebedürftigkeit" - mindestens Pflegegrad 3**
Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der versicherten Person muss bei einer "erhöhten Altsrente wegen Pflegebedürftigkeit zum Beginn der Rentenzahlung" bzw. bei einer "sofort beginnenden Rentenversicherung wegen Pflegebedürftigkeit" mit einer Gesamtpunktzahl von mindestens 47,5 Punkten nach den Regelungen der §§ 3 bis 6 ärztlich festgestellt werden (eine Gesamtpunktzahl ab 47,5 entspricht mindestens dem Pflegegrad 3 nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022).

(c) **Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung bei einer "Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach Beginn der Rentenzahlung" - mindestens Pflegegrad 4**
Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der versicherten Person muss bei einer "Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach Beginn der Rentenzahlung" mit einer Gesamtpunktzahl von mindestens 70 Punkten nach den Regelungen der §§ 3 bis 6 ärztlich festgestellt werden (eine Gesamtpunktzahl ab 70 entspricht mindestens dem Pflegegrad 4 nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022).

(2) Die Definition der Pflegebedürftigkeit entspricht der Definition der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022. Bei künftigen Änderungen der gesetzlichen Definition oder der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bleibt die Definition der Pflegebedürftigkeit nach Absatz 1 (a) bis (c) unverändert.

Anwendung der entsprechenden Regelungen des SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022
Für die Konkretisierungen der Inhalte des Begutachtungsinstruments - u.a. für die pflegefachliche Konkretisierung der pflegefachlichen Beschreibungen der Kriterien nach Absatz 1 (a) bis (c) (entspricht § 14 Absatz 2 SGB XI) - findet die Begutachtungs-Richtlinie nach § 17 SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022 Anwendung.

Wird die Begutachtungs-Richtlinie bei unveränderter gesetzlicher Definition der Pflegebedürftigkeit angepasst, ist die geänderte Begutachtungs-Richtlinie anzuwenden. Etwas anderes gilt, wenn die Anpassung der Begutachtungs-Richtlinie aufgrund einer Änderung der §§ 14 und 15 SGB XI erfolgt. In diesem Fall findet die Begutachtungs-Richtlinie in der zuletzt gültigen Fassung vor der Gesetzesänderung Anwendung.

§ 2 Welche Begutachtungsbereiche und Begutachtungskriterien sind maßgeblich?

Begutachtungsbereiche mit Begutachtungskriterien (Module)

(1) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien. Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden berücksichtigt.

(2) **Modul 1: Mobilität**
Kriterien: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen

(3) **Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
Kriterien: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch

(4) **Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
Kriterien: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

(5) **Modul 4: Selbstversorgung**
Kriterien: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde

(6) **Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
Kriterien:
   (a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   (b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
   (c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen sowie
   (d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

(7) **Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**
Kriterien: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

§ 3 Wie erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl?

Nach ärztlicher Begutachtung der Selbstständigkeiten und Fähigkeiten der versicherten Person erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl in folgenden Schritten:
- Ermittlung der Summe der Einzelpunkte je Modul (siehe § 4)
- Zuordnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in einen Punktbereich sowie der sich daraus ergebenden gewichteten Punkte (siehe § 5)
- Ermittlung der Gesamtpunkte durch Addieren der gewichteten Punkte aller Module (siehe § 6)

§ 4 Wie werden die Einzelpunkte je Modul ermittelt?

(1) Je Modul sind für die in den Modulen genannten Kriterien (siehe § 2) die nachfolgend dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden die nachfolgenden aufgeführten Einzelpunkte zugeordnet.

(a) **Modul 1: Einzelpunkte im Bereich Mobilität**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 2 genannten fünf Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

(b) **Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 3 genannten elf Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
Fähigkeit vorhanden / unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
0	1	2	3

(c) **Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 4 genannten dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Kategorien			
nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zwei-mal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
0	1	3	5

(d) **Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 5 genannten dreizehn Kriterien, deren Ausprägungen grundsätzlich jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbständig	unselbstständig
0	1	2	3

Wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung wird bei den **Kriterien "Trinken" und "Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls"**die Punkte verdoppelt, bei dem **Kriterium "Essen"** die Punkte verdreifacht.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der "Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma" und "Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma" gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung "überwiegend inkontinent" oder "vollständig inkontinent" getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Abweichend hiervon wird das **Kriterium "Ernährung parental oder über Sonde"** in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Kategorien		
entfällt	teilweise	vollständig
0	6	3

Das **Kriterium ist mit "entfällt" (0 Punkte)** zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbstständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das **Kriterium ist mit "teilweise" (6 Punkte)** zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das **Kriterium ist mit "vollständig" (3 Punkte)** zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt. Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

(e) **Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbstständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 6 genannten sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien des § 2 Absatz 6 (a) und (b)
Für jedes in § 2 Absatz 6 (a) und (b) aufgeführte Kriterium wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen,

- die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Tag),
- die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Woche) und
- die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Monat)

erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Kategorien			
	Anzahl der Maßnahmen		
entfällt oder selbstständig	pro Tag	pro Woche	pro Monat
0			

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird summiert. (Beispiel: Erfolgt täglich dreimal eine Medikamentengabe und einmal Blutzuckermessen, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Die Häufigkeit der Maßnahmen pro Woche bzw. pro Monat wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Danach gelten in den folgenden Kategorien die nachstehenden Punkte:

für die Kriterien des § 2 Absatz 6 a):
Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:
- seltener als einmal täglich: 0 Punkte
- ein- bis dreimal täglich: 1 Punkt
- vier- bis achtmal täglich: 2 Punkte
- mehr als achtmal täglich: 3 Punkte

für die Kriterien des § 2 Absatz 6 b):
Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:
- seltener als einmal pro Woche: 0 Punkte
- einmal oder mehrmals wöchentlich: 1 Punkt
- ein- bis zweimal täglich: 2 Punkte
- mindestens dreimal täglich: 3 Punkte

Einzelpunkte für die Kriterien des § 2 Absatz 6 (c)
- **Kriterium "Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung"**
  Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Kategorien			
entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
0	60	8,6	2

- **Übrige Kriterien des § 2 Absatz 6 (c)**
  Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der übrigen Kriterien des § 2 Absatz 6 (c) wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Kategorien		
entfällt oder selbstständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
0	4,3	1

  Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen (länger als drei Stunden), werden die Punkte verdoppelt.

Die Punkte der Kriterien des § 2 Absatz 6 c) werden addiert und anhand der Summe der jeweils erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

- **Einzelpunkte für das Kriterium des § 2 Absatz 6 d)**
  Die Ausprägungen dieses Kriteriums werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

(f) **Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 7 genannten sechs Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

Ermittlung der Summe der Einzelpunkte je Modul

(2) Die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in einem Modul werden im Anschluss addiert (Summe der Einzelpunkte je Modul).

§ 5 Wie erfolgt die Zuordnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in einen Punktbereich und der sich daraus ergebenden gewichteten Punkte?

(1) Die Summe der Einzelpunkte je Modul ist dem in der Tabelle in § 6 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenen gewichteten Punkten zuzuordnen.

Wir erläutern Ihnen nachfolgend
- wie in jedem Modul die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten in Punktbereiche gegliedert sind (Absatz 2), und
- wie die jedem Punktbereich in einem Modul festgelegten, gewichteten Punkte zuzuordnen sind (Absatz 3).

Gliederung der jeweils in den Modulen erreichbaren Summen aus Einzelpunkten in Punktbereiche

(2) In jedem Modul sind die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Tabelle in § 6 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:
- **Punktbereich 0:**
  keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 1:**
  geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 2:**
  erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 3:**
  schwere Beeinträchtigungen der selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 4:**
  schwerste Beeinträchtigungen der selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

Zuordnung der in jedem Punktbereich in einem Modul festgelegten, gewichteten Punkte

(3) Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung
- der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sowie
- der folgenden Gewichtung der Module

die in der Tabelle in § 6 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet.

Die Module werden wie folgt gewichtet:
- **Modul 1:** Mobilität — mit 10 Prozent
- **Modul 2 und Modul 3:** Kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen — mit 15 Prozent
- **Modul 4:** Selbstversorgung — mit 40 Prozent
- **Modul 5:** Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen — mit 20 Prozent
- **Modul 6:** Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte — mit 15 Prozent

Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht.

Beispiel für eine Zuordnung der Summe der Einzelpunkte anhand des Moduls 1 Mobilität

(4) Beträgt die Summe der Einzelpunkte im **Modul 1 Mobilität 8 Punkte** , wird die ermittelte Summe der Einzelpunkte dem Punktbereich 3 (6-9 Punkte) zugeordnet. Der Punktbereich 3 dieses Moduls ist mit 7,5 Punkten gewichtet (siehe § 6). Die gewichtete Punktzahl 7,5 ist maßgeblich für die Berechnung der Gesamtpunktzahl nach § 6.

§ 6 Wie erfolgt die Bewertungssystematik zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit?

In der nachfolgenden Tabelle zur Bewertungssystematik sind je Modul die in einem Punktbereich jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten mit gewichteten Punkten dargestellt.

	Punktbereich					
Modul	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	
1	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	Summe der Einzelpunkte
	0	**2,5**	**5**	**7,5**	**10**	**Gewichtete Punkte**
2	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33	Summe der Einzelpunkte
3	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Einzelpunkte
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3	**0**	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3**
4	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54	Summe der Einzelpunkte
	0	**10**	**20**	**30**	**40**	**Gewichtete Punkte**
5	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Einzelpunkte
	0	**5**	**10**	**15**	**20**	**Gewichtete Punkte**
6	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Einzelpunkte
	0	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte**

Ermittlung der Gesamtpunktzahl
Die Gesamtpunktzahl wird durch das Addieren der gewichteten Punkte aller Module ermittelt.

Kundeninformation
Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG
Stand 15.03.2025

Diese Bestimmungen sind Bestandteil der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen. Wir können die Bestimmungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie informieren.

1. Sonstige Kosten

Kostenart	
Mahnverfahren wegen Beitragsrückständen	5,00 EUR zzgl. Postgebühren
Rückläufe beim Lastschriftverfahren	angefallene Bankkosten
Durchführung von Vertragsänderungen	15,00 EUR
Erstellung eines Ersatzversicherungsscheins	15,00 EUR
Bestätigung von Verfügungsbeschränkungen (außerhalb des Verbundes mit den Sparkassen und der Landesbausparkasse)	15,00 EUR

Nicht gezahlte Kosten oder Verzugszinsen entnehmen wir Ihrem Vertragsguthaben.

Zusätzlich belasten wir Ihnen die uns von Dritten berechneten Kosten.
Alle etwaigen öffentlichen Abgaben (z. B. Steuern), die von uns für Ihren Vertrag abzuführen sind, verrechnen wir mit den Leistungen bzw. sind uns zu erstatten.

2. Tarifabhängige Begrenzungen

Art	
Monatliche Mindestrente	
eines Neuvertrags	50,00 EUR
einer Erhöhung im Rahmen der Erhöhungsoption	50,00 EUR
eines beitragsfrei gestellten Vertrags	50,00 EUR
Maximale Monatsrente	
Generell	5.000,00 EUR, max. 60 % vom letzten Bruttojahreseinkommen
Studenten	2.000,00 EUR
Schüler, Azubis, Hausfrauen/Hausmänner	1.500,00 EUR
Höchstbeitrag je Kalenderjahr	
Generell	Höchstbetrag nach § 3 Nr. 63 Satz 1 EStG

Kundeninformation
Welche Steuerregelungen gelten für eine Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung?
Stand 13.01.2025

1. Einleitung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die nachfolgenden Informationen beruhen auf dem aktuellen Stand der deutschen Steuergesetze (Stand: 13.01.2025). Es können nur allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung gegeben werden. Insbesondere erheben diese Informationen keinen Anspruch auf Vollständigkeit, etwa hinsichtlich bestimmter steuerrechtlicher Voraussetzungen und Rechtsfolgen. In Zweifelsfällen empfehlen wir die Inanspruchnahme steuerlicher Beratung.

Die Anwendung dieser Steuerregelungen auf Ihre Versicherung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

Durch Änderungen von Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung, Verwaltungsanweisungen etc. während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch Vertragsänderungen, kann sich die steuerliche Behandlung Ihrer Versicherung ändern. Bitte berücksichtigen Sie, dass bei etwaigen Änderungen keine Information gegenüber dem Versicherungsnehmer erfolgt.

Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen.

Eine Direktversicherung ist eine Lebensversicherung auf das Leben des Arbeitnehmers (versicherte Person), die durch den Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) bei einem inländischen oder ausländischen Versicherungsunternehmen abgeschlossen worden ist und bei der der Arbeitnehmer oder seine Hinterbliebenen hinsichtlich der Versorgungsleistungen des Versicherers ganz oder teilweise bezugsberechtigt sind.

Eine Hinterbliebenenversorgung im steuerlichen Sinne darf nur Leistungen an eine Witwe des Arbeitnehmers oder den Witwer der Arbeitnehmerin, die Kinder im Sinne von § 32 Einkommensteuergesetz (EStG) und Pflegekinder bzw. Stiefkinder, den früheren Ehegatten oder die Lebensgefährtin/den Lebensgefährten vorsehen. Den Begriff des Lebensgefährten hat das Bundesministerium für Finanzen in einem BMF-Schreiben dargelegt.

2. Einkommensteuer/ Körperschaftsteuer

2.1 Laufende Besteuerung

Beiträge, die ein inländischer Arbeitgeber zu einer Direktversicherung entrichtet, unterliegen als Arbeitslohn des Arbeitnehmers grundsätzlich der Lohnsteuer. Sie sind jedoch den Voraussetzungen des § 3 Nr. 63 EStG bis zu 8% der BBG RV West steuerfrei bzw. unter den Voraussetzungen des § 40b EStG a.F. mit 20% pauschal versteuert werden.

Einmalige oder laufende Beiträge (arbeitgeber- oder arbeitnehmerfinanziert) für eine nach dem 31.12.2004 erteilte Direktversicherungszusage sowie der Arbeitgeberzuschuss nach § 1a Abs. 1a BetrAVG zu einer Direktversicherung sind steuerfrei, wenn

- es sich um eine kapitalgedeckte betriebliche Altersversorgung bzw. eine selbstständige betriebliche Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsabsicherung handelt, bei der eine Auszahlung der Versicherungsleistung in Form einer Rente oder eines Auszahlungsplans vorgesehen ist, und
- die Rentenzahlung der Alters- bzw. Hinterbliebenenrente lebenslang in gleichbleibender oder steigender Höhe erfolgt (die Zahlung einer Waisenrente darf jedoch nur bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, oder während einer Schul- bzw. Ausbildungszeit maximal bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres oder während einer bestehenden geistigen oder körperlichen Behinderung, sofern diese Behinderung vor dem 25. Lebensjahr eingetreten ist, erfolgen) bzw. eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente bis zum Eintritt in den Altersruhestand in gleichbleibender oder steigender Höhe erfolgt, und
- die Direktversicherung im Rahmen des ersten Dienstverhältnisses abgeschlossen wurde, und
- die Beiträge - einschließlich Beitragszahlungen an eine Pensionskasse oder einen Pensionsfonds - insgesamt im Kalenderjahr 8 % der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West) nicht übersteigen. Dieser Höchstbetrag verringert sich um die Beiträge für eine Direktversiche-

rung oder eine kapitalgedeckte Pensionskassenversorgung, auf die § 40b Absatz 1 und 2 Satz 1 und 2 EStG in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung angewandt wird.

Der so ermittelte Höchstbetrag wird zunächst durch rein arbeitgeberfinanzierte Beiträge ausgeschöpft, danach sind auf Entgeltumwandlung beruhende Beiträge einschließlich eines möglichen Arbeitgeberzuschusses nach § 1a Absatz 1a BetrAVG zu berücksichtigen.

Wegen weiterer steuerlicher Vorschriften ist die Ausübung eines eventuell eingeschlossenen Kapitalwahlrechts frühestens 12 Monate vor Rentenbeginn zulässig. Außerdem ist deswegen nur der eingeschränkte Kreis von Hinterbliebenen für den Bezug einer Todesfallleistung vorgesehen. Diesen darf wiederum nur eine Rente, allerdings mit der Möglichkeit einer Kapitalabfindung, zugesagt sein.

Werden Direktversicherungsbeiträge aus Anlass der Beendigung des Dienstverhältnisses für den Arbeitnehmer erbracht, sind diese steuerfrei, soweit sie 4 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West), vervielfältigt mit der Anzahl der Kalenderjahre, in denen das Dienstverhältnis des Arbeitnehmers zu dem Arbeitgeber bestanden hat, höchstens jedoch zehn Kalenderjahre, nicht übersteigen. Voraussetzung ist, dass nicht die Vervielfältigungsregelung des § 40b EStG in der Fassung vom 31.12.2004 für eine Versorgungszusage genutzt wird, die vor 2005 erteilt wurde (vgl. § 52 Absatz 6 Satz 3 EStG).

Wird bei einer Rentenversicherung mit Kapitalwahlrecht das Kapitalwahlrecht innerhalb des letzten Jahres vor dem altersbedingten Ausscheiden der versicherten Person aus dem Erwerbsleben ausgeübt, steht dies der Steuerfreiheit der Beiträge nach § 3 Nr. 63 EStG nicht entgegen.

Bitte beachten Sie, dass insbesondere im Falle der Beendigung oder Ruhen des Dienstverhältnisses sowie bei Entsendungen Sonderregelungen gelten.

Beiträge für nach dem 31.12.2004 erteilte Direktversicherungszusagen sind in folgenden Fällen nach den individuellen Lohnsteuermerkmalen des Arbeitnehmers zu versteuern:

a) Die Voraussetzungen der Lohnsteuerfreiheit nach § 3 Nr. 63 EStG liegen nicht vor oder
b) der Arbeitnehmer verlangt nach § 1a Abs. 3 BetrAVG, dass die Voraussetzungen für eine Förderung nach § 10a oder Abschnitt XI EStG ("Riester-Förderung") erfüllt werden oder
c) der Arbeitnehmer leistet eigene Beiträge aus bereits zugeflossenem versteuertem Einkommen (z. B. private Fortführung einer Direktversicherung durch den Arbeitnehmer) oder
d) der lohnsteuerfreie Gesamthöchstbetrag des § 3 Nr. 63 EStG wird überschritten oder
e) während der Aufschubphase wird ein vereinbartes Kapitalwahlrecht (nicht bei der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung) ausgeübt.

2.2 Anspruch auf Riester-Zulage

Grundsätzlich kann für die Beiträge zu einer Direktversicherung vom Arbeitnehmer die so genannte "Riester-Förderung" (Zulage in Verbindung mit dem Sonderausgabenabzug nach § 10a EStG) in Anspruch genommen werden. Dabei ist Folgendes zu beachten:

Nimmt der Arbeitnehmer im Rahmen einer Entgeltumwandlung für eine weitere Direktversicherung, Pensionskasse oder einen Pensionsfonds die individuelle Lohnversteuerung in Verbindung mit der "Riester-Förderung" in Anspruch, wird dieser Entgeltumwandlungsbeitrag auf die lohnsteuerfreie Grenze nach § 3 Nr. 63 EStG angerechnet. Nur für den evtl. verbleibenden Differenzbetrag kann noch im Wege der Entgeltumwandlung die Lohnsteuerfreiheit nach § 3 Nr. 63 EStG in Anspruch genommen werden.

2.3 Besteuerung von (zugeflossenen) Rentenleistungen beim Arbeitnehmer

Die Besteuerung der Leistungen aus Direktversicherungen ist nach der jeweiligen steuerlichen Behandlung der zugrunde liegenden Beiträge zu beurteilen:

- Rentenleistungen (Alters-, Hinterbliebenen-, Berufsunfähigkeitsrente), die auf nach § 3 Nr. 63 EStG lohnsteuerfreien Beiträgen oder nach § 10a oder Abschnitt XI oder XII EStG geförderten Beiträgen beru-

hen, werden (bei Zufluss) beim Empfangsberechtigten (Arbeitnehmer oder seine Hinterbliebenen) nach § 22 Nr. 5 Satz 1 EStG in vollem Umfang besteuert (nachgelagerte Besteuerung).

- Alters- bzw. Hinterbliebenenrentenleistungen, soweit die Leistungen auf Beiträgen, die nicht nach § 3 Nr. 63, 63a § 10a oder Abschnitt XI oder XII EStG geförderten Beiträgen beruhen, unterliegen beim Empfangsberechtigten (bei Zufluss) als sonstige Einkünfte in Höhe des Ertragsanteils der Einkommensteuer (§ 22 Nr. 5 Satz 2 Buchstabe a) i. V. m. § 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG). Der Ertragsanteil wird mit einem Prozentsatz aus den jährlichen Renten errechnet. Dieser Prozentsatz richtet sich nach dem Alter der versicherten Person bei Beginn der Altersrentenzahlung (§ 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG). Werden Leibrenten nach dem Tod der versicherten Person während einer Rentengarantiezeit weitergezahlt, unterliegen diese Renten weiterhin mit ihrem bisherigen Ertragsanteil der Einkommensteuer. Lebenslange Hinterbliebenenrenten sind ebenfalls als sonstige Einkünfte mit dem Ertragsanteil zu versteuern (§ 22 Nr. 5 Satz 2 a) i. V. m. § 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG). Der Prozentsatz des Ertragsanteils richtet sich nach dem Alter des/der Hinterbliebenen zu Beginn der Hinterbliebenenrente.
- Berufsunfähigkeitsrentenleistungen, soweit die Leistungen auf Beiträgen, die nicht nach § 3 Nr. 63, 63a § 10a oder Abschnitt XI oder XII EStG geförderten Beiträgen beruhen, unterliegen beim Empfangsberechtigten (bei Zufluss) als sonstige Einkünfte in Höhe des Ertragsanteils für abgekürzte Leibrenten der Einkommensteuer (§ 22 Nr. 5 Satz 2 a) i. V. m. § 22 Nr. 1 Satz 3 a) bb) EStG i. V. m. § 55 Abs. 2 EStDV). Der Ertragsanteil wird mit einem Prozentsatz aus den jährlichen Renten errechnet. Dieser Prozentsatz richtet sich nach der Laufzeit der Rente ab Beginn des Rentenbezugs, es sei denn, aufgrund der Regelungen in § 55 EStDV ergibt sich, dass sich der Prozentsatz nach dem Alter der versicherten Person bei Rentenbeginn richtet.
- Kapitalzahlungen unterliegen bei Auszahlung der vollen Versteuerung nach § 22 Nr. 5 Satz 1 EStG, soweit diese auf lohnsteuerfreien Beiträgen im Sinne von § 3 Nr. 63 EStG beruhen.
- Kapitalzahlungen, die nicht auf nach § 3 Nr. 63, § 10a oder Abschnitt XI oder XII EStG geförderten Beiträgen beruhen, sind bei Auszahlung hinsichtlich der Erträge gemäß §§ 22 Nr. 5 S. 2 b) i.V.m. § 20 Absatz 1 Nr. 6 EStG steuerpflichtig. Bemessungsgrundlage (= Ertrag) ist der Auszahlungsbetrag, vermindert um die Eigenbeiträge und die Beträge der steuerlichen Förderung. Wird die Kapitalzahlung nach Vollendung des 62. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und nach Ablauf von zwölf Jahren seit dem Vertragsabschluss ausgezahlt, ist nur die Hälfte des Ertrags einkommensteuerpflichtig. Es handelt sich um eine schädliche Verwendung mit der Folge, dass die ausgezahlten Zulagen und ggf. die steuerliche Förderung zurückzuzahlen sind. Wenn wesentliche Vertragsmerkmale einer Versicherung (Versicherungslaufzeit, Versicherungssumme, Beitragshöhe, Beitragszahlungsdauer) geändert wurden, kann dies im Umfang der Änderung als neuer Vertrag gelten, für den die Mindestvertragsdauer bzw. die Regelungen zum vollendeten 62. Lebensjahr ab dem vereinbarten Änderungszeitpunkt neu zu laufen begannen.

2.4 Besteuerung Beiträge, Ansprüche und Leistungen beim Arbeitgeber

Beiträge zu Direktversicherungen (arbeitgeber- oder arbeitnehmerfinanziert) sind beim Arbeitgeber grundsätzlich als Betriebsausgaben abzugsfähig. Dies gilt auch für Arbeitgeberzuschüsse nach § 1a Absatz 1a BetrAVG.

Ansprüche aus einer Direktversicherung sind vom Arbeitgeber nicht zu aktivieren, soweit der Arbeitnehmer oder seine Hinterbliebenen bezugsberechtigt sind. Für abgetretene oder beliehene Direktversicherungen können Sonderregelungen gelten (§ 4b EStG). Sind die Ansprüche aus einer Direktversicherung (teilweise) dem Arbeitgeber zuzurechnen, müssen sie bei Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich als Ansprüche aus Lebensversicherungen, die zu einem Betriebsvermögen gehören, aktiviert werden. Leistungen aus Direktversicherungen sind als Betriebseinnahmen zu erfassen, soweit sie dem Arbeitgeber zustehen.

Ist die steuerliche Behandlung der Beiträge beim Arbeitnehmer nicht vertraglich festgelegt, ist der Arbeitgeber verpflichtet, die Versteuerung jährlich dem Versicherer zu melden (§ 6 Altersvorsorge-Durchführungsverordnung).

Für Arbeitnehmer im ersten Dienstverhältnis mit geringem Arbeitslohn kann der Arbeitgeber unter den Voraussetzungen des § 100 EStG einen staatlichen Zuschuss (Förderbetrag) für einen zusätzlichen Arbeitgeberbeitrag zur kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung erhalten. Der Förderbetrag beträgt im Kalenderjahr 30 Prozent des zusätzlichen Arbeitgeber-beitrags, höchstens 288 Euro.

Bei der Ermittlung des Förderbetrages werden nicht berücksichtigt:
- Arbeitgeberzuschuss nach § 1a Absatz 1a BetrAVG und
- Arbeitgeberbeiträge in der Höhe, in der sie im Jahr 2016 an einen Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder für eine Direktversicherung geleistet wurden.

Der Arbeitgeberbeitrag im Sinne des § 100 Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 EStG ist bis 960 Euro im Kalenderjahr für den Arbeitnehmer steuerfrei. Die Steuerfreistellung nach § 3 Nr. 63 EStG bleibt hiervon unberührt.

Für die Inanspruchnahme des Förderbetrags sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der Beitragsleistung maßgeblich. Spätere Änderungen der Verhältnisse sind unbeachtlich. Abweichend davon sind die für den Arbeitnehmer geltend gemachten Förderbeträge vom Arbeitgeber zurückzuzahlen, wenn eine Anwartschaft auf Leistungen aus einer durch den Förderbeitrag geförderten betrieblichen Altersversorgung später verfällt und sich daraus eine Rückzahlung an den Arbeitgeber ergibt. Der Förderbetrag ist nur zurückzuzahlen, soweit er auf den Rückzahlungsbetrag entfällt.

3. Gewerbesteuer

Beiträge zu Direktversicherungen, die einkommensteuer- bzw. körperschaftsteuerlich als Betriebsausgaben abgezogen werden können, mindern den Gewinn aus Gewerbebetrieb und damit den Gewerbeertrag als Teil der Bemessungsgrundlage der Gewerbesteuer.

4. Versicherungsteuer

Die Beiträge zur Direktversicherung unterliegen grundsätzlich nicht der inländischen Versicherungsteuer. Bei einem Wegzug ins Ausland hat der Versicherungsnehmer die Provinzial hierüber zu informieren. Gegebenenfalls fällt eine ausländische Versicherungsteuer an. Die Beiträge unterliegen jedoch der Versicherungsteuer, soweit im Fall der Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit Ansprüche begründet werden, die nicht unmittelbar oder mittelbar der Versorgung der versicherten Person (Risikoperson) oder von deren Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder des § 15 Abgabenordnung (AO) dienen (§ 4 Absatz 1 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz (VersStG).

Eine Versicherung dient der Versorgung der versicherten Person oder von deren Angehörigen, wenn die Versicherungsleistung diesen zugutekommen soll. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der versicherten Person oder deren Angehörigen ein unbedingter Anspruch oder ein Bezugsrecht aus der Versicherung zusteht, die versicherte Person ein Angehöriger des Versicherungsnehmers ist und dieser die Versicherungsleistung für den Angehörigen beanspruchen kann, der Versicherung eine entsprechende gesetzliche oder vertragliche Verpflichtung des Versicherungsnehmers gegenüber der versicherten Person zugrunde liegt oder der Versicherungsnehmer die Versicherung zur Abdeckung der Risiken einer Personengruppe abschließt und er die Versicherungsleistung nur für die Gruppenmitglieder beanspruchen kann.

Bei einer Sicherungsabtretung oder Verpfändung der Ansprüche aus der Versicherung an einen Gläubiger (z. B. Kreditinstitut) im Zusammenhang mit einer Verbindlichkeit der versicherten Person (natürliche Person) dient die Versicherungsleistung im Versicherungsfall mittelbar der Versorgung der versicherten Person, da sie von einer Verbindlichkeit befreit wird.

Angehörige der versicherten Person nach § 7 PflegeZG und § 15 AO sind insbesondere
- der Verlobte, solange die Verlobung besteht,
- der Ehegatte oder Lebenspartner, auch wenn die Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht,
- die Großeltern, Eltern, Schwiegereltern und Stiefeltern,
- die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder und
- die Geschwister und deren Kinder.

Die Beurteilung, ob die Versicherung die Voraussetzungen der Steuerbefreiung erfüllt, nehmen wir bei Vertragsabschluss anhand der Angaben des Versicherungsnehmers vor. Diese Beurteilung legen wir solange dem Vertrag zu Grunde, bis wir Kenntnis von Umständen erlangen, die zu einer abweichenden steuerrechtlichen Beurteilung führen.

Ändern sich nach Vertragsabschluss Umstände, die zu einer von der anfänglichen Beurteilung abweichenden Beurteilung führen, beginnt oder endet die Steuerbefreiung zum Zeitpunkt des Eintritts der Umstände (§ 4 Abs. 2 VersStG).

Treten nachträglich Umstände ein, die eine Steuerbefreiung begründen, wird die Versicherungsteuer auf unseren Antrag vom Finanzamt erstattet, soweit Beiträge für einen Zeitraum nach Eintritt dieser Umstände gezahlt worden sind. Die erstattete Steuer leiten wir an den Versicherungsnehmer weiter.

Erlischt die Steuerbefreiung, ist die Versicherungsteuer nachzuentrichten, soweit Beiträge für einen Zeitraum nach Entfallen der Steuerbefreiung gezahlt worden sind. In diesem Fall werden wir gemäß § 9 Abs. 7 VersStG die Versicherungsteuer beim Versicherungsnehmer nachträglich einfordern.

Wir melden die uns entrichtete Versicherungsteuer bei der zuständigen Finanzbehörde an und führen sie dorthin ab.

Die Versicherungsteuer beträgt derzeit 19 Prozent des steuerpflichtigen Beitrags.

Bei steuerpflichtigen Beiträgen informieren wir Sie über
- den Betrag der Versicherungsteuer in Euro,
- den Steuersatz und
- die vom Bundeszentralamt für Steuern erteilte Versicherungsteuernummer, zu der die Steuer abgeführt wird.

5. Umsatzsteuer
Beiträge zu und Leistungen aus Versicherungen sind grundsätzlich umsatzsteuerfrei. Dies gilt einheitlich für die Europäische Union.

6. Erbschaft-/Schenkungsteuer
Erhält der Arbeitnehmer selbst die Versicherungsleistung, ist diese nicht erbschaft-/schenkungsteuerpflichtig.

Hinterbliebenenbezüge, die auf ein Dienstverhältnis des Erblassers zurückzuführen sind und die auf Tarifvertrag, Betriebsordnung, Betriebsvereinbarung, betrieblicher Übung oder dem Gleichbehandlungsgrundsatz beruhen, unterliegen nicht der Erbschaftsteuer. Sie können jedoch auf den Versorgungsfreibetrag anzurechnen sein (vgl. §17 ErbStG). Hinterbliebene im erbschaftsteuerlichen Sinne sind dabei nur die Bezugsberechtigten, die die persönlichen Voraussetzungen für eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung des Erblassers nach §§ 46-48 SGB VI erfüllen.

Hinterbliebenenbezüge, die auf einem zwischen Erblasser und seinem Arbeitgeber geschlossenen Einzelvertrag beruhen, sind, soweit sie angemessen sind, nicht steuerbar. Als "angemessen" sind nach Auffassung der Finanzverwaltung solche Hinterbliebenenbezüge anzusehen, die 45 Prozent des Brutto-Arbeitslohnes des verstorbenen Arbeitnehmers nicht übersteigen (vgl. R 3.5 Abs. 3 Erbschaftssteuerrichtlinie (ErbStR)). Unter diese nicht steuerbaren Hinterbliebenenbezüge fallen auch die Hinterbliebenenbezüge, die ein Gesellschafter-Geschäftsführer mit der GmbH, deren Geschäftsführer er war, vereinbart hat, wenn der Gesellschafter-Geschäftsführer wie ein Nichtgesellschafter als abhängiger Geschäftsführer an-zusehen war und die Hinterbliebenenbezüge angemessen sind.

Erwerben die Hinterbliebenen des Arbeitnehmers die Leistungen aus einer Direktversicherung aus dem Nachlass des Arbeitnehmers, unterliegen die Leistungen der Erbschaftsteuer.

Leistungen aus Direktversicherungen, die an Hinterbliebene von beherrschenden Gesell-schafter-Geschäftsführern einer Kapitalgesellschaft gezahlt werden, unterliegen unabhängig vom Rechtsgrund des Erwerbs stets der Erbschaftsteuer.

Erbschaftsteuerpflicht besteht bei Leistungen an Personen, die keine Hinterbliebenen im erbschafsteuerlichen Sinne sind.

Ob tatsächlich Erbschaft- bzw. Schenkungsteuer anfällt, ist von den individuellen Verhältnissen (z. B. den zur Verfügung stehenden Freibeträgen) abhängig.

Der Versicherer ist verpflichtet, in Fällen in denen an einen anderen als den Versicherungsnehmer ausgezahlt wird, dem für die Verwaltung der Erbschaftsteuer zuständigen Finanzamt schriftlich anzuzeigen (vgl. § 33 Erbschaftsteuer und Schenkungssteuergesetz (ErbStG)) in Verbindung mit § 3 Erbschaftsteuer-Durchführungsverordnung (ErbStDV)).

Die Anzeige darf bei Kapitalversicherungen unterbleiben, wenn der auszuzahlende Betrag 5.000 Euro nicht übersteigt (§ 3 Abs. 3 ErbStDV).

7. Meldepflichten

Rentenbezugsmitteilung
Der Versicherer hat über die ausgezahlten Leistungen eine Rentenbezugsmitteilung an die Deutsche Rentenversicherung Bund als zentrale Stelle zu übermitteln (§§ 22a, 81 EStG). Sie informiert die Finanzverwaltung entsprechend.

8. Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland

Sofern die bezugsberechtigte Person aus dem Vertrag den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat, könnten die Rentenzahlungen oder eine Kapitalleistung in Deutschland der beschränkten Einkommensteuerpflicht unterliegen, aber auch aufgrund eines etwaigen Doppelbesteuerungsabkommens in Deutschland steuerfrei, aber im Ausland steuerpflichtig sein.

Lassen Sie sich in einem solchen Fall von einem Steuerberater steuerlich beraten.