

Bedingungen für Plan D

Das Kraftpaket

Stand: Januar 2022

Tarif in Kurzform: DGF

Liebe Kundin, lieber Kunde,

schön, dass Sie sich für Plan D entschieden haben. Diese Bedingungen haben wir für Sie als unseren Versicherungsnehmer gemacht. Sie sind die Grundlage für Ihre Versicherung Plan D.

Plan D – kurz und knapp

Plan D sichert Fähigkeiten ab. Wir bieten Ihnen hierzu drei Pakete an: „Die 1“, „Die 2“ und „Die 3“. Der Umfang Ihres Schutzes richtet sich danach, für welches Paket Sie sich entschieden haben. Zusätzlich können Sie Bausteine einschließen: „Die Arbeit“, „Der Krankenschein“, „Der Führerschein“ oder „Das Pflege Plus“. Im Fall der Fälle zahlen wir Ihnen eine monatliche Rente.

Wir möchten, dass Sie uns verstehen. Deshalb haben wir unser Versicherungsdeutsch für Sie übersetzt. In den Bedingungen finden Sie markierte Begriffe. Diese erläutern wir am Ende dieser Bedingungen unter Nummer 45. Sollte dennoch etwas unklar sein, können Sie sich gern bei uns melden.

Ihre
Dortmunder
Lebensversicherung AG

Ihr Schutz

1.	Welchen Schutz haben Sie mit uns vereinbart?	4
2.	Was heißt Verlust einer Fähigkeit?	5
3.	Wann sprechen wir von einer schweren Depression oder einer Schizophrenie?	9
4.	Wann sprechen wir von Pflegebedürftigkeit oder Demenz?	10
5.	Wann sprechen wir vom Verlust der Fähigkeit zum Auto- oder Motorradfahren?	11
6.	Wann sprechen wir vom Verlust der Arbeitskraft?	11

Unsere Leistungen

7.	Welche Leistungen bekommen Sie?	12
8.	Welche zusätzlichen Leistungen bekommen Sie?	12
9.	Wann sprechen wir von Arbeitsunfähigkeit und welche Leistungen bekommen Sie?	14
10.	Wann können Sie Ihren Schutz ohne eine erneute Prüfung der Gesundheit erhöhen?	15
11.	Welche Bedeutung hat die Verlängerungsgarantie bei Erhöhung der Regelaltersgrenze?	17
12.	Welche Möglichkeiten haben Sie, wenn Sie die Option „Der Schichtwechsel“ vereinbart haben?	17
13.	Wann können Sie den Baustein „Der Führerschein“ ohne eine erneute Prüfung der Gesundheit einschließen?	19
14.	Wann haben Sie Anspruch auf Leistungen?	19
15.	Wann enden unsere Leistungen?	19
16.	Was müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen erhalten möchten?	20
17.	Wie unterstützen wir Sie im Leistungsfall?	22
18.	Wann informieren wir Sie, ob und in welchem Umfang wir leisten?	22
19.	Was gilt, wenn wir unsere Pflicht zur Leistung anerkannt haben?	22
20.	Was gilt, wenn Sie Ihre Pflichten im Leistungsfall oder bei einer Nachprüfung verletzen?	22
21.	Wer erhält die vereinbarten Leistungen?	23
22.	Wie wichtig ist der Versicherungsschein?	24

Ihr Beitrag

23.	Worauf müssen Sie achten, wenn Sie Beiträge zahlen?	24
24.	Was passiert, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	25

Regelungen für die automatische Erhöhung Ihrer Beiträge und Leistungen

25.	Was gilt, wenn Sie die automatische Erhöhung Ihrer Beiträge und Leistungen vereinbart haben?	26
-----	----------------------------------------------------------------------------------------------	----

Stundung, Zahlungspause, Beiträge reduzieren, Versicherung beitragsfrei stellen oder kündigen

26.	Wie können Sie eine Stundung der Beiträge oder eine Zahlungspause mit uns vereinbaren?	27
27.	Wann können Sie Ihre Beiträge reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?	28
28.	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?	29

Kosten Ihrer Versicherung

29.	Welche Kosten entstehen bei Ihrer Versicherung?	29
-----	-------------------------------------------------	----

Beteiligung an den Überschüssen

30.	Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven?	31
-----	---------------------------------------------------------------------------	----

Vorvertragliche Anzeigepflicht

31. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? 32

Weitere Regelungen

32. Wann haben Sie keinen Schutz? 35
33. Wann dürfen wir den Beitrag erhöhen oder die Leistungen reduzieren? 36
34. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Bedingungen anpassen und wann wird eine neue Bestimmung wirksam? 36
35. Was gilt, wenn sich Ihr Name oder Ihre Adresse ändert? 37
36. Was müssen Sie uns außerdem mitteilen? 37
37. Welches Recht gilt für diese Versicherung? 37
38. Was können Sie bei Meinungsverschiedenheiten tun? 37

Bedingungen für den vorläufigen Schutz bei Plan D

39. Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Schutz? 40
40. Wann beginnt und endet der vorläufige Schutz? 40
41. Was ist vorläufig versichert? 40
42. Wann ist der vorläufige Schutz ausgeschlossen? 40
43. Was kostet der vorläufige Schutz? 40
44. Wie ist das Verhältnis zum Hauptvertrag und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Schutz? 41

Wichtige Begriffe

45. Kurze Erläuterung einiger wichtiger Begriffe 42

Bedingungen für Plan D

Ihr Schutz

1. Welchen Schutz haben Sie mit uns vereinbart?

- 1.1 Plan D bietet Schutz, wenn die Leistungsfähigkeit der versicherten Person eingeschränkt ist. Dies bedeutet:
- Die versicherte Person verliert während der Laufzeit der Versicherung mindestens eine der in den Paketen „Die 1“, „Die 2“ oder „Die 3“ versicherten Fähigkeiten. Was als Verlust einer Fähigkeit gilt, haben wir unter 2. beschrieben. Es gelten jeweils die Fähigkeiten des gewählten Pakets.
 - Die versicherte Person wird pflegebedürftig oder dement. Was pflegebedürftig heißt, steht unter 4.1. Was dement bedeutet, steht unter 4.2.
 - Bei der versicherten Person kommt es zu einer schweren Depression oder einer Schizophrenie, wie unter 3. beschrieben. Dieser Schutz besteht nur, wenn Sie das Paket „Die 3“ vereinbart haben.
 - Die versicherte Person darf nicht mehr Auto oder Motorrad fahren, wie unter 5. beschrieben. Dieser Schutz besteht nur, wenn Sie den Baustein „Der Führerschein“ vereinbart haben.
 - Die versicherte Person verliert ihre Arbeitskraft, wie unter 6. beschrieben. Dieser Schutz besteht nur, wenn Sie den Baustein „Die Arbeit“ vereinbart haben. Dies ist nur möglich, wenn Sie das Paket „Die 3“ gewählt haben.

Wichtig für Sie: Wir definieren eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit anders als der Gesetzgeber. Unsere Definitionen stimmen nicht mit dem Sozialgesetzbuch oder den Bedingungen von privaten Krankenversicherungen überein.

Ihr Schutz beginnt erst, wenn wir Ihren Antrag annehmen. Aber nicht vor dem vereinbarten Beginn von Plan D.

Welchen Schutz Sie mit uns vereinbart haben und alle weiteren wesentlichen Informationen stehen in Ihrem Versicherungsschein.

- 1.2 „Die 1“
Das Paket „Die 1“ bietet Schutz, wenn die versicherte Person eine der folgenden Fähigkeiten verliert:
- Sehen
 - Hören
 - Sprechen
 - Gebrauch einer Hand
 - Fingerfertigkeit
 - Schreiben
 - Gebrauch eines Arms
 - Heben und Tragen
 - Sitzen
 - Stehen
 - Gehen
 - Treppensteigen
 - Knien
 - Bücken
 - Gleichgewicht
- 1.3 „Die 2“
Das Paket „Die 2“ bietet Schutz, wenn die versicherte Person eine der folgenden Fähigkeiten verliert:
- Sehen
 - Hören
 - Sprechen
 - Gebrauch einer Hand
 - Fingerfertigkeit
 - Schreiben
 - Gebrauch eines Arms

- Heben und Tragen
- Sitzen
- Stehen
- Gehen
- Treppensteigen
- Knien
- Bücken
- Gleichgewicht
- Herzfunktion
- Lungenfunktion
- Geistige Leistungsfähigkeit
- Eigenverantwortliches Handeln

1.4 „Die 3“

Das Paket „Die 3“ bietet Schutz, wenn die versicherte Person eine der folgenden Fähigkeiten verliert:

- Sehen
- Hören
- Sprechen
- Gebrauch einer Hand
- Fingerfertigkeit
- Schreiben
- Gebrauch eines Arms
- Heben und Tragen
- Sitzen
- Stehen
- Gehen
- Treppensteigen
- Knien
- Bücken
- Gleichgewicht
- Herzfunktion
- Lungenfunktion
- Geistige Leistungsfähigkeit
- Eigenverantwortliches Handeln

Außerdem bietet das Paket „Die 3“ Schutz bei einer schweren Depression oder einer Schizophrenie.

1.5 Ihr Schutz gilt weltweit.

Versicherte Fähigkeiten

2. Was heißt Verlust einer Fähigkeit?

Ihr Schutz ist davon abhängig, für welches Paket Sie sich entschieden haben: „Die 1“, „Die 2“ oder „Die 3“. Im Folgenden beschreiben wir, welche Fähigkeiten in den Paketen versichert sind und wann ein Verlust vorliegt.

Versicherte Fähigkeiten bei „Die 1“, „Die 2“, „Die 3“

2.1 Sehen

Das Sehvermögen der versicherten Person ist stark eingeschränkt. Das bedeutet, dass auch mit Hilfsmitteln, wie zum Beispiel Brille oder Kontaktlinsen, oder nach therapeutischen Maßnahmen

- auf beiden Augen jeweils nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder
- in alle Richtungen eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.

2.2 Hören

Das Hörvermögen der versicherten Person ist stark eingeschränkt. Das bedeutet, dass auch mit Hilfsmitteln, wie zum Beispiel Hörgeräten, auf beiden Ohren ein Hörverlust

- von mindestens 75 % oder

- von mindestens 60 dB bei einer Tonfrequenz von 2 kHz vorliegt. Der Hörverlust muss mittels Tonaudiogramm nachgewiesen werden.

2.3 Sprechen

Die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der versicherten Person ist nach abgeschlossenem Spracherwerb stark eingeschränkt. Das bedeutet, dass die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel, wie zum Beispiel eines Kehlkopfmikrofons, von einem unabhängigen Dritten nicht mehr verstanden wird, weil sie keine verständlichen Wörter mehr aussprechen kann.

Bei einer aphasischen Störung muss die Einschränkung durch einen geeigneten Test wie zum Beispiel dem Aachener Aphasiatetest nachgewiesen werden. Eine aphasische Störung ist eine Sprachstörung durch eine Hirnschädigung. Sie kann zum Beispiel durch einen Schlaganfall oder ein Schädelhirntrauma ausgelöst werden.

2.4 Gebrauch einer Hand

Die versicherte Person kann nicht mehr mit der rechten oder mit der linken Hand

- eine geöffnete Flasche mit Schraubverschluss verschließen und wieder öffnen oder
- mit einer Schere ein Blatt Papier durchschneiden oder
- ein leeres Wasserglas greifen und mit abgestütztem Unterarm 5 Minuten lang halten.

2.5 Fingerfertigkeit

Die versicherte Person kann nicht mehr mit der rechten oder mit der linken Hand

- einen unbeschädigten Reißverschluss einer Jacke aufziehen oder
- eine Tür mit Zylinderschloss aufschließen, wenn sich der Schlüssel bereits im Schloss befindet.

2.6 Schreiben

Die versicherte Person kann aufgrund von motorischen Einschränkungen weder mit der rechten noch mit der linken Hand mindestens 5 sinnvolle Wörter mit jeweils mindestens 10 Buchstaben

- mit einem Schreibstift in Druckbuchstaben abschreiben oder
- mithilfe der Bildschirmtastatur eines Smartphones oder Tablets mit einer Displaygröße von mindestens 5 Zoll abtippen, so dass ein unabhängiger Dritter diese Wörter lesen kann.

2.7 Gebrauch eines Arms

Die versicherte Person kann nicht mehr den linken oder rechten Arm

- seitwärts bewegen und abgespreizt auf Schulterhöhe 10 Sekunden halten sowie
- nach vorne bewegen, abgespreizt auf Schulterhöhe 10 Sekunden halten und in beide Richtungen drehen.

Oder die versicherte Person kann weder einen Nackengriff noch einen Schürzengriff ausführen.

Ein Nackengriff bedeutet, dass beide Hände gleichzeitig hinter den Kopf bewegt werden und den Nacken 10 Sekunden lang berühren.

Ein Schürzengriff bedeutet, dass beide Hände gleichzeitig am Rücken zusammengeführt werden und dort 10 Sekunden lang gehalten werden.

2.8 Heben und Tragen

Die versicherte Person kann nicht mehr mit der rechten oder der linken Hand einen 2 Kilogramm schweren Gegenstand mit Griff, wie zum Beispiel einen Eimer, von einem Tisch anheben und diesen 5 Meter weit über einen ebenen und festen Boden tragen.

2.9 Sitzen

Die versicherte Person kann nicht mehr 20 Minuten ununterbrochen auf einem Stuhl mit Rücken- und Armlehnen sitzen, auch nicht, wenn sie die Sitzhaltung ändert.

- 2.10 Stehen
Die versicherte Person kann nicht mehr 10 Minuten lang auf festem und ebenem Boden stehen ohne sich abzustützen, auch nicht, wenn sie ihre Körperhaltung verändert.
- 2.11 Gehen
Die versicherte Person kann nicht mehr selbstständig 400 Meter über einen festen, ebenen Boden gehen, auch nicht mit einer Pause von höchstens einer Minute oder geeigneten Hilfsmitteln.
Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Prothesen, Orthesen oder Unterarmgehstützen.
Kann die versicherte Person nur noch mit Hilfe eines Rollators gehen, liegt auch ein Verlust der Fähigkeit Gehen vor.
- 2.12 Treppensteigen
Die versicherte Person kann nicht mehr selbstständig eine Treppe von 12 Stufen mit einer Stufenhöhe von 18-20 cm und für Wohngebäude üblichem Bodenbelag hinauf- und hinabsteigen, auch nicht mit einer Pause von höchstens einer Minute oder geeigneten Hilfsmitteln.
Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Treppengeländer, Prothesen, Orthesen oder Unterarmgehstützen.
- 2.13 Knien
Die versicherte Person kann sich nicht mehr mit beiden Knien auf den Boden hinknien und sich danach aus eigener Kraft wieder aufrichten, auch nicht, wenn sie sich dabei am Boden abstützt.
- 2.14 Bücken
Die versicherte Person kann sich auch mit gebeugten Knien nicht mehr soweit bücken, dass sie mit den Fingerspitzen beider Hände den Boden berühren kann, und sich danach aus eigener Kraft wieder aufrichten.
- 2.15 Gleichgewicht
Der Gleichgewichtssinn der versicherten Person ist dermaßen gestört, dass sie Leitern oder Gerüste nicht mehr ohne stark erhöhte Unfallgefahr besteigen kann. Die Störung muss durch
- eine Verletzung oder organische Erkrankung des Gehirns wie zum Beispiel Multiple Sklerose, Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Hirntumor, Epilepsie oder
 - eine nachweisbare Schädigung des Gleichgewichtsorgans oder
 - eine Schädigung der kleinen Nerven der Füße und Unterschenkel, genannt Polyneuropathie,
- verursacht worden sein. Ausgeschlossen sind Polyneuropathien und Epilepsien, die nachweisbar auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch zurückzuführen sind.

Zusätzlich versichert bei „Die 2“ und „Die 3“

- 2.16 Herzfunktion
Die Pumpleistung des Herzens der versicherten Person ist durch eine Verletzung oder eine Erkrankung wie zum Beispiel Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen oder Entzündungen des Herzmuskels erheblich gemindert. Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor, wenn
- die Ejektionsfraktion kleiner oder gleich 30 % oder
 - das Fractional Shortening kleiner oder gleich 15 % ist.

Ejektionsfraktion und Fractional Shortening sind Messgrößen für die Pumpleistung des Herzens. Die Normalwerte sind ungefähr doppelt so hoch wie die vorgenannten Werte.

Die Pumpleistung des Herzens muss unumkehrbar gemindert und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß besserbar sein.

Wir zahlen die Rente auch weiter, wenn sich die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessern.

2.17 Lungenfunktion

Die Leistungsfähigkeit der Lunge der versicherten Person ist durch eine Verletzung oder Erkrankung wie zum Beispiel schweres Asthma, Emphyseme oder chronische Entzündungen dauerhaft und unumkehrbar erheblich eingeschränkt. Das heißt,

- die versicherte Person hat eine Sauerstoff-Langzeit-Therapie mit einem Umfang von mindestens 8 Stunden pro Tag begonnen und diese Therapie dauert noch an und
- die verordnete Sauerstoff-Langzeit-Therapie erfolgt nach den gültigen medizinischen Leitlinien.

Wir zahlen die Rente auch weiter, wenn sich die Lungenfunktion durch eine Transplantation von Lungengewebe verbessert.

2.18 Geistige Leistungsfähigkeit

Die geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist so schwer gestört, dass sie alltagsrelevante Tätigkeiten nicht mehr ausüben kann. Zur geistigen Leistungsfähigkeit gehören zum Beispiel das Gedächtnis, die Konzentration, die Aufmerksamkeit, die Auffassung, die Handlungsplanung, die zeitliche und räumliche Orientierung oder die Orientierung zur eigenen Person. Ursachen der Störungen können beispielsweise eine Hirnschädigung oder eine Psychose sein.

Zu den alltagsrelevanten Tätigkeiten zählen unter anderem:

- Essenszubereitung,
- Führung des Haushalts,
- Vereinbarung von Terminen und
- Strukturierung des Tages.

Die Störung der geistigen Leistungsfähigkeit muss unter Verwendung normierter psychometrischer Testverfahren festgestellt werden, die

- durch einen Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie durchgeführt werden und
- den geltenden Leitlinien entsprechen.

Beispiele für solche Testverfahren sind:

- Kognitive Basistestung, kurz COGBAT,
- Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung, kurz TAP,
- Wechsler Memory Scale, kurz WMS,
- Wisconsin Card Sorting Test, kurz WCST,
- Kaufman-Neuropsychologischer Kurztest, kurz K-NEK

Die Ergebnisse der Testverfahren müssen beim Vergleich mit der zur Normierung verwendeten Stichprobe ergeben, dass die versicherte Person in ihrem Altersbereich zu den schwächsten 10 % gehört.

2.19 Eigenverantwortliches Handeln

Die versicherte Person kann nicht mehr eigenverantwortlich handeln. Das bedeutet, sie muss aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung anhand eines psychiatrischen Gutachtens mindestens 6 Monate lang gesetzlich betreut werden oder sie wird seit mindestens 6 Monaten gesetzlich betreut.

Ausdrücklich vom Schutz ausgeschlossen sind alle Fälle, bei denen der Verlust der Fähigkeit eigenverantwortlich zu handeln auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch zurückzuführen ist.

Für alle versicherten Fähigkeiten gilt

- 2.20 Die versicherte Fähigkeit muss voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen verloren sein oder sie ist bereits seit 6 Monaten verloren. Der Beginn der 6-Monatsfrist muss in der Laufzeit von Plan D liegen.

Ist eine Fähigkeit bereits seit 6 Monaten verloren, so gilt dies von Beginn an als Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Das bedeutet, dass wir in diesem Fall auch rückwirkend leisten.

Eine Besserung für maximal 3 Monate gilt nicht als Unterbrechung.

- 2.21 Um Leistungen zu erhalten, müssen Sie nachweisen, dass körperliche Veränderungen zum Verlust der versicherten Fähigkeit geführt haben. Hierzu müssen Sie nachvollziehbare Bescheinigungen eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung vorlegen. Dieser Arzt muss bestätigen, dass die Fähigkeit verloren ist und dass körperliche Veränderungen der Grund dafür sind. Bei den Untersuchungen müssen der aktuelle medizinische Wissensstand und die üblichen Testverfahren berücksichtigt werden.

Beim Verlust der folgenden Fähigkeiten werden auch psychische oder neurotische Störungen als Ursache anerkannt:

- Geistige Leistungsfähigkeit, wie unter 2.18 beschrieben,
- Eigenverantwortliches Handeln, wie unter 2.19 beschrieben.

Welche Nachweise Sie im Einzelnen vorlegen müssen, ist unter 16.2 beschrieben.

Welche ärztlichen Empfehlungen und Maßnahmen die versicherte Person zu beachten hat, ist unter 16.5 beschrieben.

Schwere Depression und Schizophrenie

Dieser Abschnitt gilt, wenn Sie das Paket „Die 3“ vereinbart haben.

3. Wann sprechen wir von einer schweren Depression oder einer Schizophrenie?

Eine schwere Depression im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person leidet unter einer schweren depressiven Episode, die bereits 12 Monate andauert.
- Bei der versicherten Person sind mehrere schwere depressive Episoden mit einer Gesamtdauer von mindestens 12 Monaten aufgetreten, wobei zwischen zwei schweren depressiven Episoden ein Zeitraum von höchstens 6 Monaten lag.

Eine Schizophrenie im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person leidet unter einer Schizophrenie, die bereits 12 Monate ununterbrochen andauert und aufgrund welcher in diesem Zeitraum bereits mindestens ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik stattgefunden hat.
- Die versicherte Person leidet unter einer Schizophrenie, wegen der sie bereits für mindestens 8 Wochen in einer psychiatrischen Klinik ununterbrochen stationär behandelt wurde.

Der Beginn der schweren Depression oder der Schizophrenie muss in der Laufzeit von Plan D liegen.

Die Diagnose der schweren Depression oder der Schizophrenie muss ein Facharzt für Psychiatrie mit den nach aktuellem medizinischem Wissensstand üblichen Befunderhebungen feststellen.

Wir leisten, solange eine schwere Depression oder eine Schizophrenie wie oben beschrieben vorliegt. Das bedeutet:

- Wir leisten rückwirkend ab Beginn der schweren Depression oder der Schizophrenie.
- Wir stellen bei einer schweren Depression die Leistungen erst ein, wenn über einen Zeitraum von 6 Monaten keine schwere depressive Episode mehr vorlag.
- Wir stellen bei einer Schizophrenie die Leistung erst ein, wenn die Diagnosekriterien für eine Schizophrenie über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr nicht mehr erfüllt sind. Insbesondere darf in diesem Zeitraum kein erneuter stationärer Aufenthalt aufgrund von Schizophrenie stattgefunden haben.

Ausdrücklich vom Schutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die Erkrankung aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch entstanden ist.

Pflegebedürftigkeit und Demenz

4. Wann sprechen wir von Pflegebedürftigkeit oder Demenz?

4.1 Pflegebedürftigkeit ist immer mitversichert.

Die versicherte Person ist pflegebedürftig, wenn sie aufgrund von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall bei zwei oder mehr der folgenden Alltagstätigkeiten täglich Unterstützung durch eine andere Person benötigt. Diese Unterstützung benötigt sie

- voraussichtlich mindestens 6 Monate oder
- bereits seit mindestens 6 Monaten und

sie benötigt die Unterstützung auch, wenn technische oder medizinische Hilfsmittel zum Einsatz kommen.

Der Beginn der 6-Monatsfrist muss in der Laufzeit von Plan D liegen.

Benötigt die versicherte Person bereits seit 6 Monaten Unterstützung, so gilt sie von Beginn an als pflegebedürftig. Das bedeutet, dass wir in diesem Fall auch rückwirkend leisten.

Alltagstätigkeiten:

Mobilität

Die versicherte Person kann sich nur mit Unterstützung einer anderen Person auf ebenem Grund in Räumen fortbewegen. Sie benötigt die Unterstützung auch, wenn sie Gehhilfen oder einen Rollstuhl nutzt.

An- und Auskleiden

Die versicherte Person kann sich nur mit Unterstützung einer anderen Person an- oder auskleiden oder ein medizinisches Korsett oder eine Prothese anlegen und befestigen. Sie benötigt die Unterstützung auch, wenn sie krankengerechte Kleidung an- oder auszieht.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Die versicherte Person kann zubereitete und servierte Mahlzeiten nur mit Unterstützung einer anderen Person zu sich nehmen. Sie benötigt die Unterstützung auch, wenn sie krankengerechte Essbestecke und Trinkgefäße benutzt.

Körperpflege

Die versicherte Person benötigt Unterstützung einer anderen Person beim Waschen, Zähneputzen und Kämmen.

Baden und Duschen

Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person beim Baden und Duschen.

Verrichten der Notdurft

Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil

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

Kann die Inkontinenz des Darms beziehungsweise der Blase mit Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden, liegt kein Unterstützungsbedarf vor.

4.2 Demenz ist immer mitversichert.

Demenz liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund einer Hirnleistungsstörung

- tägliche Beaufsichtigung oder Anleitung bei mindestens vier der unter 4.1 aufgeführten Alltagstätigkeiten benötigt oder
- ständige Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst in erheblichem Umfang gefährden würde.

Die Hirnleistungsstörung muss durch einen Facharzt anhand eines anerkannten Testverfahrens nachgewiesen werden. Dabei müssen mindestens „mittelschwere

kognitive Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5 der Global Deterioration Scale nach Reisberg oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen.

Baustein „Der Führerschein“

Dieser Abschnitt gilt, wenn Sie den Baustein „Der Führerschein“ eingeschlossen haben.

5. Wann sprechen wir vom Verlust der Fähigkeit zum Auto- oder Motorradfahren?

Die Fähigkeit zum Auto- oder Motorradfahren gilt als verloren, wenn die versicherte Person für voraussichtlich mindestens 6 Monate oder seit mindestens 6 Monaten aus gesundheitlichen Gründen

- keine Personenkraftwagen mehr führen darf oder
- keine Krafträder mehr führen darf.

Entsprechend gelten 2.20 Satz 2 bis 4.

Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen. Zudem muss der Führerschein nachweislich bei der zuständigen Behörde unaufgefordert abgegeben oder die Fahrerlaubnis nach deutschen verwaltungsrechtlichen Vorschriften entzogen worden sein.

Ausdrücklich vom Schutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die Fahrerlaubnis der versicherten Person aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch oder aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen entzogen oder abgeben wurde.

Baustein „Die Arbeit“

Dieser Abschnitt gilt, wenn Sie den Baustein „Die Arbeit“ eingeschlossen haben.

6. Wann sprechen wir vom Verlust der Arbeitskraft?

6.1 Die Arbeitskraft gilt als verloren, wenn die versicherte Person voraussichtlich für mindestens 6 Monate oder bereits seit 6 Monaten ununterbrochen keine Erwerbstätigkeit mit einer täglichen Arbeitszeit von mindestens 3 Stunden ausüben kann. Eine Besserung für maximal 3 Monate gilt nicht als Unterbrechung.

6.2 Die versicherte Person muss die Arbeitskraft wegen Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall verloren haben. Keine Rolle spielen

- die Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt und die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen,
- der zuletzt ausgeübte Beruf und
- die bisherige Lebensstellung oder das bisher erzielte Einkommen der versicherten Person.

6.3 Kann die versicherte Person bereits seit 6 Monaten keine Erwerbstätigkeit mit einer täglichen Arbeitszeit von mindestens 3 Stunden mehr ausüben, so gilt dies von Beginn an als Verlust der Arbeitskraft. Das bedeutet, dass wir in diesem Fall auch rückwirkend leisten.

6.4 Der Beginn der 6-Monatsfrist muss in der Laufzeit des Bausteins „Die Arbeit“ liegen. Bitte beachten Sie: Es kann sein, dass Sie für den Baustein „Die Arbeit“ eine kürzere Laufzeit vereinbart haben als für Ihren Plan D.

6.5 Unter Erwerbstätigkeit verstehen wir jede Tätigkeit, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich ist und alle selbstständigen Tätigkeiten.

6.6 Welche Nachweise Sie im Einzelnen vorlegen müssen, ist unter 16.2 beschrieben. Welche ärztlichen Empfehlungen und Maßnahmen die versicherte Person zu beachten hat, ist unter 16.5 beschrieben.

6.7 Ist die versicherte Person mindestens 55 Jahre alt, gilt die Arbeitskraft auch dann als verloren, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente von einem Träger der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung erhält.

In diesem Fall genügen uns als Nachweis der Bescheid des entsprechenden Versorgungsträgers und das zugrunde liegende medizinische Gutachten.

In allen anderen Fällen reicht der Bescheid eines Versorgungsträgers nicht aus, um eine Leistung zu erhalten.
Auch hier muss der Beginn der Erwerbsminderung in der Laufzeit des Bausteins „Die Arbeit“ liegen.

Unsere Leistungen

7. Welche Leistungen bekommen Sie?

7.1 Versicherte Leistungen

Wenn die Leistungsfähigkeit der versicherten Person während der Laufzeit von Plan D eingeschränkt ist, wie unter 1.1 beschrieben,

- zahlen wir die vereinbarte Rente monatlich im Voraus und
- Sie müssen keine Beiträge mehr zahlen.

Die Rente erhöht sich nicht dadurch, dass mehrere der unter 1.1 beschriebenen Voraussetzungen vorliegen.

Bitte beachten Sie, dass der Schutz aus dem Baustein „Die Arbeit“, wie unter 6. beschrieben, nur für die Laufzeit dieses Bausteins gilt.

7.2 Garantierte Rentenerhöhung im Leistungsfall

Sie haben mit uns die garantierte Rentenerhöhung vereinbart? Dann erhöht sich Ihre Rente jedes Jahr um den vereinbarten Prozentsatz, solange Sie eine Rente von uns bekommen. Die Erhöhung beginnt frühestens ein Jahr nach dem Beginn der Rentenzahlung.

7.3 Todesfalleistung

Stirbt die versicherte Person während der Laufzeit von Plan D, wenn

- ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, wie unter 1.1 beschrieben, und
- der Eintritt des Leistungsfalls maximal 5 Jahre zurückliegt,

zahlen wir eine Todesfalleistung. Diese entspricht dem 12-Fachen der vereinbarten Monatsrente.

Wir zahlen die Todesfalleistung auch, wenn sich die versicherte Person vorsätzlich selbst tötet. Dies gilt, wenn

- seit Abschluss von Plan D 3 Jahre vergangen sind oder
- uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

Andernfalls leisten wir bei vorsätzlicher Selbsttötung nicht.

7.4 Zusätzlich zu den im Versicherungsschein beschriebenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Beteiligung an den Überschüssen erhalten. Weitere Informationen hierzu stehen unter 30.

Baustein „Das Pflege Plus“

Dieser Abschnitt gilt, wenn Sie den Baustein „Das Pflege Plus“ eingeschlossen haben.

8. Welche zusätzlichen Leistungen bekommen Sie?

Zusätzliche Pflegerente

8.1 Wir zahlen eine zusätzliche Pflegerente in gleicher Höhe wie die vereinbarte Rente bei Plan D, wenn die versicherte Person während der Laufzeit von Plan D

- pflegebedürftig wird, wie unter 4.1, oder
- dement wird, wie unter 4.2 beschrieben.

Solange die Voraussetzungen für „Das Pflege Plus“ erfüllt sind, zahlen wir die zusätzliche Pflegerente in vereinbarter Höhe auch über den Ablauf von Plan D hinaus. Bei der Höhe der Todesfalleistung, wie in 7.3 beschrieben, wird die zusätzliche Pflegerente nicht berücksichtigt.

Pflegeversicherung bei Ablauf von Plan D

8.2 Sie können für die versicherte Person zum Ablauf von Plan D eine Anschluss-Pflegeversicherung abschließen, wenn

- zu diesem Zeitpunkt keine zusätzliche Pflegerente gezahlt wird, wie unter 8.1 beschrieben, und
 - Ihr Plan D weder gekündigt noch beitragsfrei gestellt ist.
- Dieses Recht haben Sie auch, wenn Sie Leistungen, wie unter 7.1 beschrieben, erhalten.
- 8.3 Dieses Recht können Sie nur in den letzten 3 Monaten ausüben, bevor Plan D abläuft.
- 8.4 Wie hoch die Pflegerente bei der Anschluss-Pflegeversicherung sein soll, können Sie selbst bestimmen. Die Pflegerente darf jedoch nicht höher sein als die zuletzt in dem Baustein „Das Pflege Plus“ vereinbarte Pflegerente. Unabhängig davon darf die Pflegerente maximal bei 2.000 Euro im Monat liegen. Der Beitrag richtet sich dann nach dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif. Zuschläge oder Ausschlüsse, die für Plan D gelten, gelten automatisch auch für die Anschluss-Pflegeversicherung. Die Gesundheit der versicherten Person prüfen wir nicht noch einmal. Die Anschluss-Pflegeversicherung beginnt mit dem Ablauf von Plan D.
- 8.5 Wird die versicherte Person während der Laufzeit der Anschluss-Pflegeversicherung
- pflegebedürftig, wie unter 4.1 beschrieben, so dass sie bei mindestens 3 der dort genannten Alltagstätigkeiten Unterstützung durch eine andere Person benötigt, oder
 - dement, wie unter 4.2 beschrieben,
- leisten wir wie folgt:
1. Wir zahlen die vereinbarte Pflegerente voll oder teilweise. Die Höhe hängt von der Anzahl der Alltagstätigkeiten ab, bei denen die versicherte Person Unterstützung benötigt, und davon, ob die versicherte Person dement ist:
 - 6 Alltagstätigkeiten oder Demenz: 100 % der vereinbarten Rente,
 - 4 oder 5 Alltagstätigkeiten: 75 % der vereinbarten Rente,
 - 3 Alltagstätigkeiten: 50 % der vereinbarten Rente.
 2. Sie müssen keine Beiträge mehr zahlen.
- Sie können alternativ eine Anschluss-Pflegeversicherung mit geringeren Leistungen vereinbaren. Dies gilt, wenn wir einen entsprechenden Anschluss-Tarif anbieten.
- 8.6 Vertragspartner für die Anschluss-Pflegeversicherung ist die Dortmunder Lebensversicherung AG. Wenn diese keinen geeigneten Tarif für die Anschluss-Pflegeversicherung anbietet, kann auch ein anderes Unternehmen des VOLKSWOHL BUND-Konzerns Vertragspartner sein.

Automatische Fortsetzung als Anschluss-Pflegeversicherung

- 8.7 Ihr Plan D wird automatisch als Anschluss-Pflegeversicherung mit den unter 8.5 genannten Leistungen fortgesetzt, wenn Sie bis zum Ablauf von Plan D Beiträge zahlen. Drei Monate bevor Ihr Plan D abläuft, erhalten Sie von uns den Versicherungsschein für die Anschluss-Pflegeversicherung. Dieser beschreibt dann die exakten Leistungen. Gleichzeitig bekommen Sie die dann geltenden Bedingungen und die gesetzlich vorgeschriebenen Produktinformationen.

Bei dieser automatischen Fortsetzung zahlen Sie den gleichen Beitrag wie bei Plan D. Die Höhe der Pflegerente wird diesem Beitrag angepasst. Voraussetzung: Die unter 8.4 beschriebene maximale Rente wird nicht überschritten. In den meisten Fällen wird die Pflegerente wesentlich niedriger sein als Ihre Rente bei Plan D. Deshalb können Sie innerhalb der ersten 3 Monate der Anschluss-Pflegeversicherung Ihren Schutz erhöhen. Hierfür gelten die gleichen Bedingungen wie bereits unter 8.4 beschrieben. Die Gesundheit der versicherten Person prüfen wir auch in diesem Fall nicht noch einmal.

Wenn Sie keine Fortsetzung als Anschluss-Pflegeversicherung möchten, können Sie spätestens 4 Wochen nach Beginn der Anschluss-Pflegeversicherung in Textform widersprechen.

Abschluss einer Pflegeversicherung während der Laufzeit von Plan D

- 8.8 Anstelle der Anschluss-Pflegeversicherung können Sie auch bereits während der Laufzeit von Plan D eine eigenständige Pflegeversicherung ohne erneute Prüfung der Gesundheit abschließen, frühestens aber 10 Jahre nach Beginn von Plan D. Die Pflegeversicherung beginnt dann spätestens 3 Monate nach Abschluss. Die Voraussetzungen unter 8.2, 8.4, 8.5 und 8.6 gelten auch in diesem Fall.

Durch den Abschluss einer eigenständigen Pflegeversicherung entfällt der Schutz aus dem Baustein „Das Pflege Plus“. Der Beitrag für Plan D verringert sich entsprechend.

Baustein „Der Krankenschein“

Dieser Abschnitt gilt, wenn Sie den Baustein „Der Krankenschein“ vereinbart haben.

9. Wann sprechen wir von Arbeitsunfähigkeit und welche Leistungen bekommen Sie?

- 9.1 Die versicherte Person ist nach diesen Bedingungen arbeitsunfähig, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:
- Die versicherte Person ist seit mindestens 3 Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig. Dies müssen Sie durch ärztliche Bescheinigungen, wie unter 9.2 beschrieben, nachweisen. Zusätzlich muss ein Facharzt bescheinigen, dass die Arbeitsunfähigkeit für insgesamt mindestens 6 Monate ununterbrochen bestehen wird.
 - Auf die versicherte Person wurden bereits für einen zusammenhängenden Zeitraum von 6 Monaten ärztliche Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit, wie unter 9.2 beschrieben, ausgestellt. Davon ist mindestens eine von einem Facharzt.

- 9.2 Bei Arbeitnehmern müssen die ärztlichen Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz entsprechen. Bei Beamten, freiberuflich Tätigen, Selbstständigen, Studierenden, Schülern, Hausfrauen und -männern müssen vergleichbare Bescheinigungen von einem in Deutschland praktizierenden Arzt vorliegen.

- 9.3 Wird die versicherte Person während der Laufzeit von Plan D arbeitsunfähig wie unter 9.1 beschrieben,
- erhalten Sie monatliche Zahlungen in gleicher Höhe wie die vereinbarte Rente bei Plan D für die unter 9.5 und 9.6 genannte Dauer und
 - Sie müssen in diesem Zeitraum keine Beiträge zahlen.

Die Todesfallleistung, wie unter 7.3 beschrieben, zahlen wir auch dann, wenn die versicherte Person stirbt, während Sie Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit haben.

- 9.4 Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in den der Beginn der Arbeitsunfähigkeit fällt, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn von Plan D.

- 9.5 Wir leisten wegen Arbeitsunfähigkeit für insgesamt maximal 18 Monate. Wird die versicherte Person während der Laufzeit von Plan D mehrfach arbeitsunfähig, wie unter 9.1 beschrieben, ist die Leistung für alle Arbeitsunfähigkeiten zusammen auf 18 Monate begrenzt.

- 9.6 Unsere Leistungen enden mit Ablauf des Monats, in dem
- die versicherte Person nicht mehr ununterbrochen arbeitsunfähig ist oder
 - die versicherte Person nicht mehr lebt.

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

Unsere Leistungen enden außerdem, wenn

- Ihr Plan D abläuft oder
- wir Leistungen wegen einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit, wie unter 1.1 beschrieben, erbringen.

- 9.7 Bitte geben Sie uns unverzüglich Bescheid, wenn Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erhalten möchten.
Hierzu reichen Sie bitte die Bescheinigungen nach 9.2 ein.
- Sie müssen nicht gleichzeitig einen Antrag auf Leistungen wegen einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit stellen.
- 9.8 Wir können weitere notwendige Nachweise anfordern. Hierzu gehören insbesondere Informationen und Nachweise über die Gesundheit der versicherten Person sowohl vor als auch nach Beginn von Plan D.
- 9.9 Wenn gleichzeitig Arbeitsunfähigkeit und eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit, wie unter 1.1 beschrieben, vorliegen, haben Sie keinen Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.
- Wenn unsere Prüfung ergibt, dass bei der versicherten Person eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit besteht und für den Zeitraum seit Eintritt der Einschränkung der Leistungsfähigkeit bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, gilt Folgendes:
- Wir verrechnen die gezahlten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit mit den für diesen Zeitraum fälligen Leistungen wegen einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit und
 - dieser Zeitraum wird bei der maximalen Dauer von 18 Monaten nach 9.5 nicht berücksichtigt.
- 9.10 Wenn wir wegen Arbeitsunfähigkeit leisten, sind wir berechtigt zu prüfen, ob nach wie vor eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person vorliegt.
- 9.11 Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.
- 9.12 Soweit in diesem Abschnitt nichts anderes geregelt ist, gelten die Regelungen von Plan D auch für die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.

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

10. Wann können Sie Ihren Schutz ohne eine erneute Prüfung der Gesundheit erhöhen?

Ereignisabhängige Erhöhung

- 10.1 Während Sie Beiträge zahlen, dürfen Sie die vereinbarte Leistung erhöhen. Ganz ohne eine erneute Prüfung der Gesundheit. Dies gilt bei den folgenden Ereignissen:

Die persönliche Situation der versicherten Person verändert sich durch

- Erreichen der Volljährigkeit,
- Heirat,
- Geburt eines Kindes,
- Adoption eines Kindes,
- Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Tod des Ehegatten beziehungsweise des eingetragenen Lebenspartners oder
- Erwerb und Finanzierung einer Immobilie mit einem Finanzierungsbetrag von mindestens 50.000 Euro.

Die berufliche Situation der versicherten Person verändert sich durch

- Erstmöglichen Beginn einer Ausbildung oder eines Studiums,
- Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums,
- Abschluss einer beruflichen Weiterqualifizierung, wie zum Beispiel Meisterbrief, staatlich geprüfter Techniker, Master, Promotion, Facharzt oder Fachanwalt,
- Wechsel in die volle berufliche Selbstständigkeit oder

- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens um mindestens 10 % zum Beispiel durch Beförderung, Gehaltserhöhung oder Wechsel des Arbeitgebers.

Die Versorgungssituation der versicherten Person verändert sich durch

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

Sie können innerhalb von 12 Monaten ab Eintritt eines der genannten Ereignisse die vereinbarte Leistung erhöhen.

Ereignisunabhängige Erhöhung

- 10.2 Außerdem können Sie innerhalb der ersten 5 Versicherungsjahre die vereinbarte Leistung ohne ein bestimmtes Ereignis und ohne erneute Prüfung der Gesundheit erhöhen.

Weitere Regelungen

- 10.3 Sie können die vereinbarte Leistung ereignisabhängig und ereignisunabhängig nur erhöhen, wenn für die versicherte Person gilt:
- Es wurden noch keine Leistungen aus Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen beantragt,
 - es ist noch kein Leistungsfall eingetreten und
 - die versicherte Person ist noch nicht 50 Jahre alt.
- 10.4 Für die unter 10.1 und 10.2 beschriebenen Erhöhungen gelten für die versicherte Person folgende Obergrenzen:
- Für jedes unter 10.1 genannte Ereignis darf die vereinbarte monatliche Rente maximal um 500 Euro erhöht werden. Wenn bei uns mehrere Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen bestehen, gilt diese Grenze für alle Versicherungen zusammen.
 - Die Erhöhung ohne ein bestimmtes Ereignis nach 10.2 darf maximal das Doppelte der anfänglich vereinbarten Monatsrente betragen.
 - Durch die Erhöhungen nach 10.1 und 10.2 dürfen bei uns nicht mehr als 2.500 Euro monatliche Rente versichert sein, wenn alle Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen zusammengerechnet werden.
 - Die Summe der vereinbarten Renten aus Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen, einschließlich aller weiteren privaten und betrieblichen Absicherungen, darf nicht höher als 85 % des Nettoeinkommens der versicherten Person sein.

- 10.5 Für die unter 10.1 genannten Ereignisse und die Obergrenzen nach 10.4 können wir Nachweise anfordern. Hierzu gehören insbesondere Einkommensnachweise.

Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person Ihres Plan D sind, ist für die Erhöhung der Leistungen die schriftliche Zustimmung der versicherten Person erforderlich.

- 10.6 Wenn Sie Ihren Schutz erhöhen, gelten für die Erhöhung die für Neuverträge gültigen Tarife und Bedingungen. Ihr Beitrag richtet sich nach dem dann vereinbarten Tarif. Zuschläge oder Ausschlüsse des zuletzt abgeschlossenen Vertrags gelten auch für die Erhöhung.
- Sollten wir keinen mit Ihrem bestehenden Plan D vergleichbaren Tarif anbieten, behalten wir uns vor, die Erhöhung im bestehenden Plan D vorzunehmen.

War die versicherte Person bei Abschluss des Vertrags Schüler, ist außerdem die zum Zeitpunkt der Erhöhung ausgeübte berufliche Tätigkeit maßgebend.

- 10.7 Wenn Sie den Baustein „Das Pflege Plus“ eingeschlossen haben, erhöht sich die unter 8.1 beschriebene zusätzliche Pflegerente in der gleichen Höhe wie die unter 7.1 beschriebenen Leistungen von Plan D.

11. Welche Bedeutung hat die Verlängerungsgarantie bei Erhöhung der Regelaltersgrenze?

- 11.1 Wenn die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung erhöht wird, dürfen Sie die Laufzeit Ihres Plan D ohne erneute Prüfung der Gesundheit verlängern.
Dies gilt auch, wenn die versicherte Person Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk ist und die dort geltende Regelaltersgrenze erhöht wird.

Die Verlängerung ist dabei

- maximal um die Zeitspanne, um die sich die Regelaltersgrenze für die versicherte Person verschiebt, und
- maximal bis zur neuen Regelaltersgrenze, die für die versicherte Person gilt, möglich.

Für die Anpassung verwenden wir die gleichen Rechnungsgrundlagen wie bei Abschluss von Plan D. Durch den verlängerten Schutz erhöht sich Ihr Beitrag. Zuschläge oder Ausschlüsse des bestehenden Vertrags bleiben unverändert.

- 11.2 Sie können die Verlängerung innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten einer Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in Textform beantragen.
Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person Ihres Plan D sind, ist zusätzlich die schriftliche Zustimmung der versicherten Person erforderlich.

- 11.3 Eine Verlängerung ist nicht möglich, wenn
- die bei Abschluss Ihres Plan D vereinbarte Laufzeit endet, bevor die versicherte Person 60 Jahre alt ist,
 - die restliche Laufzeit von Plan D zum Zeitpunkt der Verlängerung weniger als 10 Jahre beträgt,
 - Sie für Ihren Plan D keine Beiträge mehr zahlen,
 - die versicherte Person bereits Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung erhalten hat oder
 - Leistungen aus einer dieser Versicherungen beantragt wurden.

- 11.4 Haben Sie den Baustein „Die Arbeit“ vereinbart, gelten die Regelungen zur Verlängerung für die Dauer des Bausteins entsprechend

Option „Der Schichtwechsel“

Dieser Abschnitt gilt, wenn Sie die Option „Der Schichtwechsel“ vereinbart haben.

12. Welche Möglichkeiten haben Sie, wenn Sie die Option „Der Schichtwechsel“ vereinbart haben?

- 12.1 Haben Sie die Option „Der Schichtwechsel“ vereinbart und sind alle unter 12.2 genannten Voraussetzungen erfüllt, können Sie eine der folgenden Möglichkeiten wählen:
- Sie können Ihren Plan D in eine selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung wechseln. Diese Wechselmöglichkeit bezeichnen wir im Folgenden als BU-Option oder
 - Sie können die Bausteine „Die Arbeit“ und „Der Krankenschein“ nachträglich in Ihren bestehenden Plan D einschließen.

Die Gesundheit der versicherten Person prüfen wir dabei nicht erneut.

- 12.2 Für die Ausübung der in 12.1 genannten Optionen müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:
- Die versicherte Person hat eine Berufsausbildung oder ein Studium abgeschlossen und beginnt eine berufliche Tätigkeit, die dem Abschluss entspricht. Das Studium muss an einer staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA abgeschlossen sein.
 - Die Tätigkeitsaufnahme erfolgt spätestens zum 30. Geburtstag der versicherten Person.
 - Ihr Plan D besteht bereits seit mindestens 5 Jahren.
 - In den letzten 5 Jahren bevor Sie die in 12.1 genannten Optionen ausüben, haben Sie alle fälligen Beiträge gezahlt. In diesem Zeitraum haben Sie auch keine Stundung, wie unter 26.1 beschrieben, keine Zahlungspause, wie unter 26.4 beschrieben, und keine Beitragsfreistellung, wie unter 27.2 beschrieben, in Anspruch genommen.
 - Bis zum Zeitpunkt des Wechsels in eine Berufsunfähigkeits-Versicherung oder dem nachträglichen Einschluss eines Bausteins war die versicherte Person weder berufsunfähig, erwerbsunfähig, pflegebedürftig oder schwerbehindert, noch hat sie eine versicherte Fähigkeit verloren.
 - Für die versicherte Person wurden bisher noch keine Leistungen aus Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen bei uns, einem anderen Versicherungsunternehmen oder einem Versorgungsträger beantragt.
 - Wir haben Ihren Plan D ohne Ausschlüsse oder Zuschläge angenommen.
- 12.3 Den Wechsel in eine Berufsunfähigkeits-Versicherung oder den nachträglichen Einschluss der Bausteine „Die Arbeit“ oder „Der Krankenschein“ können Sie innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der unter 12.2 beschriebenen beruflichen Tätigkeit beantragen.
- 12.4 Sie müssen bei der Beantragung geeignete Nachweise dafür vorlegen, dass eine Berufsausbildung beziehungsweise ein Studium erfolgreich abgeschlossen und eine berufliche Tätigkeit ausgeübt wird. Geeignete Nachweise sind dabei zum Beispiel das Abschlusszeugnis und der Arbeitsvertrag.

BU-Option

- 12.5 Wenn Sie die BU-Option ausüben möchten, müssen neben den in 12.2 genannten Voraussetzungen folgende Voraussetzungen zusätzlich erfüllt sein:
- Die Dortmunder Lebensversicherung AG oder ein anderes Unternehmen des VOLKSWOHL BUND-Konzerns bietet zum Zeitpunkt des Wechsels eine Berufsunfähigkeits-Versicherung an.
 - Der von der versicherten Person ausgeübte Beruf ist in der Berufsunfähigkeits-Versicherung versicherbar.
 - Die monatliche Rente der selbstständigen Berufsunfähigkeits-Versicherung ist nicht höher als die monatliche Rente aus Plan D.
 - Die monatliche Rente aus allen Berufsunfähigkeits-Versicherungen, die Sie im Rahmen von BU-Optionen beim VOLKSWOHL BUND-Konzern abschließen, beträgt maximal 1.500 Euro.
- 12.6 Vertragspartner für die Berufsunfähigkeits-Versicherung ist die Dortmunder Lebensversicherung AG. Wenn diese keinen geeigneten Tarif anbietet, kann auch ein anderes Unternehmen des VOLKSWOHL BUND-Konzerns Vertragspartner sein.
- 12.7 Für die Berufsunfähigkeits-Versicherung gelten die dann hierfür geöffneten Tarife und Bedingungen. Der Beitrag richtet sich nach dem Tarif, dem Alter der versicherten Person und der beruflichen Tätigkeit. Die individuelle Gestaltung Ihres Plan D, wie zum Beispiel Beitragszahlung, Überschussverwendung oder Bausteine, wird für die Berufsunfähigkeits-Versicherung übernommen, soweit dies möglich ist.

Wenn der Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Versicherung den zuletzt für Ihren Plan D gezahlten Beitrag übersteigt, fallen entsprechend anteilige neue Abschlusskosten an.

- 12.8 Für die Berufsunfähigkeits-Versicherung gilt das gleiche Endalter wie für Ihren Plan D. Wenn die Annahmerichtlinien für die berufliche Tätigkeit aber nur ein geringeres Endalter zulassen, wird es angepasst.
- 12.9 Mit dem Abschluss der Berufsunfähigkeits-Versicherung endet Ihr Plan D. Einen Rückkaufswert erhalten Sie nicht und wir zahlen keine Beiträge zurück. Sollte aus Ihrem Plan D Kapital vorhanden sein, wie unter 27.6 beschrieben, wird es nicht angerechnet oder übertragen.

Nachträglicher Einschluss von Bausteinen

- 12.10 Der Baustein „Die Arbeit“ bietet Ihnen zusätzlichen Schutz bei Verlust der Arbeitskraft wie unter 6. beschrieben.
Der Baustein „Der Krankenschein“ bietet Ihnen zusätzlichen Schutz bei Arbeitsunfähigkeit wie unter 9. beschrieben.
- 12.11 Sie können die Bausteine einzeln oder gemeinsam in Ihrem bestehenden Plan D einschließen.
- 12.12 Durch den Einschluss erhöht sich der Leistungsumfang von Plan D und damit Ihr Beitrag.
- 12.13 Der Baustein „Die Arbeit“ kann nur eingeschlossen werden, wenn Sie das Paket „Die 3“ vereinbart haben. Ist dies nicht der Fall, wird Ihr bestehender Plan D auf das Paket „Die 3“ umgestellt, wenn Sie den Baustein „Die Arbeit“ einschließen möchten. Auch durch die Umstellung erhöht sich der Leistungsumfang von Plan D und damit Ihr Beitrag.

13. Wann können Sie den Baustein „Der Führerschein“ ohne eine erneute Prüfung der Gesundheit einschließen?

Sie können den Baustein "Der Führerschein" auch nachträglich in Ihren bestehenden Plan D einschließen. Die Gesundheit der versicherten Person prüfen wir nicht erneut. Voraussetzung dafür ist, dass für die versicherte Person gilt:

- Sie ist noch nicht 30 Jahre alt,
- die Erteilung der Fahrerlaubnis für ein Kraftfahrzeug oder ein Kraftrad erfolgte innerhalb der letzten 12 Monate vor Einschluss des Bausteins „Der Führerschein“ und
- Wir haben Ihren Plan D ohne Ausschlüsse oder Zuschläge angenommen.

Durch den Einschluss des Bausteins erhöht sich der Leistungsumfang von Plan D und damit Ihr Beitrag.

Als Nachweis genügt eine Kopie des Führerscheins der versicherten Person.

14. Wann haben Sie Anspruch auf Leistungen?

- 14.1 Sie haben Anspruch auf Leistungen mit dem Ablauf des Monats, in dem die Einschränkung der Leistungsfähigkeit der versicherten Person, wie unter 1.1 beschrieben, eingetreten ist. Ihr Anspruch beginnt frühestens aber mit dem Beginn von Plan D.
Das Gleiche gilt für die unter 8.1 beschriebene zusätzliche Pflegerente.
- 14.2 Wenn Sie uns erst später den Verlust mitteilen, leisten wir auch rückwirkend. Den Zeitraum der Einschränkung müssen Sie nachweisen.

15. Wann enden unsere Leistungen?

- 15.1 Sie bekommen keine Leistungen mehr, wenn
- die Leistungsfähigkeit, wie unter 1.1 beschrieben, nicht mehr eingeschränkt ist,

- die versicherte Person stirbt oder
 - Plan D abläuft.
- 15.2 Sie haben den Baustein „Die Arbeit“ eingeschlossen und die Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist ausschließlich durch den Verlust der Arbeitskraft, wie unter 6. beschrieben, eingeschränkt? Dann gilt für Sie zusätzlich, dass die Rentenzahlung endet, wenn die Laufzeit des Bausteins „Die Arbeit“ abläuft. Falls Ihr Plan D dann noch weiterläuft, müssen Sie nicht erneut Beiträge zahlen, solange die Arbeitskraft weiterhin verloren ist.
- 15.3 Sie haben den Baustein „Das Pflege Plus“ eingeschlossen? Dann gilt für Sie zusätzlich:
- Die unter 8.1 beschriebene zusätzliche Pflegerente zahlen wir nicht weiter, wenn
- die versicherte Person stirbt oder
 - die versicherte Person nicht mehr pflegebedürftig oder dement ist, wie unter 4.1 und 4.2 beschrieben.

16. Was müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen erhalten möchten?

Leistungen bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit

- 16.1 Bitte geben Sie uns unverzüglich Bescheid, wenn die Leistungsfähigkeit der versicherten Person eingeschränkt ist und Sie Leistungen erhalten möchten.
- Wir leisten, wenn wir unsere Prüfungen abgeschlossen haben, die notwendig sind, um den Leistungsfall und den Umfang unserer Leistungspflicht festzustellen. Wenn Sie eine der nachfolgend genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies dazu führen, dass wir nicht feststellen können, ob und in welchem Umfang wir leisten müssen. Das heißt konkret: Eine Pflichtverletzung kann dazu führen, dass wir gar nicht oder erst später leisten.
- 16.2 Um festzustellen, ob alle Voraussetzungen erfüllt sind, benötigen wir die folgenden Informationen und Nachweise:
1. Eine Darstellung der Einschränkung der Leistungsfähigkeit und der Ursache dafür.
 2. Eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, die die versicherte Person untersucht haben, behandelt haben, behandeln oder bei denen eine Behandlung vorgesehen ist.
 3. Ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person untersucht haben, behandelt haben oder behandeln. Es ist wichtig, dass diese Berichte folgende Informationen enthalten:
 - Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung,
 - Auswirkungen auf die unter 2. beschriebenen Fähigkeiten,
 - wenn Pflegebedürftigkeit vorliegt, Angaben zu Art und Umfang der notwendigen Pflege,
 - wenn Demenz vorliegt, Angaben zu Art und Umfang der notwendigen Beaufsichtigung sowie zum Schweregrad,
 - wenn Sie „Die 3“ vereinbart haben und eine Depression oder eine Schizophrenie vorliegt, Angaben zur Dauer und zum Schweregrad.
 4. Wenn Pflegebedürftigkeit oder Demenz vorliegt, eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die die versicherte Person pflegt oder beaufsichtigt. Aus dieser Bescheinigung müssen Art, Umfang der Pflege oder der Notwendigkeit der Beaufsichtigung hervorgehen.
 5. Wenn Sie „Die 2“ oder „Die 3“ vereinbart haben und eine gesetzliche Betreuung angeordnet wurde, den gerichtliche Bestellungsbeschluss oder den Betreuerausweis.
 6. Wenn Sie den Baustein „Der Führerschein“ eingeschlossen haben und die Fahrerlaubnis entzogen oder Führerschein unaufgefordert abgegeben wurde, ein verkehrsmedizinisches Gutachten. Das Gutachten muss die gesundheitlichen Gründe, aus denen die versicherte Person keinen Personenkraftwagen oder kein Kraftrad führen darf, enthalten. Wir benötigen außerdem einen Nachweis über den Entzug der Fahrerlaubnis oder die Abgabe des Führerscheins.

7. Unterlagen über den aktuellen Beruf der versicherten Person sowie über berufliche Veränderungen während der Laufzeit von Plan D.
8. Eine Aufstellung der Versicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Behörden oder sonstiger Versorgungsträger, von denen ebenfalls Leistungen wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen der versicherten Person erbracht werden oder erbracht werden könnten.

Die genannten Unterlagen müssen uns auf Kosten der Person eingereicht werden, die den Anspruch erhebt.

- 16.3 Wir können weitere notwendige Nachweise anfordern. Hierzu gehören insbesondere Informationen und Nachweise über die Gesundheit der versicherten Person sowohl vor als auch nach Beginn von Plan D. Zusätzlich können wir unabhängige Ärzte beauftragen, weitere Untersuchungen vorzunehmen.

In diesem Fall übernehmen wir alle Kosten, die durch diese Untersuchungen entstehen. Hierzu gehören auch erforderliche Reise- und Unterbringungskosten.

- 16.4 Sämtliche Unterlagen sind uns in deutscher Sprache oder beglaubigter Übersetzung vorzulegen.

- 16.5 Aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Pflicht, den Schaden zu mindern, muss die versicherte Person ärztlichen Anweisungen folgen, um die Gesundheit zu verbessern. Dies gilt nur, wenn die ärztlichen Anweisungen zumutbar sind. Zumutbar sind Maßnahmen,
- die gefahrlos sind,
 - die nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
 - von denen eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Hierzu gehören unter anderem diese Maßnahmen:

- die Verwendung orthopädischer oder anderer Heil- und Hilfsmittel, wie zum Beispiel Prothesen, Stützstrümpfe, Seh- oder Hörhilfen oder
- logopädische Therapien.

Ärztlich angeordnete Operationen gehören nicht dazu. Das bedeutet, dass wir eine Leistung auch anerkennen, wenn sich die versicherte Person nicht operieren lässt, obwohl die untersuchenden oder behandelnden Ärzte dies anordnen.

- 16.6 Sie haben „Die 3“ vereinbart? Dann gilt zusätzlich Folgendes: Sind die Voraussetzungen für eine Leistung, wie unter 3. beschrieben, erfüllt, erbringen wir die Leistung nur, wenn sich die versicherte Person nach den Behandlungsleitlinien für schwere Depressionen oder Schizophrenien behandeln lässt. Hierzu gehört zum Beispiel eine Psychotherapie oder auch die Einnahme von Medikamenten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Behandlung für die versicherte Person nicht zumutbar ist.
- 16.7 Sie haben den Baustein „Das Pflege Plus“ eingeschlossen und beantragen die unter 8.1 beschriebene zusätzliche Pflegerente? Dann gelten in diesem Fall ebenfalls die Ziffern 16.1 bis 16.5.

Leistungen bei Tod

- 16.8 Die Todesfallleistung, wie unter 7.3 beschrieben, zahlen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins und der folgenden Unterlagen:
- Eine amtliche Sterbeurkunde, die das Alter und den Geburtsort der versicherten Person enthält und
 - ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache.
- Die genannten Unterlagen müssen uns auf Kosten der Person eingereicht werden, die den Anspruch erhebt.
- Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir auf unsere Kosten weitere notwendige Nachweise und Auskünfte verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

17. Wie unterstützen wir Sie im Leistungsfall?

Wenden Sie sich im Leistungsfall gerne an uns. Insbesondere bei diesen Fragen:

- Wie beantrage ich Leistungen?
- Wie prüfen wir?
- Was ist alles versichert?
- Wie kann ich den Leistungsfall nachweisen?
- Welche Unterlagen muss ich vorlegen?

Alle erforderlichen Formulare, mit denen Sie Leistungen beantragen können, erhalten Sie direkt von uns.

18. Wann informieren wir Sie, ob und in welchem Umfang wir leisten?

18.1 Sobald uns alle erforderlichen Unterlagen für unsere Entscheidung vorliegen, informieren wir Sie innerhalb von 5 Arbeitstagen, ob und in welchem Umfang wir leisten. Während unserer Prüfung informieren wir Sie mindestens alle 3 Wochen regelmäßig über den aktuellen Stand. So sind Sie immer informiert und wissen auch, welche Unterlagen noch fehlen.

18.2 Bei uns gibt es keine zeitlich befristeten Anerkennnisse.

19. Was gilt, wenn wir unsere Pflicht zur Leistung anerkannt haben?

Unser Recht auf Nachprüfung

19.1 Wir dürfen regelmäßig prüfen, ob noch alle Voraussetzungen für eine Leistung erfüllt sind.

19.2 Zur Nachprüfung dürfen wir jederzeit sachdienliche Auskünfte, wie zum Beispiel Informationen zur Gesundheit, anfordern. Gleichzeitig dürfen wir einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte unabhängige Ärzte umfassend untersuchen lässt. Die hierbei anfallenden Kosten übernehmen wir.

Ihre Pflichten

19.3 Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn

- die gesetzliche Betreuung, wie unter 2.19 beschrieben, wegfällt oder
- die Fahrerlaubnis, wie unter 5. beschrieben, wieder erteilt wird.

Sie haben den Baustein „Die Arbeit“ eingeschlossen und die Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist ausschließlich durch den Verlust der Arbeitskraft, wie unter 6. beschrieben, eingeschränkt? Dann müssen Sie uns unverzüglich informieren, wenn eine Erwerbstätigkeit aufgenommen oder im zeitlichen Umfang geändert wird.

Einstellung der Leistungen

19.4 Wir stellen die unter 7.1 genannten Leistungen ein, wenn wir feststellen, dass die Voraussetzungen dafür nicht mehr vorliegen. Hierüber informieren wir Sie in Textform. Zum Ende des dritten Monats nach unserer Mitteilung stellen wir die Leistungen ein. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie wieder Beiträge zahlen.

Dies gilt entsprechend für die unter 8.1 genannte zusätzliche Leistung, wenn Sie den Baustein „Das Pflege Plus“ eingeschlossen haben.

20. Was gilt, wenn Sie Ihre Pflichten im Leistungsfall oder bei einer Nachprüfung verletzen?

Wir leisten nicht, wenn Sie, die versicherte Person oder der Anspruchsteller eine Pflicht vorsätzlich nicht erfüllen. Zu diesen Pflichten gehören:

- Mitwirkungspflicht im Leistungsfall, wie unter 16. beschrieben, und
- Mitwirkungspflicht bei einer Nachprüfung, wie unter 19. beschrieben.

Wir kürzen unsere Leistungen, wenn die Pflichten grob fahrlässig verletzt werden.

Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens.

Wenn wir nicht leisten oder die Leistungen kürzen, weisen wir Sie mit einer gesonderten Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hin. Wir leisten, wenn Sie uns nachweisen, dass die Pflichten nicht grob fahrlässig verletzt wurden.

Die Ansprüche bleiben auch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass die Verletzung weder die Feststellung noch den Umfang der Leistung beeinflusst. Dies gilt nicht bei arglistigem Handeln.

Bei späterer Pflichterfüllung leisten wir mit Beginn des dann laufenden Monats.

21. Wer erhält die vereinbarten Leistungen?

Empfänger der Leistungen

21.1 Als Versicherungsnehmer bestimmen Sie, wer die Leistungen erhält. Diese Entscheidung können Sie widerruflich oder unwiderruflich treffen.

Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person Ihres Plan D sind, kann die Versicherung der Versicherungsteuerpflicht unterliegen.

Damit auf die Beiträge Ihres Plan D keine Versicherungsteuer anfällt, gilt für die Benennung des Empfängers der Leistungen Folgendes:

Sie können als Empfänger der Leistungen nur die versicherte Person oder einen Angehörigen der versicherten Person benennen.

Wer zu den Angehörigen der versicherten Person gehört, ist in § 15 Abgabenordnung und § 7 Pflegezeitgesetz geregelt.

Zum Stand 01.01.2022 gehören hierzu folgende Personen:

- Ehegatten und Lebenspartner, auch dann, wenn die die Angehörigenstellung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht,
- Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft,
- Verlobte,
- Verwandte und Verschwägere in gerader Linie, auch dann, wenn die die Angehörigenstellung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht, sowie Adoptivkinder,
- Kinder, Adoptivkinder oder Pflegekinder des Ehepartners oder Lebenspartners,
- Geschwister,
- Nichten und Neffen,
- Schwäger und Schwägerinnen, auch dann, wenn die die Angehörigenstellung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht,
- Onkel und Tanten,
- Pflegeeltern und Pflegekinder, auch dann, wenn die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, die Personen aber weiterhin, wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind.

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

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

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

Widerruflich heißt:

Der Empfänger der Leistung hat den Anspruch auf eine Leistung erst, wenn der Leistungsfall eintritt. Bis der Leistungsfall eintritt, können Sie Ihre Erklärung jederzeit widerrufen und einen neuen Empfänger bestimmen. Zahlen wir eine Rente, gilt jede

Fälligkeit als eigener Leistungsfall. Das bedeutet, dass Sie vor jeder Zahlung einen neuen Empfänger der Leistung bestimmen können.

Unwiderruflich heißt:

Es steht sofort fest, wer die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung vorliegt, kann dieses Recht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich bestimmten Empfängers der Leistung geändert werden.

Wenn Sie einen Empfänger der Leistungen bestimmen, ist diese Bestimmung grundsätzlich widerruflich. Wenn Sie eine unwiderrufliche Bestimmung treffen möchten, müssen Sie uns dies ausdrücklich mitteilen.

Wenn Sie niemanden bestimmen, leisten wir an Sie.

Abtretung und Verpfändung

- 21.2 Das Recht auf eine Leistung können Sie grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten oder verpfänden. Dies ist jedoch nur möglich, wenn noch kein Leistungsfall eingetreten ist und die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Mitteilung des Empfängers

- 21.3 Bestimmen oder widerrufen Sie einen Empfänger der Leistungen, wie unter 21.1 beschrieben, oder treten Sie das Recht auf die Leistung ab oder verpfänden dieses, wie unter 21.2 beschrieben, wird dies erst wirksam, wenn Sie uns die Änderung in Textform mitteilen.

Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person Ihres Plan D sind, muss bei einer Änderung des Empfängers für die Todesfallleistung zusätzlich die versicherte Person schriftlich zustimmen.

Auch andere Personen können Rechte an Ihrem Vertrag haben, wenn Sie das zuvor veranlasst haben. Zum Beispiel durch eine unwiderrufliche Bestimmung, Abtretung oder Verpfändung. In diesem Fall wird die Änderung nur mit Zustimmung der anderen Person wirksam.

- 21.4 Wir zahlen unsere Leistungen an den Empfänger auf seine Kosten. Sollen die Leistungen in Länder außerhalb des europäischen Wirtschaftsraums überwiesen werden, trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr und die Kosten.

22. Wie wichtig ist der Versicherungsschein?

- 22.1 Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform übermitteln. Textform heißt zum Beispiel per Brief, Fax oder E-Mail. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.
- 22.2 Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen. Hierzu gehört insbesondere, die Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

Ihr Beitrag

23. Worauf müssen Sie achten, wenn Sie Beiträge zahlen?

- 23.1 Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen.

Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Kosten zahlen und sicherstellen, dass die Beiträge rechtzeitig bei uns eingehen.

- 23.2 Den ersten Beitrag zahlen Sie bitte unverzüglich, wenn Ihre Versicherung abgeschlossen ist. Sie müssen den Beitrag jedoch nicht zahlen, bevor die Versicherung beginnt. Der Beginn der Versicherung steht im Versicherungsschein.

Alle weiteren Beiträge, die sogenannten Folgebeiträge, sind immer zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode zu zahlen. Wenn Sie monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen, entspricht eine Versicherungsperiode einem Monat, einem Vierteljahr, einem halben Jahr oder einem Jahr.

23.3 Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Beginn der Versicherungsperiode alles dafür getan haben, dass der Beitrag bei uns eingeht. Ist vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

- Der Beitrag konnte zum Beginn der Versicherung eingezogen werden und
- der Kontoinhaber widerspricht einer berechtigten Einziehung nicht.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, erhalten Sie eine Zahlungsaufforderung. Zahlen Sie den fälligen Beitrag unverzüglich nach, ist die Zahlung noch rechtzeitig.

23.4 Haben Sie zu vertreten, dass wir den Beitrag wiederholt nicht einziehen konnten, können wir auf einen anderen Zahlungsweg außerhalb des Lastschriftverfahrens bestehen.

23.5 Wenn eine Leistung fällig wird, verrechnen wir mögliche Beitragsrückstände mit der Leistung.

24. Was passiert, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Erster Beitrag

24.1 Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir von der Versicherung zurücktreten. Dies gilt, solange die Zahlung nicht eingegangen ist. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen, die bei der Prüfung der Gesundheit entstanden sind, zurückverlangen. Wir dürfen nur zurücktreten, wenn Sie für die nicht rechtzeitige Zahlung verantwortlich sind. Sind Sie dafür nicht verantwortlich, müssen Sie uns dies nachweisen.

24.2 Wir leisten nicht, wenn der Leistungsfall eintritt und der erste Beitrag noch nicht gezahlt ist. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie durch eine eigenständige Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben. Wir leisten, wenn Sie nachweisen, dass Sie für das Ausbleiben der Zahlung nicht verantwortlich sind.

Folgebeitrag

24.3 Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist. Die Kosten hierfür müssen Sie übernehmen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen. Diese Frist beginnt mit dem Erhalt unserer Mitteilung.

24.4 Kommt es nach Ablauf der Zahlungsfrist zu einem Leistungsfall, verringert sich Ihr Schutz oder er entfällt. Dies gilt, wenn Sie bei Eintritt des Leistungsfalls mit der Zahlung in Verzug sind. Voraussetzung: Wir haben Sie mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen.

24.5 Nach Ablauf der Zahlungsfrist können wir die Versicherung fristlos kündigen. Dies gilt, wenn Sie noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug sind. Voraussetzung für die Kündigung: Wir haben Sie mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen. Wir können die Versicherung bereits mit der Fristsetzung kündigen. Die Kündigung wird dann automatisch mit dem Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

24.6 Wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist, können Sie den offenen Betrag immer noch nachzahlen. Hierfür gilt:

- Sie zahlen innerhalb eines Monats nach der Kündigung nach oder

- Sie zahlen innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist nach, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden wurde.

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam und Ihr Plan D läuft weiter. Für Leistungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Frist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein geringer Schutz.

Regelungen für die automatische Erhöhung Ihrer Beiträge und Leistungen

25. Was gilt, wenn Sie die automatische Erhöhung Ihrer Beiträge und Leistungen vereinbart haben?

Zeitpunkt der Erhöhung

- 25.1 Haben Sie mit uns eine automatische Erhöhung für Ihren Plan D vereinbart, erhöhen sich die Beiträge und Leistungen jährlich. Die Erhöhung erfolgt zum Jahrestag des Versicherungsbeginns. Die Gesundheit der versicherten Person prüfen wir nicht noch einmal.
- 25.2 Wir informieren Sie rechtzeitig vor dem Termin über die Erhöhung. Der erhöhte Schutz gilt dann ab dem Termin der Erhöhung.

Umfang der Erhöhung

- 25.3 Ihre Rente erhöht sich im gleichen Verhältnis wie der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Verbraucherpreisindex für Deutschland, mindestens aber um 2,5 %.
- 25.4 Wird die Rente automatisch erhöht, erhöhen sich auch die Beiträge. Diese Erhöhung richtet sich nach
- dem Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Erhöhung,
 - der restlichen Laufzeit Ihrer Versicherung und
 - einem eventuell vereinbarten Zuschlag.

Die Leistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. In der Regel ist die prozentuale Erhöhung der Beiträge größer als die der Leistungen.

- 25.5 Für die Erhöhung verwenden wir in der Regel die gleichen Rechnungsgrundlagen wie bei Abschluss von Plan D. Wir dürfen allerdings für die Erhöhung auch die für Neuverträge geltenden Rechnungsgrundlagen verwenden.

Wegfall der Erhöhung

- 25.6 Die automatische Erhöhung endet ein Jahr vor dem Ablauf von Plan D.
- 25.7 Die Erhöhung gilt als abgelehnt und entfällt rückwirkend, wenn Sie
- ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Termin widersprechen oder
 - den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Termin zahlen.
- 25.8 Die automatischen Erhöhungen entfallen, wenn Sie dreimal hintereinander die Erhöhung ablehnen.
- 25.9 Solange Sie Leistungen bekommen, finden keine automatischen Erhöhungen der Beiträge und Leistungen statt.

Wiedereinschluss und nachträglicher Einschluss der automatischen Erhöhung

- 25.10 Wenn automatische Erhöhungen, wie unter 25.8 beschrieben, entfallen sind, können Sie sie während der Laufzeit von Plan D ohne erneute Prüfung der Gesundheit wieder einschließen. Wenn Sie bei Abschluss von Plan D keine automatischen Erhöhungen vereinbart haben, können Sie das während der Laufzeit von Plan D ohne erneute Prüfung der Gesundheit nachholen.

Beides ist jedoch nur möglich, wenn

- die versicherte Person noch nicht 50 Jahre alt ist und
- die Summe der vereinbarten Renten aus Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen, einschließlich aller weiteren privaten

und betrieblichen Absicherungen, nicht höher als 85 % des Nettoeinkommens der versicherten Person ist.

Stundung, Zahlungspause

26. Wie können Sie eine Stundung der Beiträge oder eine Zahlungspause mit uns vereinbaren?

Stundung

- 26.1 Sie können mit uns eine Stundung der Beiträge vereinbaren. Während einer Stundung müssen Sie keinen oder nicht den vollen Beitrag zahlen und können die Zahlung der Beiträge aufschieben. Dies ist möglich, wenn
- Ihr Plan D seit mindestens 3 Jahren besteht
 - die Laufzeit Ihres Plan D noch mindestens 5 Jahre beträgt und
 - Sie bis zum Beginn der Stundung alle Beiträge bezahlt haben.
- Stundungen sind während der Laufzeit von Plan D für insgesamt 24 Monate möglich. Zwischen zwei Stundungen müssen Sie mindestens ein Jahr Beiträge gezahlt haben. Für die Stundung erheben wir Zinsen. Die Höhe der Zinsen richtet sich nach unseren zu Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen. Während einer Arbeitslosigkeit oder bei Kurzarbeit erheben wir für eine Stundung keine Zinsen.
- 26.2 Sie wünschen eine Stundung während Ihrer Elternzeit? Dann gilt Folgendes:
- Die Stundung ist für bis zu 36 Monate möglich. Diesen Zeitraum rechnen wir auf den unter 26.1 genannten Zeitraum an.
 - Wir erheben keine Zinsen.
- 26.3 Nach dem Ende der Stundung müssen Sie die Beiträge für den Stundungszeitraum und die Zinsen nachzahlen. Sie können die Beiträge in einer Summe oder in bis zu 24 Monatsraten nachzahlen. Wenn aus Ihrer Versicherung Kapital vorhanden ist, wie unter 27.6 beschrieben, können gestundete Beiträge auch mit diesem Kapital verrechnet werden. Sie können in diesem Fall zwischen zwei Möglichkeiten wählen:
- Sie führen Ihren Plan D mit niedrigeren Leistungen fort oder
 - Sie führen Ihren Plan D mit den gleichen Leistungen fort, aber zu einem höheren Beitrag.

Zahlungspause

- 26.4 Sie haben weiterhin die Möglichkeit, eine Zahlungspause für maximal 12 Monate mit uns zu vereinbaren. Für die Zeit der Zahlungspause haben Sie keinen Schutz, müssen die Beiträge aber auch nicht nachzahlen.
- Nach Ablauf der Zahlungspause müssen Sie wieder Beiträge zahlen und der Schutz läuft weiter, ohne dass wir die Gesundheit der versicherten Person erneut prüfen. Weil die versicherte Person nach Ablauf dieser Zahlungspause älter ist, erhöht sich in der Regel der Beitrag.
- 26.5 Sie können mit uns auch eine Zahlungspause vereinbaren, wenn Sie eine Leistung beantragen und wir Ihren Anspruch prüfen. Sollten die Voraussetzungen für eine Leistung nicht erfüllt sein, müssen Sie die Beiträge ohne Zinsen nachzahlen. Dies können Sie mit einer einmaligen Zahlung oder in bis zu 24 Monatsraten machen. Erhalten Sie eine Leistung und Sie haben nach Eintritt des Leistungsfalls weiter Beiträge gezahlt, zahlen wir Ihnen diese zinslos zurück.
- 26.6 Für eine Stundung oder eine Zahlungspause benötigen wir von Ihnen eine Erklärung in Textform.

Beiträge reduzieren, Versicherung beitragsfrei stellen

27. Wann können Sie Ihre Beiträge reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

Beiträge reduzieren

27.1 Sie können die Beiträge für Ihren Plan D jederzeit zum Ende der laufenden Versicherungsperiode reduzieren.

Mit der Reduzierung der Beiträge verringert sich auch die Höhe der Leistungen. Diese errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Sie können den Beitrag nur reduzieren, wenn nach der Reduzierung

- Ihr Jahresbeitrag mindestens 150 Euro beträgt und
- die neu berechnete Rente bei mindestens 50 Euro monatlich liegt.

Versicherung beitragsfrei stellen

27.2 Sie können Ihre Versicherung auch weiterführen, ohne Beiträge zu zahlen. Die sogenannte Beitragsfreistellung erfolgt dann zum Ende der laufenden Versicherungsperiode.

Voraussetzung für die Beitragsfreistellung ist, dass aus Ihrer Versicherung Kapital für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung steht. Diesem Kapital entnehmen wir

- noch rückständige Beiträge und
- einen Abzug, wie unter 29.8 beschrieben.

Aus dem dann noch vorhandenen Kapital bilden wir eine beitragsfreie Rente nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Die beitragsfreie Rente muss mindestens 25 Euro monatlich betragen. Ist dies nicht der Fall, zahlen wir das noch vorhandene Kapital aus und die Versicherung erlischt. Beachten Sie bitte auch die Hinweise unter 27.6.

27.3 Bei dem Baustein „Das Pflege Plus“ verringert sich die zusätzliche Pflegerente in gleichem Umfang wie die Rente wegen Einschränkung der Leistungsfähigkeit, wenn Sie Ihren Plan D beitragsfrei stellen. Gleichzeitig erlischt das Recht, eine Anschluss-Pflegeversicherung ohne eine erneute Prüfung der Gesundheit abzuschließen.

27.4 Ob und in welcher Höhe eine beitragsfreie Rente vorhanden ist, steht in Ihrem Versicherungsschein. Dort ist für jedes Jahr Ihrer Versicherung die mögliche beitragsfreie Rente aufgeführt.

27.5 Tritt der Leistungsfall ein, bevor Plan D zur beitragsfreien Versicherung wird, bleiben die Ansprüche auf Leistungen in voller Höhe bestehen. Dies gilt auch, wenn Sie den Leistungsfall erst nach der Beitragsfreistellung melden.

Wichtiger Hinweis zur Höhe der beitragsfreien Rente

27.6 Wenn Sie Ihren Plan D beitragsfrei stellen, ist nur eine geringe oder gar keine beitragsfreie Rente vorhanden. Das hat drei Gründe:

1. Plan D ist eine Risikoversicherung. Das heißt, es wird kein Kapital angespart, das bei Ablauf der Versicherung ausgezahlt wird. Ihre Beiträge verwenden wir
 - als Risikobeiträge, mit denen wir die Leistungen für die Leistungsfälle in der Versichertengemeinschaft finanzieren,
 - für die Abschluss- und Vertriebskosten sowie für die Verwaltungskosten,
 - als Optionsbeiträge für Ihr Recht auf eine Anschluss-Pflegeversicherung ohne eine erneute Prüfung der Gesundheit, wie unter 10.2 beschrieben. Dies gilt, wenn Sie den Baustein „Das Pflege Plus“ eingeschlossen haben.

Ein geringes Kapital kann während der Laufzeit von Plan D trotzdem entstehen, weil

- die Risikobeiträge, die wir zu Beginn von Plan D benötigen, verhältnismäßig klein sind, aber
- später Risikobeiträge erforderlich sind, die den Beitrag, den Sie zahlen, übersteigen.

Der Grund: Mit steigendem Alter nimmt das Risiko zu, dass eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit eintritt.

Wir legen also zwischenzeitlich Teile Ihrer Beiträge zurück, um sie dann für die höheren Risikobeiträge in späteren Jahren zu verwenden. Ausschließlich dieses zwischenzeitlich angesparte Kapital steht für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung.

2. Die Abschluss- und Vertriebskosten rechnen wir, wie unter 29.2 bis 29.4 beschrieben, in die Beiträge der ersten Jahre von Plan D ein. Deshalb wird in dieser Zeit kein oder nur wenig Kapital gebildet.
3. Falls bei einer Beitragsfreistellung Kapital vorhanden ist, kann es sein, dass der unter 29.8 beschriebene Abzug dieses deutlich verringert oder sogar ganz verbraucht.

Wiederherstellung des Schutzes

- 27.7 Wenn Sie nach einer Beitragsfreistellung oder einer Reduzierung der Beiträge Ihren Schutz wiederherstellen möchten, müssen Sie eine neue Versicherung abschließen. Es kann allerdings sein, dass dies dann nur noch zu einem höheren Beitrag oder gar nicht mehr möglich ist, weil
- die versicherte Person älter ist oder
 - sich die Gesundheit verschlechtert hat.

Wenn Sie Ihren Schutz innerhalb von 12 Monaten ab Beginn der Beitragsfreistellung oder Reduzierung wiederherstellen, prüfen wir die Gesundheit der versicherten Person nicht noch einmal.

Sollten wir keinen mit Ihrem aktuellen Plan D vergleichbaren Tarif anbieten, behalten wir uns vor, die Wiederherstellung im bestehenden Plan D vorzunehmen.

- 27.8 Für eine Beitragsfreistellung, eine Reduzierung der Beiträge oder die Wiederherstellung des Schutzes ist es erforderlich, dass Sie uns eine Erklärung in Textform übermitteln.

Kündigung

28. Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

- 28.1 Sie können Ihren Plan D in Textform kündigen. Hierfür gelten folgende Voraussetzungen:
- Wenn Sie noch Beiträge zahlen, können Sie jederzeit zum Ende der laufenden Versicherungsperiode kündigen.
 - Wenn Ihr Plan D beitragsfrei ist, können Sie zu jedem Monatsende kündigen.
- 28.2 Mit der Kündigung endet Ihre Versicherung, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird. Beiträge zahlen wir nicht zurück. Tritt der Leistungsfall ein, bevor Plan D endet, bleiben die Ansprüche in voller Höhe bestehen. Dies gilt auch, wenn Sie den Leistungsfall erst nach dem Ende von Plan D melden.

Kosten

29. Welche Kosten entstehen bei Ihrer Versicherung?

- 29.1 Bei Ihrer Versicherung entstehen
- Abschluss- und Vertriebskosten sowie
 - Verwaltungskosten.

Die Abschluss- und Vertriebskosten sowie die Verwaltungskosten sind bereits in Ihrem Beitrag berücksichtigt.

Es können auch anlassbezogene Kosten anfallen. Diese sind zusätzlich zu Ihrem Beitrag zu zahlen.

Abschluss- und Vertriebskosten

- 29.2 Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören
- die Provisionszahlung für den Vermittler

- Kosten, um Ihren Antrag zu prüfen
- Kosten, um Ihre Versicherungsunterlagen zu erstellen.

Wir rechnen diese Kosten in die Beiträge der ersten maximal 8 Jahre von Plan D ein.

- 29.3 Einen Teil der Abschluss- und Vertriebskosten in Höhe von maximal 2,5 % der Beitragssumme verrechnen wir dabei nach einem Verfahren, das durch die folgenden rechtlichen Grundlagen bestimmt wird:
- § 4 Deckungsrückstellungsverordnung,
 - § 169 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz in Verbindung mit
 - § 25 Absatz 2 Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung.
- Das bedeutet, dass Sie diese Abschluss- und Vertriebskosten in den ersten 5 Jahren durch Teile Ihrer Beiträge tilgen.
- 29.4 Läuft Ihr Plan D länger als 5 Jahre, sind die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten in die Beiträge der Jahre 6 bis 8 eingerechnet.

Verwaltungskosten

- 29.5 Unsere Verwaltungskosten beinhalten alle Sach- und Personalaufwendungen, die für den laufenden Versicherungsbetrieb erforderlich sind.
Diese Kosten werden über die gesamte Laufzeit von Plan D verteilt.

Anlassbezogene Kosten

- 29.6 Wenn aus von Ihnen veranlassten Gründen zusätzlicher Aufwand entsteht, können wir Ihnen die zusätzlichen Kosten in Rechnung stellen.

Dies gilt, wenn

- wir Ihnen einen neuen Versicherungsschein ausstellen,
- Sie Beiträge nicht zahlen und wir Ihnen eine Frist setzen,
- wir die Beiträge nicht abbuchen können,
- Sie Ihre Versicherung außerhalb der vertraglich vereinbarten Möglichkeiten ändern,
- Sie Ihre Versicherung abtreten oder verpfänden,
- wir Ihre Adresse ermitteln müssen, weil Sie uns eine Änderung nicht mitgeteilt haben. Weitere Informationen hierzu stehen unter 35.

Darüber hinaus stellen wir Ihnen nur Kosten in Rechnung, wenn dies nach gesetzlichen Vorschriften zulässig ist.

Wir berechnen für diese Kosten eine Pauschale. Sie orientiert sich an unserem regelmäßig entstehenden Aufwand. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale nicht angemessen ist, setzen wir sie entsprechend herab oder sie entfällt.

Höhe der Kosten

- 29.7 Die Höhe der unter 29.2 bis 29.6 beschriebenen Kosten können Sie Ihrem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten entnehmen

Abzug bei Beitragsfreistellung

- 29.8 Bei einer Beitragsfreistellung, wie unter 27.2 beschrieben, erheben wir einen Abzug in Höhe von 8 % des Jahresbetrags der vereinbarten Rente. Der Abzug ist erforderlich, weil
- sich das Risiko des Bestandes verändert, wenn jemand die Versichertengemeinschaft verlässt. Diese Veränderung des Risikos müssen wir ausgleichen.
 - wir ein kollektives Risikokapital für alle Versicherten bilden. Auch dieses müssen wir ausgleichen.
 - wir das Kapital für die Bildung der beitragsfreien Rente zunächst auf Basis der vereinbarten Beiträge bestimmen. Durch den Abzug berücksichtigen wir, dass die tatsächlich von Ihnen gezahlten Beiträge durch die Verrechnung mit den Überschussanteilen in der Regel deutlich geringer waren.

Im Zweifel müssen wir Ihnen nachweisen, dass der Abzug angemessen ist. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug nicht angemessen ist, setzen wir ihn entsprechend herab oder er entfällt.

Beteiligung an den Überschüssen

30. Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven?

Entstehung von Überschüssen

- 30.1 Die Beiträge für Versicherungsverträge berechnen wir mit vorsichtigen Annahmen. Daher können wir verschiedene Arten von Überschüssen erwirtschaften:
- Risikoüberschüsse entstehen zum Beispiel dann, wenn weniger Leistungsfälle eintreten, als wir anfangs angenommen haben.
 - Zinsüberschüsse entstehen, wenn wir aus unseren Kapitalanlagen mehr Erträge erzielen als wir zur Finanzierung der Zinsen benötigen, die wir als Rechnungsgrundlage der Versicherungsverträge verwenden.
 - Sonstige Überschüsse entstehen zum Beispiel dann, wenn unsere Kosten niedriger sind als die in die Beiträge eingerechneten Kosten.
- Aus jedem einzelnen dieser Gründe kann umgekehrt aber auch ein Verlust entstehen, der den Gesamtüberschuss vermindert.
- Die Überschüsse ermitteln wir nach handelsrechtlichen Vorschriften. Die Höhe der erwirtschafteten Überschüsse können wir nicht vorhersehen. Daher können wir die Höhe der künftigen Beteiligung an den Überschüssen nicht garantieren. Sie kann auch null Euro betragen.

Beteiligung an den Überschüssen

- 30.2 Ihnen steht als Versicherungsnehmer eine Beteiligung an den Überschüssen zu. Dabei halten wir uns an die dafür geltenden rechtlichen Grundlagen wie
- § 153 Versicherungsvertragsgesetz und
 - die Mindestzuführungsverordnung.
- 30.3 Ihre Überschussanteile können wir direkt aus den erwirtschafteten Überschüssen des jeweiligen Geschäftsjahres finanzieren. Wir können die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse aber auch zunächst der so genannten Rückstellung für Beitragsrückerstattung zuführen und Ihre Überschussanteile dieser Rückstellung entnehmen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, dass die Höhe Ihrer Überschussanteile möglichst wenig schwankt, auch wenn die von uns erwirtschafteten Überschüsse von Jahr zu Jahr unterschiedlich hoch sind.
- 30.4 Für beitragspflichtige Zeiten wird die Höhe Ihrer Überschussanteile in Prozent des Beitrags festgelegt. Die Überschussanteile erhalten Sie ab Beginn von Plan D. Sie werden mit den fälligen Beiträgen verrechnet und verringern so den zu zahlenden Beitrag.
- 30.5 Für den Fall, dass Ihr Plan D beitragsfrei gestellt wurde, wird die Höhe Ihrer Überschussanteile in Prozent der Rente festgelegt. Ihr Schutz wird dann jeweils zum Ende eines Versicherungsjahres um den festgelegten Prozentsatz erhöht.
- 30.6 Für den Leistungsfall wird die Höhe Ihrer Überschussanteile auch in Prozent der Rente festgelegt. Ihre Rente wird dann jeweils zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens jedoch ein Jahr nach Beginn der Rentenzahlung, um den festgelegten Prozentsatz erhöht. Wenn unsere Leistungspflicht endet, weil keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit mehr vorliegt, ist Ihr Schutz wieder so hoch wie vor dem Leistungsfall.
- 30.7 Die in 30.4 bis 30.6 beschriebenen Prozentsätze werden Überschussanteilsätze genannt. Sie werden jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars neu festgelegt. Das bedeutet auch, dass sich die Höhe Ihres zu zahlenden Beitrags jährlich verändern kann.

- 30.8 Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Sie können den Geschäftsbericht auf unserer Internetseite einsehen.
- 30.9 Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze fassen wir gleichartige Versicherungen, bei denen Überschüsse in ähnlichem Umfang entstehen, zu Bestandsgruppen zusammen. Zu welcher Bestandsgruppe Ihr Plan D gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

Entstehung von Bewertungsreserven

- 30.10 Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind.
Beispiel: Wir haben eine Aktie zum Kurs von 100 Euro gekauft. Wenn der tatsächliche Kurs der Aktie zu einem Bilanzstichtag bei 110 Euro steht, ist eine Bewertungsreserve in Höhe von 10 Euro entstanden, da die Aktie in der Bilanz nur mit ihrem Anschaffungspreis in Höhe von 100 Euro ausgewiesen wird.
Die Bewertungsreserven ermitteln wir nach handelsrechtlichen Vorschriften und veröffentlichen sie jährlich im Anhang unseres Geschäftsberichts.
Wir können nicht vorhersehen, wie sich die Marktwerte der Kapitalanlagen entwickeln. Daher können wir auch die Höhe der künftigen Beteiligung an den Bewertungsreserven nicht garantieren.
Bewertungsreserven können auch negativ werden. Ihre Beteiligung an den Bewertungsreserven ist jedoch niemals negativ.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

- 30.11 Ihnen steht als Versicherungsnehmer eine Beteiligung an den Bewertungsreserven zu. Dabei halten wir uns an die dafür geltenden rechtlichen Grundlagen wie
- § 153 Versicherungsvertragsgesetz und
 - die Mindestzuführungsverordnung.
- 30.12 Eine Beteiligung kann jedoch nur erfolgen, wenn Ihr Vertrag zur Bildung von Bewertungsreserven beigetragen hat. Dies ist hauptsächlich der Fall, wenn ein Leistungsfall eingetreten ist. Vor Eintritt eines Leistungsfalls stehen für die Bildung von Kapitalanlagen und damit auch für die Bildung von Bewertungsreserven keine oder nur geringe Beträge zur Verfügung.
- 30.13 Mindestens einmal im Jahr prüfen wir,
- ob Bewertungsreserven vorhanden sind,
 - ob Ihr Vertrag zur Bildung dieser Bewertungsreserven beigetragen hat und, falls ja,
 - welcher Anteil auf Ihren Vertrag entfällt. Diesen Anteil berechnen wir nach einem verursachungsorientierten Verfahren.
- Bei Beendigung des Vertrags, also spätestens bei Ablauf, haben Sie Anspruch auf die Hälfte dieses Anteils und wir zahlen Ihnen diesen Betrag aus. Wir können Sie auch schon während der Laufzeit von Plan D an den Bewertungsreserven beteiligen. In diesem Fall vermindert sich der Auszahlungsbetrag bei Beendigung des Vertrags entsprechend.
- 30.14 Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven kann teilweise oder ganz entfallen, wenn dies aufgrund von aufsichtsrechtlichen Regelungen erforderlich ist. Zum Beispiel kann eine solche Maßnahme notwendig sein, damit wir die Garantieverprechen aller Versicherungsverträge weiterhin einhalten können.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

31. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

Als Versicherer müssen wir einschätzen, welches Risiko wir eingehen, wenn wir Schutz anbieten. Deshalb müssen Sie uns als Versicherungsnehmer über alle relevanten Tatsachen informieren, die für die Versicherung von Bedeutung sein können. Hierzu gehören zum Beispiel Angaben zur Gesundheit der versicherten Person. Nach den für uns relevanten Tatsachen fragen wir Sie im Antrag. Verletzen Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht, weil Sie bestimmte Umstände verschweigen oder fehlerhaft

mitteilen, hat dies Auswirkungen auf Ihren Schutz. Was genau passieren kann, ist in dem folgenden Text geregelt. Bitte lesen Sie diese Hinweise sorgfältig durch. Bei Fragen hierzu können Sie sich gerne an uns wenden.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

- 31.2 Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.
- 31.3 Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

- 31.4 Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht
- vom Vertrag zurücktreten,
 - den Vertrag kündigen,
 - den Vertrag ändern oder
 - den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

Rücktritt

- 31.5 Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen, zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Schutz – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- 31.6 Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Schutz. Wenn wir nach Eintritt des Leistungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Leistungsfalls
 - 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.
- 31.7 Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt er, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- 31.8 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.
- 31.9 Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen, zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Schutz

– auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

- 31.10 Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich in einen beitragsfreien Vertrag um, für den die Regelungen unter 27.2 entsprechend gelten.

Vertragsänderung

- 31.11 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen, zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Schutz – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, siehe 31.5 Satz 3 und 31.9 Satz 1, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Wir verzichten auf das Recht, den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

- 31.12 Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
 - wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.
- Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

- 31.13 Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- 31.14 Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kennen.
- 31.15 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.
- 31.16 Nach Ablauf von 5 Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Leistungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist 10 Jahre.

Anfechtung

- 31.17 Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. 31.7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung

- 31.18 Wenn der Schutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird, gelten 31.1 bis 31.17 entsprechend.

Die Fristen nach 31.16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

- 31.19 Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod der von Ihnen bestimmte Empfänger der Leistung als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Empfänger der Leistung bestimmt oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.
- 31.20 Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrags können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

Weitere Regelungen

32. Wann haben Sie keinen Schutz?

Sie haben keinen Schutz, wenn der Leistungsfall durch Folgendes verursacht ist:

1. Durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Einfach und grob fahrlässige Verstöße und alle Ordnungswidrigkeiten, zum Beispiel im Straßenverkehr, sind davon nicht betroffen.
2. Durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.
3. Wenn die versicherte Person
 - den Leistungsfall absichtlich herbeigeführt hat,
 - sich absichtlich verletzt hat oder
 - versucht hat, sich zu töten.

Wir leisten jedoch, wenn Sie uns nachweisen, dass die versicherte Person aufgrund krankhafter Störungen der Geistestätigkeit bei den oben genannten Handlungen nicht in der Lage gewesen ist, selbstbestimmt zu handeln.

4. Wenn Sie durch widerrechtliche Handlungen vorsätzlich den Leistungsfall der versicherten Person herbeigeführt haben.
5. Durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen gefährden. Dies gilt nur, wenn zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Behörde tätig wird.
6. Unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir leisten jedoch, wenn die versicherte Person
 - Kriegsereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt war und sich nicht aktiv daran beteiligt hat oder
 - als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei an humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen außerhalb der Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten aufgrund eines Mandats der NATO, UNO, EU oder OSZE teilgenommen hat.
7. Durch vorsätzliches
 - Einsetzen von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
 - Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Dies gilt jedoch nur, wenn

- mit dem Einsatz oder der Freisetzung eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Rechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist, und
- dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, von dem maximal 1.000 Menschen betroffen sind. Damit ist gemeint, dass die Menschen durch das Ereignis

- unmittelbar sterben oder
- voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder
- dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden.

Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von 6 Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und ggf. bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

33. Wann dürfen wir den Beitrag erhöhen oder die Leistungen reduzieren?

- 33.1 Nach § 163 Versicherungsvertragsgesetz sind wir berechtigt, einen neuen Beitrag für Ihre Versicherung festzusetzen, wenn
1. sich unser Leistungsbedarf für Leistungen aus Plan D nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat,
 2. der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, damit wir die Versicherungsleistung dauerhaft erbringen können, und
 3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Ziffern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat.

Wir können den Beitrag nicht neu festsetzen, wenn

- die Leistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und
- ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

- 33.2 Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags nach 33.1 die Leistung entsprechend reduziert wird.
- 33.3 Bei beitragsfreien Versicherungen – allerdings nicht während einer Rentenzahlung – sind wir bei Vorliegen der Voraussetzungen von 33.1 dazu berechtigt, die Leistungen zu reduzieren. Sie haben in diesem Fall das Recht, die Leistung ohne erneute Prüfung der Gesundheit der versicherten Person durch eine Zuzahlung auf den Wert vor der Anpassung anzuheben.
- 33.4 Wir werden Ihnen die Neufestsetzung des Beitrags und die Reduzierung der Leistung in Textform mitteilen. Dabei stellen wir die maßgeblichen Gründe für die Änderung dar. Zu Beginn des zweiten auf die Mitteilung folgenden Monats werden die Änderungen wirksam.

34. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Bedingungen anpassen und wann wird eine neue Bestimmung wirksam?

- 34.1 Eine Bestimmung in diesen Bedingungen kann durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder einen bestandskräftigen Verwaltungsakt unwirksam werden. In diesem Fall können wir die unwirksame Bestimmung nach § 164 Versicherungsvertragsgesetz durch eine neue Bestimmung ersetzen. Wir dürfen dies allerdings nur unter folgenden Voraussetzungen:
- Wenn es notwendig ist, die alte durch die neue Bestimmung zu ersetzen, um die Versicherung fortzuführen, oder
 - wenn es für Sie oder uns eine unzumutbare Härte darstellen würde, wenn die Versicherung ohne neue Bestimmung bestehen bleibt.

Wir haben Ihre und unsere Interessen zu berücksichtigen.

- 34.2 Eine neue Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Außerdem muss auch mit der neuen Bestimmung das Ziel Ihres Vertrags gewahrt bleiben. Die neue Bestimmung wird Bestandteil dieser Versicherung, sobald die beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Wir haben Ihnen die neue Bestimmung mitgeteilt. Dabei müssen wir Ihnen auch die Gründe nennen, die für die Änderung maßgeblich waren.
 - Sie müssen die Mitteilung zwei Wochen vorher erhalten haben.

- 34.3 Wenn eine oder mehrere Bestimmungen dieser Bedingungen unwirksam sind, bleiben die übrigen dennoch wirksam.
- 35. Was gilt, wenn sich Ihr Name oder Ihre Adresse ändert?**
Wenn sich Ihr Name oder Ihre Adresse ändert, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit. Tun Sie dies nicht, können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Willenserklärung, wie zum Beispiel die Erklärung des Rücktritts vom Vertrag oder die Kündigung, an Ihre uns zuletzt bekannte Adresse per Einschreiben zu schicken. Drei Tage danach gilt die Willenserklärung als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- 36. Was müssen Sie uns außerdem mitteilen?**
- 36.1 Wir können aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sein, zum Beispiel, wenn Sie eine Leistung bekommen. Dann müssen Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen unverzüglich zur Verfügung stellen. Diese Verpflichtung gilt
- bei Abschluss der Versicherung,
 - bei Änderung nach Abschluss der Versicherung oder
 - auf Nachfrage.
- Dies gilt auch, soweit es sich um Informationen, Daten und Unterlagen von dritten Personen handelt, die Rechte an dem Vertrag haben.
- 36.2 Notwendige Informationen im Sinne von 36.1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung
- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
 - der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und
 - der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können.
- Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.
- 36.3 Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.
- 36.4 Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß 36.1 und 36.2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.
- 37. Welches Recht gilt für diese Versicherung?**
Für diese Versicherung gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.
- 38. Was können Sie bei Meinungsverschiedenheiten tun?**
- 38.1 Sollten Sie aus irgendeinem Grund mit uns nicht einer Meinung oder der Ansicht sein, wir hätten uns falsch verhalten, bedauern wir dies sehr – bitte sprechen Sie uns an. Wir sind jederzeit bemüht, Ihnen Ihren Schutz, unsere Rechtsauffassung und unser Vorgehen zu erläutern und eine einvernehmliche Regelung zu finden.
- 38.2 Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Versicherungsombudsmann

- 38.3 Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie wie folgt:

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

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

- 38.4 Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

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

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

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

Klageerhebung

- 38.6 Neben den oben genannten Beschwerdemöglichkeiten, haben Sie außerdem die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.
- 38.7 Wenn Sie eine natürliche Person sind, können Sie Klage gegen uns bei folgenden zuständigen Gerichten erheben:
- Am Sitz unserer Niederlassung,
 - an Ihrem Wohnsitz oder
 - an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

Klagen gegen Sie erheben wir bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht. Wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, ist das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsortes zuständig.

- 38.8 Wenn Sie eine juristische Person sind, können Sie an folgenden Orten Klage gegen uns erheben:
- Am Sitz unserer Niederlassung oder
 - beim zuständigen Gericht Ihres Geschäftssitzes oder Ihrer Niederlassung.

Klagen gegen Sie erheben wir bei dem für Ihren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder am Ort Ihrer Niederlassung.

- 38.9 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort ins Ausland, sind für Klagen die Gerichte des Landes zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

38.10 Bitte beachten Sie, dass die Ansprüche aus dieser Versicherung verjähren können. Es gelten die zivilrechtlichen Verjährungsregeln der §§ 194ff des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

Bedingungen für den vorläufigen Schutz bei Plan D

39. Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Schutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Schutz ist, dass

- die beantragte Versicherung nicht später als zwei Monate, nachdem der Antrag unterschrieben wurde, beginnt,
- uns ein gültiges SEPA-Lastschriftmandat vorliegt,
- Sie das Zustandekommen von Plan D nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben,
- Ihr Antrag nicht von unseren Tarifen und Bedingungen abweicht und
- die versicherte Person zwischen 4 und 55 Jahre alt ist, wenn der Antrag unterschrieben wird.

40. Wann beginnt und endet der vorläufige Schutz?

40.1 Der vorläufige Schutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht.

40.2 Der vorläufige Schutz endet, wenn

- der Schutz aus Plan D beginnt,
- Sie Ihre Vertragserklärung anfechten oder zurücknehmen,
- Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen,
- der Versicherungsschein vom Antrag abweicht und Sie diesen Abweichungen widersprechen,
- wir den ersten Beitrag nicht abbuchen können und Sie dafür verantwortlich sind oder Sie der Abbuchung widersprechen oder
- ein gleichartiger auch vorläufiger Schutz bei uns oder einem anderen Versicherer beginnt.

40.3 Sowohl Sie als auch wir können den vorläufigen Schutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigung wird allerdings erst nach Ablauf von zwei Wochen wirksam, nachdem Sie Ihnen zugegangen ist.

41. Was ist vorläufig versichert?

Wenn Sie Plan D beantragen und während der Dauer des vorläufigen Schutzes die Einschränkung der Leistungsfähigkeit eintritt, wie unter 1.1 beschrieben, leisten wir in dem von Ihnen beantragten Umfang. Wir zahlen jedoch maximal eine Rente von 1.000 Euro monatlich und die unter 7.3 beschriebene Todesfallleistung beträgt maximal 12.000 Euro.

Eine Beteiligung an den Überschüssen erfolgt nicht.

Unsere Leistungen enden spätestens bei Ablauf von Plan D.

42. Wann ist der vorläufige Schutz ausgeschlossen?

42.1 Unsere Leistungspflicht besteht nicht, wenn die Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund von Ursachen eintritt,

- nach denen wir im Antrag gefragt haben und
- von denen die versicherte Person vor der Unterzeichnung Kenntnis hatte.

Dies gilt auch dann, wenn die zum Leistungsfall führenden Ursachen bereits im Antrag angegeben waren. Wir leisten aber, wenn die Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund von Umständen eintritt, die für den Eintritt des Leistungsfalls nur mitursächlich waren.

42.2 Sie haben außerdem keinen Schutz in den unter 32. beschriebenen Fällen.

43. Was kostet der vorläufige Schutz?

Für den vorläufigen Schutz müssen Sie keinen zusätzlichen Beitrag zahlen.

44. Wie ist das Verhältnis zum Hauptvertrag und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Schutz?

- 44.1 Soweit in diesen Bedingungen für den vorläufigen Schutz bei Plan D nichts anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen für Plan D Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
- 44.2 Haben Sie im Antrag einen Empfänger für die Leistungen bestimmt, erhält dieser auch die Leistungen aus dem vorläufigen Schutz.

Wichtige Begriffe

45. Kurze Erläuterung einiger wichtiger Begriffe

Diese Erläuterung ist nicht abschließend. Für den Vertragsinhalt sind nur die Bedingungen maßgeblich.

Aktuar	Aktuare sind wissenschaftlich ausgebildete Sachverständige. Sie sind Experten in Mathematik, Statistik und Wahrscheinlichkeitsrechnung, die sich mit Fragestellungen und Risiken im Versicherungs- und Finanzbereich auseinandersetzen. Ein Aktuar prüft zum Beispiel, ob die Beiträge zum Risiko passen, damit wir alle Leistungen auch erbringen können. Der Verantwortliche Aktuar eines Versicherungsunternehmens ist ein Aktuar mit bestimmten, gesetzlich festgelegten Verpflichtungen gegenüber dem Vorstand und der Aufsichtsbehörde.
beitragsfrei	Sie haben die Möglichkeit, Ihren Plan D beitragsfrei zu stellen. In dieser Zeit haben Sie keinen oder nur einen geringen Schutz. Welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen, steht in den Bedingungen. Sie müssen für Ihren Plan D auch keine Beiträge mehr zahlen, wenn Sie eine Leistung von uns bekommen.
Beitragssumme	Die Beitragssumme ist die Summe der für die gesamte Laufzeit von Plan D vereinbarten Beiträge.
Beitragszahler	Die Beiträge zu Plan D zahlt in der Regel der Versicherungsnehmer. Auch ein Dritter kann Beitragszahler sein. Er erwirbt dadurch allerdings keine Rechte an Ihrem Plan D.
Grundfähigkeitsversicherung	Eine Grundfähigkeitsversicherung ist eine Risikoversicherung, bei der eine Leistung erbracht wird, wenn die versicherte Person bestimmte elementare körperliche oder geistige Fähigkeiten verliert. Auch Ihr Plan D ist eine Grundfähigkeitsversicherung.
Leistung	Verliert die versicherte Person eine der versicherten Fähigkeiten oder ist sie in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt, erbringen wir eine Leistung. Unsere Leistung besteht in der Regel aus der mit Ihnen vereinbarten monatlichen Rente und der Beitragsfreistellung Ihres Plan D. Das heißt, solange Sie eine Rente von uns bekommen, müssen Sie keine Beiträge zahlen. Die Rente zahlen wir, solange die versicherte Fähigkeit verloren oder die Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, längstens bis zum Ablauf von Plan D.
Leistungsfall	Der Leistungsfall ist für uns das Ereignis, das dazu führt, dass die versicherte Person eine versicherte Fähigkeit verliert oder in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Dies kann zum Beispiel durch eine Krankheit, Verletzung oder einen Unfall geschehen. Bei Einschluss des Bausteins „Der Krankenschein“ ist dies auch der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.
Prüfung der Gesundheit	Die Gesundheit der versicherten Person hat Einfluss auf den Schutz. Deshalb stellen wir im Antrag Fragen zur Gesundheit der versicherten Person. Wir fragen aber auch nach Größe und Gewicht sowie nach riskanten Hobbies, um hieran gesundheitliche Risiken erkennen zu können. Manchmal kann es sein, dass wir weitere Informationen benötigen. Dann fragen wir mit ihrem Einverständnis die Ärzte der versicherten Person.
Rechnungsgrundlagen	Um die Beiträge richtig zu kalkulieren, greifen wir auf so genannte Rechnungsgrundlagen zurück. Sie bilden die Grundlage für die Berechnung der Leistungen und Beiträge. Die Rechnungsgrundlagen sind sorgfältig ermittelte Annahmen dazu, wie sich die versicherten Risiken, die Zinsen und die Kosten entwickeln werden.
Regelaltersgrenze	Die Regelaltersgrenze liegt derzeit bei 67 Jahren. Sie ist der Zeitpunkt, zu dem abschlagsfrei die Regelaltersrente bezogen werden kann.

Die Regelaltersrente ist nach § 33 Abs. 2 Nr. 1 Sozialgesetzbuch VI eine Altersrente der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung. Stand: 01.03.2021

Rückkaufswert	Plan D bietet Ihnen Schutz, wenn Sie eine wichtige Fähigkeit verlieren. Sie zahlen für diesen Schutz und sparen kein Geld an. Wenn Sie kündigen, wird deshalb kein Rückkaufswert fällig.
Schriftform	Schriftform bedeutet, dass eine Erklärung in einem Dokument niedergeschrieben und mit einer eigenhändigen Unterschrift des Erklärenden unterschrieben werden muss. Eine digitale Unterschrift ist für die Schriftform nicht ausreichend. Die Erklärung können Sie uns als einfachen Brief zukommen lassen. Die Abgabe der Erklärung per E-Mail oder Fax ist nicht ausreichend. Geregelt ist die Schriftform in § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.
Textform	Eine Erklärung in Textform können Sie zum Beispiel per Brief, Fax oder E-Mail abgeben. Dabei müssen wir den Absender eindeutig als Person erkennen können. Geregelt ist die Textform in § 126 b des Bürgerlichen Gesetzbuchs.
Überschüsse	Wir berechnen die Beiträge vorsichtig. Dazu sind wir gesetzlich verpflichtet. Aus diesem Grund erzielen wir so genannte Überschüsse. An diesen beteiligen wir Sie. Wenn wir zum Beispiel weniger Leistungen auszahlen, als wir angenommen haben, zahlen wir unseren Kunden Geld zurück. Bei Plan D bedeutet das für Sie einen reduzierten Beitrag. Die Überschüsse können mal höher und mal niedriger ausfallen, sie sind nicht garantiert. Dadurch kann sich auch Ihr Beitrag ändern.
unverzüglich	Wenn Sie eine Leistung aus Ihrem Plan D erhalten möchten, müssen Sie diese unverzüglich nach Eintritt des Leistungsfalls beantragen. Unverzüglich bedeutet: Ohne schuldhaftes Zögern und ist in § 121 Abs. 1 S. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs geregelt. Unverzüglich verlangt keine sofortige Erklärung. Ausreichend ist eine frühestmögliche und zumutbare Erklärung, die nach den Umständen des Einzelfalls nach einer angemessenen Überlegungsfrist abgegeben wird. Hierbei sind auch unsere Interessen zu berücksichtigen.
versicherte Person	Die versicherte Person ist die Person, deren Fähigkeiten versichert sind. Sie muss nicht der Versicherungsnehmer sein.
Versicherungsnehmer	Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Er hat die Rechte und Pflichten, die sich aus der Versicherung ergeben. In der Regel zahlt der Versicherungsnehmer zum Beispiel die Beiträge und kann Erklärungen abgeben.
Versicherungsperiode	Die Versicherungsperiode beschreibt den Zeitabschnitt, für den Sie Beiträge zahlen. Wenn Sie Ihre Beiträge monatlich zahlen, beträgt die Versicherungsperiode einen Monat. Sie können mit uns eine monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Zahlungsweise vereinbaren.
Versicherungsschein	Der Versicherungsschein ist der Nachweis, dass Sie Plan D bei uns abgeschlossen haben. Sie erhalten den Versicherungsschein von uns in der Regel in Papierform. Dann handelt es sich um eine Urkunde. Bewahren Sie diese bitte sorgfältig auf. Sie ist der Nachweis, dass Sie im Leistungsfall berechtigt sind, die Leistung von uns zu bekommen.