



Inhaltsverzeichnis für Verbraucherinformationen

Verbraucherinformationen nach VVG

Produktinformationsblatt

Vertragsspezifische Informationen

- Allgemeine Vertragsdaten
- Garantiewerte

Allgemeine und zusätzliche Informationen

- Allgemeine Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)
- Zusätzliche Informationen nach § 2 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

Vertragsbedingungen

- | | | |
|-------------|---------|---|
| - GN251098 | 02.2008 | Allgemeine Bedingungen |
| - GN252098 | 01.2008 | Tarifbedingungen zu Tarif IBU2500C/IBU2530C/IBU2540C |
| - GN843_991 | 08.2008 | Informationen zum Templeton Growth (Euro) Fund A |
| - GN253670 | 04.2008 | Erläuterungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung |
| - GN253105 | 04.2008 | Bedingungen zur SchnellHilfe-Kapital-Zusatzversicherung |
| - GN254210 | 04.2008 | Besondere Bedingungen für NÜRNBERGER Plus |
| - GN254360 | 08.2008 | Besondere Bedingungen zum NÜRNBERGER Life-Cycle-Modell |
| - GN254510 | 01.2008 | Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen |
| - GN254610 | 01.2008 | Steuerrechtliche Hinweise |
| - IS000020 | 10.2007 | Merkblatt zur Datenverarbeitung |
| - GN254710 | 02.2008 | Allgemeine Hinweise |



Produktinformationsblatt

IBU2500C*F+B+SH55,56

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen Überblick über die Ihnen angebotene Versicherung geben. **Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend.** Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den Vertragsbedingungen. Bitte lesen Sie daher die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Der Ihnen angebotene Vertrag umfasst

- NÜRNBERGER Investment Berufsunfähigkeitsversicherung (IBU2500C)
- Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung - Beitragsfreiheit (B)
- SchnellHilfe-Kapital-Zusatzversicherung (SH2008)

Grundlage sind die für den Vertrag gültigen Bedingungen und Hinweise, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen, Tarifbedingungen und die Bedingungen für die Zusatzversicherungen.

2. Welche Risiken sind versichert, welche sind nicht versichert?

Hauptversicherung (IBU2500C)

Jahresrente bei vollständiger Berufsunfähigkeit
zahlbar in monatlichen Raten zu je

9.000,00 EUR
750,00 EUR

Zusatzversicherungen

Leistungen bei Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit (BUZ2008C)
ohne Karenzzeit

Beitragsfreiheit (B) versichert bis zum 01.07.2031

Leistungen bei schwerer Krankheit (SH2008)

versichert bis zum 01.07.2031

Bei Eintritt einer schweren Erkrankung (Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, gutartiger Hirntumor oder Nierenversagen) und Überleben von 30 Tagen ab der Diagnose, bei Nierenversagen ab erster Dialysebehandlung bzw. Nierentransplantation

Kapitalleistung

5.000,00 EUR

Bitte beachten Sie, dass die Begriffe "Berufsunfähigkeit" und "Pflegebedürftigkeit" nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder den entsprechenden Begriffen im Sinne der Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung übereinstimmen.

Möchten Sie mehr zum versicherten Risiko wissen, sehen Sie dazu bitte in den Tarifbedingungen sowie in den Bedingungen für die Zusatzversicherungen unter "Was ist versichert?" nach.

Aufgrund der Risikoprüfung können sich individuelle Risikoausschlüsse ergeben.

Zu den dargestellten garantierten Leistungen kommen in der Regel noch Leistungen aus der Überschussbeteiligung, die nicht garantiert sind. Möchten Sie mehr zum Thema Überschussbeteiligung wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Bedingungen sowie in den Bedingungen für die Zusatzversicherungen unter "Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?" und in den Tarifbedingungen unter "Welche Überschüsse gibt es und wie werden sie verwendet?" nach.

3. Wie hoch ist Ihr Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert und welche können zusätzlich entstehen? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag nicht oder verspätet bezahlen?

Tarifbeitrag	monatlich	(fällig am 01. jedes Monats)	59,32 EUR
Nettobeitrag	monatlich	(nach Abzug der derzeitigen Überschussbeteiligung; ohne Garantie für die Zukunft)	58,98 EUR

erstmalig zum Versicherungsbeginn

01.07.2009

letztmalig zum

01.06.2039

Für diesen Vertrag sind Abschlusskosten und weitere Kosten zu entrichten, die im kalkulierten Tarifbeitrag bereits enthalten sind. Diese Kosten bestehen aus einem einmaligen Betrag von 802,33 EUR und weiteren Beträgen von 7,22 EUR pro Beitragsfälligkeit. Die einmaligen Kosten werden bei Kündigung oder Beitragsfreistellung während der ersten 5 Jahre nur anteilig in Rechnung gestellt. Läuft eine Zusatzversicherung vor der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung ab, vermindern sich ab dem Ablauf der Zusatzversicherung der Beitrag und die sonstigen Kosten.

Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Bedingungen unter "Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?" nach.

- Fortsetzung nächste Seite -



- Fortsetzung -

Produktinformationsblatt

Seite 2

IBU2500C*F+B+SH55,56

Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem oben angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind zu den oben angegebenen Terminen zu zahlen. Falls Sie uns eine Lastschriftermächtigung erteilen, sorgen Sie bitte rechtzeitig für ausreichende Deckung auf Ihrem Konto. Wenn Sie den Einlösungsbeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, wie Sie nicht gezahlt haben. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten. Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag innerhalb einer Frist von mindestens 2 Wochen zu zahlen. Tritt nach Fristablauf der Versicherungsfall ein und sind Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Bedingungen unter "Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?" und "Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?" nach.

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Die produktspezifischen Leistungen sind in den Tarifbedingungen sowie in den Bedingungen für die Zusatzversicherungen unter "Was ist versichert?" beschrieben.

Hauptversicherung

Es gibt Fälle, in denen der Versicherungsschutz ausgeschlossen ist. Wir leisten z. B. nicht, wenn der Leistungsfall durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person verursacht ist. Auch bei kriegerischen Ereignissen oder bei absichtlicher Herbeiführung des Leistungsfalls besteht kein Versicherungsschutz.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, z. B. eine vollständige Aufzählung der Ausschlussgründe, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Bedingungen unter "In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?" nach.

Zusatzversicherungen

Es gibt Fälle, in denen der Versicherungsschutz ausgeschlossen ist. Wir leisten z. B. nicht, wenn der Leistungsfall durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person verursacht ist. Auch bei kriegerischen Ereignissen oder bei absichtlicher Herbeiführung des Leistungsfalls besteht kein Versicherungsschutz.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, z. B. eine vollständige Aufzählung der Ausschlussgründe, sehen Sie dazu bitte in den Bedingungen für die Zusatzversicherungen unter "In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?" nach.

5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss zu beachten und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, müssen Sie die im Antragsformular enthaltenen Fragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wenn Sie falsche oder unvollständige Angaben z. B. bei den Gesundheitsfragen machen, können wir - je nach Schwere der Anzeigepflichtverletzung und auch noch nach längerer Zeit - vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen, den Vertrag rückwirkend (beispielsweise durch Beitragserhöhung) anpassen oder den Vertrag anfechten. Das kann sogar zur Folge haben, dass wir keine Versicherungsleistungen erbringen müssen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Bedingungen unter "Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?" nach.

6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Ändert sich Ihre Postanschrift, Ihre Bankverbindung oder Ihr Name, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Fehlende Informationen können den reibungslosen Vertragsablauf beeinträchtigen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Bedingungen unter "Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?" nach.

7. Welche Pflichten haben Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Der Eintritt einer Berufsunfähigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Wir werden dann alle notwendigen Unterlagen bei Ihnen anfordern. Diese sind insbesondere Arztberichte und Informationen über den zuletzt ausgeübten Beruf der versicherten Person. Außerdem muss sich die versicherte Person ggf. von weiteren Ärzten untersuchen lassen.

Solange diese Mitwirkungspflichten nicht erfüllt werden, können wir keine Leistungen erbringen. Werden diese Mitwirkungspflichten vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, kann dies zur Folge haben, dass Sie keine oder nur verminderte Leistungen erhalten oder gar bereits erbrachte Leistungen zurückzahlen müssen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Bedingungen unter "Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?" und unter "Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?" sowie in den Tarifbedingungen unter "Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?" nach.

Nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit müssen Sie uns ferner eine Minderung des Grades der Berufsunfähigkeit oder die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit anzeigen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Bedingungen unter "Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?" nach.

Wird eine Leistung aus der Schnellhilfe-Kapital-Zusatzversicherung verlangt, benötigen wir insbesondere Arztberichte. Außerdem muss sich die versicherte Person ggf. von weiteren Ärzten untersuchen lassen.

- Fortsetzung nächste Seite -



- Fortsetzung -

Produktinformationsblatt

Seite 3

IBU2500C*F+B+SH55,56

Solange diese Mitwirkungspflichten nicht erfüllt werden, können wir keine Leistungen erbringen. Werden diese Mitwirkungspflichten vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, kann dies zur Folge haben, dass Sie keine oder nur verminderte Leistungen erhalten oder gar bereits erbrachte Leistungen zurückzahlen müssen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Bedingungen für die Zusatzversicherungen unter "Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten?" und "Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflicht?" nach.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Vertrags, frühestens jedoch zum Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung.

Versicherungsbeginn (mittags 12 Uhr) (vergleiche hierzu § 1 der Allgemeinen Bedingungen)	01.07.2009
Ablauf der Beitragszahlung	01.07.2039
Ablauf der Versicherung (mittags 12 Uhr)	01.07.2039
Ablauf der Rentenzahlung bei Berufsunfähigkeit spätestens	01.07.2039
Ablauf der Versicherungsdauer der Zusatzversicherungen	
Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung - Beitragsfreiheit (B)	01.07.2031
SchnellHilfe-Kapital-Zusatzversicherung (SH2008)	01.07.2031

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Bedingungen unter "Wann beginnt der Versicherungsschutz?" und in den Tarifbedingungen sowie in den Bedingungen für die Zusatzversicherungen unter "Was ist versichert?" nach.

9. Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können die Versicherung kündigen. Dabei erlischt der Vertrag. Ein garantierter Rückkaufswert wird nicht fällig. Es werden jedoch die aus der Überschussbeteiligung vorhandenen Werte ausgezahlt. Die Kündigung der Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Bedingungen unter "Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?" sowie in den Tarifbedingungen unter "Was geschieht bei Kündigung oder Beitragsfreistellung?" und in den Bedingungen für die Zusatzversicherungen unter "Wann können Sie die Zusatzversicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?" nach.



Vertragspezifische Informationen

IBU2500C*F+B+SH55,56

Dynamische NÜRNBERGER Investment Berufsunfähigkeitsversicherung mit Zahlung einer garantierten monatlichen Rente bei Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit (Comfort-Schutz).

Die Investmentanlage erfolgt im Templeton Growth (Euro) Fund A (internationaler Aktienfonds).

Kapitalleistung bei schwerer Erkrankung

Allgemeine Vertragsdaten

Versicherungstechnische Daten

Versicherungsnehmer	... Muster ...	
versicherte Person	... Muster ..., geb. 01.01.1979	
Tarif	IBU2500C*F+B+SH55,56	
Versicherungsbeginn (mittags 12 Uhr) (vergleiche hierzu § 1 der Allgemeinen Bedingungen)		01.07.2009
Ablauf der Beitragszahlung		01.07.2039
Ablauf der Versicherung (mittags 12 Uhr)		01.07.2039
Ablauf der Rentenzahlung bei Berufsunfähigkeit spätestens		01.07.2039

Vertragliche Leistungen (siehe auch Tarifbedingungen)

Hauptversicherung (IBU2500C)

Jahresrente bei vollständiger Berufsunfähigkeit zahlbar in monatlichen Raten zu je	9.000,00 EUR 750,00 EUR
--	-----------------------------------

Zusatzversicherungen

Leistungen bei Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit (BUZ2008C)
ohne Karenzzeit

Beitragsfreiheit (B) versichert bis zum 01.07.2031

Leistungen bei schwerer Krankheit (SH2008)

versichert bis zum 01.07.2031

Bei Eintritt einer schweren Erkrankung (Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, gutartiger Hirntumor oder Nierenversagen) und Überleben von 30 Tagen ab der Diagnose, bei Nierenversagen ab erster Dialysebehandlung bzw. Nierentransplantation

Kapitalleistung **5.000,00 EUR**

Beiträge

Tarifbeitrag	monatlich	(fällig am 01. jedes Monats)	59,32 EUR
Nettobeitrag	monatlich	(nach Abzug der derzeitigen Überschussbeteiligung; ohne Garantie für die Zukunft)	58,98 EUR

Ihr Beitrag teilt sich auf für:

Hauptversicherung	zu zahlen bis	
Beitragsfreiheit aus B	01.07.2039	57,68 EUR
Kapitalleistung aus SH	01.07.2031	0,06 EUR
	01.07.2031	1,58 EUR

Ihre Gesamtaufwendungen monatlich brutto:

Beitrag monatlich netto (beachten Sie bitte die "Erläuterungen zur Überschussbeteiligung"):	59,32 EUR
	58,98 EUR

Dynamik

Der Beitrag steigt zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres um 5,0 % des Vorjahresbeitrages (erste Erhöhung im Alter von 31 Jahren, letzte Erhöhung im Alter von 56 Jahren) und bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung. Für jede Erhöhung ist Ihnen bedingungsgemäß ein Widerspruchsrecht eingeräumt. Es gelten die Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus.

Für die Comfort-Investment Berufsunfähigkeitsrente findet jedoch keine Erhöhung mehr statt, nachdem die jeweilige gesamte jährliche Barrente erstmals 30.000 EUR erreicht oder überschritten hat.

Die Versicherungssumme der SchnellHilfe-Zusatzversicherung wird erhöht, bis 30.000,00 EUR erreicht oder erstmals überschritten werden.

Überschussverwendung

Zusatzversicherungen: Beitragsabzug



- Fortsetzung -

Vertragsspezifische Informationen

Seite 2

IBU2500C*F+B+SH55,56

Investmentanlage

Die Investmentanlage erfolgt zu 100 % im Templeton Growth (Euro) Fund A.
Näheres können Sie den beigefügten Informationen zu den Investmentfonds entnehmen.

Bestandsgruppe

(vgl. Bestimmungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Bedingungen und den Bedingungen zu Zusatzversicherungen)

Hauptversicherung:	Einzelversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird (D I) Berufsunfähigkeitsversicherung (einschließlich Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)
Fondsanteile:	Sonstige Lebensversicherung (D III) Lebensversicherung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsnehmer getragen wird
BUZ2008C	Einzelversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird (D I) Berufsunfähigkeitsversicherung (einschließlich Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)
SH2008	wie Hauptversicherung

Besondere Vereinbarungen und Hinweise

Ergänzend weisen wir auf folgende Besonderheiten hin:

Antragsgemäß ist das NÜRNBERGER Life-Cycle-Modell vereinbart. Näheres siehe Besondere Bedingungen zum NÜRNBERGER Life-Cycle-Modell.

Einlösungsbeitrag

Damit wir Ihnen Versicherungsschutz gewähren können, müssen Sie die vereinbarten Beiträge zahlen.

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Der Versicherungsschutz beginnt gleichwohl zu dem vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Weitere Regelungen zum Beginn des Versicherungsschutzes, zur Fälligkeit des ersten oder einmaligen Beitrages und zur Rechtzeitigkeit der Zahlung entnehmen Sie den für Ihren Vertrag geltenden Bedingungen.

Für den Zeitraum vom 01.07.2009 bis zum 01.08.2009 ist - nach Abzug der anteiligen Überschüsse - folgender Beitrag fällig **58,98 EUR**

Vertragsspezifische Informationen

IBU2500C*F+B+SH55,56

Garantiewerte (beitragsfreie Jahresrenten)

Im Folgenden finden Sie eine Übersicht der Garantiewerte Ihrer Versicherung. Dort ist die garantierte Leistung bei vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung angegeben.

Termin	beitragsfreie Jahresrente in EUR	Termin	beitragsfreie Jahresrente in EUR
01.07.2010	0,00	01.07.2025	1.569,00
01.07.2011	0,00	01.07.2026	1.622,00
01.07.2012	0,00	01.07.2027	1.650,00
01.07.2013	0,00	01.07.2028	1.648,00
01.07.2014	0,00	01.07.2029	1.609,00
01.07.2015	0,00	01.07.2030	1.526,00
01.07.2016	0,00	01.07.2031	1.334,00
01.07.2017	615,00	01.07.2032	990,00
01.07.2018	769,00	01.07.2033	0,00
01.07.2019	917,00	01.07.2034	0,00
01.07.2020	1.057,00	01.07.2035	0,00
01.07.2021	1.187,00	01.07.2036	0,00
01.07.2022	1.305,00	01.07.2037	0,00
01.07.2023	1.409,00	01.07.2038	0,00
01.07.2024	1.497,00		

Für eine beitragsfrei gestellte Versicherung entfallen alle Zusatzversicherungen.

In bestimmten Fällen kann jedoch nach Beitragsfreistellung eine Berufsunfähigkeits-, Unfall-Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Erwerbsausfall- oder Pflegerente in verminderter Höhe fortbestehen. Vorhandene Werte aus wegfallenden Zusatzversicherungen werden gutgebracht. Näheres können Sie den Bedingungen zu den entsprechenden Zusatzversicherungen entnehmen.

Ein Rückkaufswert wird laut § 3 der Tarifbedingungen bei Kündigung nicht ausgezahlt. Die garantierten Rückkaufswerte aus der Hauptversicherung betragen somit während der gesamten Vertragslaufzeit 0 EUR.

Vorhandene Werte aus der Überschussbeteiligung werden jedoch ausgezahlt. Die beitragsfreie Jahresrente muss den in § 3 der Tarifbedingungen genannten Mindestwert erreichen. Andernfalls erlischt der Vertrag ohne Auszahlung eines Rückkaufswertes.

Die Tabellenwerte gelten nur für die derzeit versicherten Leistungen. Nach jeder Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistungen ergeben sich neue Werte, die wir Ihnen dann mitteilen werden.

Die Tabellenwerte gelten nur bei einem leistungsfreien Verlauf.



Allgemeine Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) (X190_072008)

1. Identität des Versicherers

Ihr Vertragspartner ist die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG, Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg. Sie hat die Rechtsform einer Aktiengesellschaft. Sitz und Registergericht sind in Nürnberg (HRB 9342).

2. Ansprechpartner im Ausland

keine

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
Sitz und Registergericht Nürnberg HRB 9342
Aufsichtsrat: Hans-Peter Schmidt

Vorstand: Dr. Werner Rupp (Sprecher), Walter Bockshecker, Henning von der Forst, Dr. Wolf-Rüdiger Knocke, Dr. Hans-Joachim Rauscher, Dr. Armin Zitzmann

Anschrift: 90334 Nürnberg, Ostendstraße 100, Telefon 0911 531-5, Telefax 0911 531-3206.

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Hauptgeschäftstätigkeit der NÜRNBERGER Lebensversicherung AG ist der unmittelbare und mittelbare Betrieb der Lebensversicherung in allen ihren Arten und damit verbundenen Zusatzversicherungen sowie der Kapitalisierungsgeschäfte; die Vermittlung von Versicherungen aller Art und anderer Verträge, die mit dem Betrieb der Lebensversicherung in unmittelbarem Zusammenhang stehen; die Abwicklung bestehender Unfallversicherungen; die Verwaltung von Versorgungseinrichtungen.

5. Zugehörigkeit zu einem Sicherungsfonds

Die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG ist Mitglied des Sicherungsfonds Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin bzw. Postfach 08 03 06, 10003 Berlin.

Dieser Sicherungsfonds ist eine gesetzliche Sicherungseinrichtung der Bundesrepublik Deutschland. Er dient dem Schutz der Ansprüche von Versicherungsnehmern, versicherten Personen, Bezugsberechtigten und sonstigen aus dem Versicherungsvertrag begünstigten Personen. Er wird aktiv, wenn ein Versicherungsunternehmen seinen Verpflichtungen dauerhaft nicht mehr nachkommen kann.

6. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Bedingungen sind den Ihnen ausgehändigten Unterlagen beigelegt.

b) Angaben über die Art, den Umfang und die Fälligkeit der Leistung des Versicherers finden Sie in den beigelegten Allgemeinen Vertragsdaten sowie in den Allgemeinen Bedingungen, den Tarifbedingungen und ggf. den Bedingungen für evtl. eingeschlossene Zusatzversicherungen.

7. Gesamtpreis der Versicherung

Den gesamten zu entrichtenden Beitrag für Ihren Vertrag können Sie den beigelegten Allgemeinen Vertragsdaten entnehmen. Falls Sie zusätzliche Leistungen (Zusatzversicherungen) eingeschlossen haben finden Sie an dieser Stelle auch die Aufteilung des Beitrags auf Haupt- und Zusatzversicherungen.

8. Zusätzliche Kosten

Zusätzlich zu dem unter Punkt 7 genannten Gesamtpreis der Versicherung werden von uns keine weiteren planmäßigen Gebühren oder Kosten erhoben. Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt beispielsweise bei Erteilung einer Ersatzurkunde oder von Abschriften des Versicherungsscheins, schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen, Verzug bei Folgebeiträgen, Rückläufern im Lastschriftverfahren, Durchführung von Vertragsänderungen, Durchführung eines Anbieterwechsels bei Riester Verträgen. Beachten Sie bitte auch die beigelegten Steuerrechtlichen Hinweise.

9. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge können Sie den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten sowie den Allgemeinen Bedingungen und den Tarifbedingungen entnehmen.

Insbesondere möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Einlösungsbeitrags - solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten können. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Auch wenn Sie Folgebeiträge trotz unserer Mahnung nicht zahlen, können Sie den Versicherungsschutz verlieren. Weitere Informationen hierzu finden Sie im Paragraf "Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?" in den Allgemeinen Bedingungen. Die Fälligkeit der Beiträge können Sie den Allgemeinen Vertragsdaten entnehmen.

10. Befristung der Gültigkeitsdauer dieser Informationen

Die Ihnen zur Verfügung gestellten Verbraucherinformationen sind für einen Zeitraum von 6 Wochen gültig, sofern der gewählte Tarif nicht früher für den Verkauf geschlossen werden muss.

11. Kapitalanlagerisiko

Sofern wir Ihnen Leistungen vertraglich garantieren, sind diese in den Allgemeinen Vertragsdaten genannt.

Beachten Sie bitte, dass bei Fonds- oder Zertifikatgebundenen Versicherungen, bei Versicherungen mit spezieller Kapitalanlage oder bei Vereinbarung der Überschussverwendungsart Invest-Bonus für Leistungen, die über die Garantieleistungen hinausgehen, das Risiko der Wertentwicklung der Kapitalanlage von Ihnen getragen wird. Sie haben die Chance bei Kurssteigerungen der zugrunde liegenden Wertpapiere einen Wertzuwachs zu erzielen, bei Kursrückgängen tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Das bedeutet, dass die Leistungen aus Ihrer Versicherung je nach Entwicklung der zugrunde liegenden Wertpapiere höher oder niedriger ausfallen werden.

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass der Wert dieser Kapitalanlagen von verschiedenen Einzelrisiken, wie etwa dem Konjunktur-, Inflations-, Transfer-, Währungs- und Liquiditätsrisiko, beeinflusst wird. Die Wirkung dieser Faktoren verstärkt sich noch, wenn die genannten Risiken kumuliert auftreten. Auf alle diese Risiken und die damit verbundene Kursentwicklung hat die NÜRNBERGER keinen Einfluss. Deshalb übernehmen wir keine Haftung für die Entwicklung dieser Kapitalanlagen.

Bei Fonds- bzw. Zertifikatgebundenen Versicherungen beachten Sie bitte § 2 der Allgemeinen Bedingungen bzw. bei Versicherungen mit spezieller Kapitalanlage § 4 der Tarifbedingungen bzw. bei Vereinbarung der Überschussverwendungsart Invest-Bonus § 1 der beigefügten Besonderen Bedingungen für den Invest-Bonus.

12. Angaben über das Zustandekommen des Vertrags, Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn. Ihr Vertrag gilt als abgeschlossen, wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags angenommen haben bzw. wenn wir Ihre Annahmeerklärung zu unserem Antrag erhalten haben. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet (vgl. Punkt 9).

Vorbehaltlich Ihres Widerrufsrechts nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz ist der Versicherer berechtigt, Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags bis zum Ablauf von 6 Wochen anzunehmen. Diese Annahmefrist beginnt mit dem Tag der ärztlichen Untersuchung oder, falls eine solche nicht erforderlich ist, mit dem Tag der Antragstellung.

Haben wir Ihnen einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags unterbreitet, so halten wir uns 6 Wochen an diesen Antrag gebunden.



13. Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein und die vollständigen Verbraucherinformationen gemäß § 7 Absatz 2 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) sowie die Belehrung über das Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen des Widerrufs zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist an die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG, Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg zu richten.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzuerstatten. Sie erhalten einen ggf. vorhandenen Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile gemäß §§ 152 und 169 VVG. Ist die Widerrufsbelehrung nach § 9 Satz 1 VVG unterblieben, haben wir zusätzlich die für das erste Jahr des Versicherungsschutzes gezahlten Beiträge zu erstatten; dies gilt nicht, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben. Die Rückerstattung erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

14. Laufzeit des Vertrags

Den vereinbarten Vertragsbeginn finden Sie in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten. Dort ist auch der vereinbarte Ablauf der Versicherung angegeben. Andernfalls läuft der Vertrag lebenslang.

15. Beendigung des Vertrags

Der vereinbarte Ablauf der Versicherung ist in den Allgemeinen Vertragsdaten angegeben. Andernfalls läuft der Vertrag lebenslang.

Nähere Angaben zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen und zur Auszahlung eines Rückkaufswertes finden Sie in den beigefügten Allgemeinen Bedingungen ("Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?") und den Tarifbedingungen ("Was geschieht bei Kündigung oder Beitragsfreistellung?"). Sind für Ihren Vertrag garantierte Rückkaufswerte vereinbart, können Sie diese den beigefügten Garantiewerten entnehmen.

16. Abweichendes Recht der Vertragsanbahnung entfällt

17. Vertragsklauseln über das auf Ihren Vertrag anwendbare Recht und das zuständige Gericht

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Informationen über das zuständige Gericht finden Sie in den beigefügten Allgemeinen Bedingungen ("Wo ist der Gerichtsstand?").

18. Sprache der Versicherungsbedingungen, der Kommunikation und dieser Information

Auf Ihren Versicherungsvertrag findet die deutsche Sprache Anwendung. Das bedeutet, dass alle Vertragsunterlagen, wie zum Beispiel die Versicherungsbedingungen, diese Informationen und die übrigen Verbraucherinformationen und auch die Kommunikation während der Laufzeit Ihres Vertrags in deutscher Sprache erfolgen.

19. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Sie können damit das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie wie folgt:
Tel.: 0180 4 224424 (T-Home, 20 ct/Anruf aus dem deutschen Festnetz*)
Fax: 0180 4 224425 (T-Home, 20 ct/Anruf aus dem deutschen Festnetz*)
Post: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

* Bei Anrufen aus den Mobilfunknetzen können abweichende Preise entstehen.

Von der Inanspruchnahme des kostenlosen außergerichtlichen Streitschlichtungsverfahrens unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

20. Zuständige Aufsichtsbehörde und Beschwerdemöglichkeit

Die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG steht unter der staatlichen Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn bzw. Postfach 13 08, 53008 Bonn.

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.



Zusätzliche Informationen nach § 2 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) (X191_072008)

1. Im Beitrag enthaltene Kosten

Angaben zur Höhe der in den Beitrag einkalkulierten Kosten finden Sie unter Punkt 3 des Produktinformationsblattes.

2. Sonstige Kosten

Informationen über Kosten, die aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen entstehen können, finden Sie unter Punkt 8 der Allgemeinen Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen.

3. Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe für Überschussermittlung und Überschussbeteiligung

Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe finden Sie im Abschnitt "Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?" der beigefügten Allgemeinen Bedingungen, im Abschnitt "Welche Überschüsse gibt es und wie werden sie verwendet?" der beiliegenden Tarifbedingungen sowie in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten.

4. Angabe der Rückkaufswerte

Besteht für Ihren Vertrag die Möglichkeit des Rückkaufs und werden Rückkaufswerte vertraglich garantiert, so finden Sie deren Höhe in den beigefügten Garantiewerten. Ob für Ihren Vertrag die Möglichkeit des Rückkaufs (Kündigung) besteht, können Sie den beigefügten Allgemeinen Bedingungen entnehmen.

5. Mindestversicherungsbetrag und Leistungen bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

Bei Verträgen gegen laufende Beitragszahlung besteht die Möglichkeit der Beitragsfreistellung vor Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer. Die Höhe der garantierten beitragsfreien Versicherungsleistungen finden Sie in den beigefügten Garantiewerten. Dort wird auch der konkrete Paragraph der Tarifbedingungen genannt, dem die Angaben über die Mindestbeträge für eine Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung entnommen werden können, falls solche für den vorliegenden Tarif zur Anwendung kommen.

6. Garantierte Leistungen

Alle in den beigefügten Garantiewerten gemäß Punkt 4 und 5 genannten Werte sind in der bezifferten Höhe vertraglich garantiert.

7. Angaben über die der Versicherung zugrunde liegenden Fonds und Vermögenswerte

Bei Fonds- bzw. Zertifikatgebundenen Versicherungen oder bei Vereinbarung der Überschussverwendungsart Invest-Bonus können Sie Angaben über die der Versicherung zugrunde liegenden Fonds und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte den beigefügten Informationen zu den Investmentfonds entnehmen.

8. Steuerrechtliche Hinweise

Allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung finden Sie in den beigefügten Steuerrechtlichen Hinweisen.



Allgemeine Bedingungen für die NÜRNBERGER Investment Berufsunfähigkeitsversicherung nach Tarif IBU2500C (GN251098_022008)

Inhaltsverzeichnis

	Einführung und Begriffsbestimmungen
§ 1	Wann beginnt der Versicherungsschutz?
§ 2	Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
§ 3	Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
§ 4	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
§ 5	Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen bzw. welche Alternativen haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?
§ 6	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
§ 7	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
§ 8	Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?
§ 9	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
§ 10	Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
§ 11	Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?
§ 12	Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?
§ 13	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
§ 14	Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?
§ 15	Wer erhält die Versicherungsleistung?
§ 16	Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?
§ 17	Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?
§ 18	Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
§ 19	Was passiert, wenn ein Fonds geschlossen oder aus unserer Auswahl entfernt wird?
§ 20	Welches Recht und welche Sprache finden auf Ihren Vertrag Anwendung?
§ 21	Wo ist der Gerichtsstand?

Einführung und Begriffsbestimmungen

Die nachfolgenden Bedingungen enthalten die Regelungen, die für das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsnehmer und der Versicherungsgesellschaft gelten.

Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat. Er wird als solcher in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten genannt.

Sind Sie versicherte Person, aber nicht Versicherungsnehmer (z. B. weil Ihr Arbeitgeber die Versicherung abgeschlossen hat), dann sprechen wir Sie in den Bedingungen und anhängenden Textteilen nicht unmittelbar an. Die dort festgelegten Rechte und Pflichten betreffen nämlich vorrangig nur den Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner.

Versicherungsjahr, -monat, -periode

Ein Versicherungsjahr umfasst den Zeitraum eines Jahres, beginnend jeweils an dem Monatsersten eines jeden Jahres, mittags 12 Uhr, der dem Datum des in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten dokumentierten "Ablaufs der Versicherung" entspricht.

Ein Versicherungsmonat dauert jeweils von einem Monatsersten, mittags 12 Uhr, bis zum nächsten Monatsersten mittags 12 Uhr.

Eine Versicherungsperiode umfasst ein Versicherungsjahr.

Bitte beachten Sie, dass die in den nachfolgenden Bedingungen und in den Tarifbedingungen verwendeten Begriffe der Berufsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder den entsprechenden Begriffen im Sinne der Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung übereinstimmen.

§ 1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 3 Absatz 4 Satz 1 und § 4).

(2) Ist mit Ihnen ein vorläufiger Versicherungsschutz vereinbart worden, so wird dieser durch die Regelungen in Absatz 1 nicht berührt.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ihrem vor Eintritt des Versicherungsfalls zuletzt ausgeübten Beruf - so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - nicht mehr nachgehen kann und in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (vgl. Absatz 4). Auf die abstrakte Verweisung verzichten wir.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad erfüllt sind.

(3) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, ihrem vor Eintritt des Versicherungsfalls zuletzt ausgeübten Beruf - so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - nachzugehen und hat sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (vgl. Absatz 4), so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

(4) Als eine der Ausbildung und den Fähigkeiten sowie der bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entsprechende Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei jedenfalls eine Einkommensminderung von 20 % oder mehr gegenüber dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf. Sollte die herrschende Rechtsprechung nachhaltig einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, so ist dieser anzuwenden. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein.

(5) Hat die versicherte Person ihren Beruf innerhalb von 24 Monaten vor Eintritt der Berufsunfähigkeit gewechselt, wird bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit auch die berufliche Tätigkeit vor dem Berufswechsel berücksichtigt, wenn die für die Berufsunfähigkeit verantwortlichen Gesundheitsstörungen bereits bei der Aufgabe der früheren beruflichen Tätigkeit bekannt waren, es sei denn, der Berufswechsel erfolgte auf ärztlichen Anraten oder wegen unfreiwilligen Wegfalls der früheren Tätigkeit.

(6) Ist die versicherte Person aus dem Berufsleben ausgeschieden, kann die Berufsunfähigkeitsversicherung fortgeführt werden. Werden in dieser Zeit Leistungen beantragt, so gilt für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit für die Dauer bis zu 5 Jahren nach dem Ausscheiden die vorher konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung. Nach Ablauf von 5 Jahren gilt eine Berufstätigkeit als zumutbar, die anhand der dann noch verwertbaren Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt wird oder ausgeübt werden könnte. Die Lebensstellung wird durch die dann ausgeübte oder mögliche Berufstätigkeit geprägt.

(7) Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn ein Selbständiger oder Gesellschafter über seinen Einfluss auf die betriebliche Situation durch zumutbare Umorganisation eine Tätigkeit ausüben kann, durch die er eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist. Die konkret ausgeübte oder im Rahmen der Umorganisation ausübende Tätigkeit muss aufgrund der Gesundheitsverhältnisse, der Ausbildung und Fähigkeiten zumutbar sein und der bisherigen Lebensstellung entsprechen (vgl. Absatz 4).

(8) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig und wurde der Pflegefall mit mindestens 3 Punkten bewertet, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige Berufsunfähigkeit.

(9) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich auf Dauer so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 10 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(10) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls sind die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt

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

An- und Auskleiden 1 Punkt

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

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

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

(11) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punktetabelle liegt vollständige Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer Demenz, Alzheimer-Krankheit bzw. einer anderen seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf oder wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer Demenz, Alzheimer-Krankheit bzw. einer anderen seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

(12) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung sind durch jährliche Beitragszahlungen (Jahresbeiträge) zu entrichten. Die Jahresbeiträge werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig.

(2) Nach Vereinbarung können Sie die Jahresbeiträge auch in monatlichen, vierteljährlichen oder halbjährlichen Raten zahlen; hierfür werden Ratenzuschläge in Höhe von 3 % bei monatlicher, 2,5 % bei vierteljährlicher und 1,5 % bei halbjährlicher Zahlungsweise erhoben.

(3) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

(4) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum vereinbarten, in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten genannten Fälligkeitstag, an uns zu zahlen.

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

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

Einlösungsbeitrag

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

(2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

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

§ 5 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen bzw. welche Alternativen haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufwertes

(1) Sie können Ihre Versicherung schriftlich kündigen

- jederzeit zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres,
- innerhalb eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten zum Schluss des Versicherungsmonats, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres.

Dabei werden Ihnen über den Kündigungstermin hinaus gezahlte Beiträge erstattet.

(2) Bei Kündigung erlischt der Vertrag. Ein garantierter Rückkaufwert wird nicht fällig. Sie erhalten jedoch die aus der Überschussbeteiligung vorhandenen Werte, vermindert um eventuell rückständige Beiträge. Die Einzelheiten der Regelung bei Kündigung können Sie § 3 der Tarifbedingungen entnehmen.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(3) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie bei beitragspflichtigen Versicherungen unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

Bei der Berechnung der verminderten beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Rente wird im Allgemeinen ein Abzug vorgenommen und evtl. rückständige Beiträge werden verrechnet. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 16) keine oder nur geringe Beiträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Rente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Rente zur Verfügung. Nähere Informationen zur Höhe der beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Renten können Sie den beigefügten Garantiewerten entnehmen.

Die Einzelheiten der Regelung bei Beitragsfreistellung, insbesondere die Höhe des Abzugs, können Sie § 3 der Tarifbedingungen entnehmen. Weitere Informationen zum Thema Beitragsfreistellung finden Sie im beigefügten "Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen".

**Beitragsrückzahlung**

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

Alternativen bei Zahlungsschwierigkeiten

(5) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie beantragen, dass die Beiträge für die Versicherung aus den Fondsanteilen entnommen werden, solange deren Wert hierfür ausreicht.

(6) Sie können für den Zeitraum von maximal 18 Monaten eine Stundung oder Teilstundung der Beiträge unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes verlangen, wenn der Vertrag bereits drei Jahre besteht. Hierfür fallen Stundungszinsen an. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zum Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen. Die gestundeten Beiträge einschließlich der darauf entfallenden Stundungszinsen können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums

- in einem Betrag nachentrichten oder
- innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen oder
- mit den Fondsanteilen verrechnen, sofern deren Wert hierfür ausreicht.

Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

(7) Erfolgte für Ihren Vertrag eine vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung (vgl. Absatz 3) oder Unterbrechung des Versicherungsschutzes, können Sie eine Wiederherstellung der Versicherung bis zur Höhe des ursprünglichen Versicherungsschutzes beantragen. Nach Ablauf von 6 Monaten seit dem ersten ungezahlt gebliebenen Beitrag ist die Wiederherstellung der Versicherung vom Ergebnis einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig. Nach Ablauf von 3 Jahren erfolgt die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes nach den dann für das Neugeschäft gültigen Rechnungsgrundlagen der Gesellschaft.

Für die Zeit der Beitragsfreistellung, Beitragsherabsetzung oder Unterbrechung der Versicherung ist keine Beitragsnachzahlung erforderlich. Der ab dem Wiederherstellungstermin des Vertrags benötigte Beitrag richtet sich nach dem dann vereinbarten Versicherungsschutz und wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?**Vorvertragliche Anzeigepflicht**

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Dies gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.

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

Rücktritt

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

(5) Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragslaufzeit entspricht.

(6) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir die gemäß § 3 Absatz 1 der Tarifbedingungen bei Kündigung fälligen Leistungen abzüglich eventuell rückständiger Beiträge (vgl. § 3 Absatz 3) aus. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(7) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, haben wir nach den gesetzlichen Maßgaben grundsätzlich die Möglichkeit, den Vertrag anzupassen oder zu kündigen. Auf dieses Anpassungs- oder Kündigungsrecht, geregelt in § 19 Absatz 3 VVG, verzichten wir dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos war.

(8) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(9) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 5 Absatz 3).

Vertragsanpassung

(10) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie und die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(11) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

(12) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

(13) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(14) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(15) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehemmung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Die Absätze 5 und 6 gelten entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(16) Die Absätze 1 bis 15 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 14 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

(17) Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen (vgl. § 13 Absatz 1).

§ 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.

(2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat; diese Einschränkung gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Fahrlässige Verstöße (z. B. im Straßenverkehr) sind davon nicht betroffen;

- c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder von mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- e) durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbaren Einrichtung nötig ist;
- f) unmittelbar oder mittelbar im Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

§ 8 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

- (1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage der Unterlagen, die in § 5 der Tarifbedingungen genannt sind.
- (2) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.
- (3) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

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

- (1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von 4 Wochen, ob und in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Wenn zur Leistungsentscheidung weitere Unterlagen erforderlich sind, fordern wir diese an und informieren über den Sachstand der Leistungsprüfung mindestens alle 6 Wochen.
- (2) Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus. Wir können aber in begründeten Einzelfällen einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis bis zu 12 Monaten aussprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Innerhalb dieses Zeitraums führen wir keine Nachprüfung der Berufsunfähigkeit durch.

§ 10 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder den Umfang der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 5 Absatz 4 der Tarifbedingungen gelten entsprechend.
- (3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
- (4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad vermindert, werden wir von der Leistung frei oder setzen sie herab. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung oder Herabsetzung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung oder Herabsetzung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.
- (5) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, so dass die Pflegebedürftigkeit mit weniger als 3 Punkten bewertet wird, stellen wir unsere Leistungen ein oder setzen sie herab. Absatz 4 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.

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

Soweit eine Mitwirkungspflicht nach § 5 der Tarifbedingungen oder § 10 der Allgemeinen Bedingungen von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Satz 1 bleibt davon unberührt. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 12 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?

- (1) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.
- (2) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie termin- oder fristgerecht (vgl. § 3 Absatz 4 und § 4 Absatz 3) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht.

§ 13 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Der Inhaber des Versicherungsscheins kann wirksam Versicherungsleistungen erhalten, es sei denn wir wissen, dass diesem tatsächlich keine Rechte aus dem Versicherungsvertrag zustehen. Auf Verlangen ist uns die Berechtigung zum Empfang der Leistungen nachzuweisen.
- (2) In den Fällen des § 15 Absatz 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 14 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

- (1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.
- (3) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns, auch in Ihrem Interesse, eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 15 Wer erhält die Versicherungsleistung?

- (1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an eine von Ihnen benannte Person oder bei Tod an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Fälligkeit die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht - sofern widerruflich - jederzeit widerrufen.
- (2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
- (3) Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden.
- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind, sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind (vgl. § 13 Absatz 2).



§ 16 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

(1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Absatz 2 RechVersV (Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen)) sind bereits pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

(2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 Absatz 3 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 % der während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

(3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Rente vorhanden sind, mindestens jedoch die in § 5 genannten Beträge. Nähere Informationen können Sie den beigefügten Garantiewerten entnehmen.

§ 17 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) Falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt bei

- Erteilung einer Ersatzurkunde oder von Abschriften des Versicherungsscheins,
- schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen,
- Verzug mit Folgebeiträgen,
- Rückläufeln im Lastschriftverfahren,
- Durchführung von Vertragsänderungen.

(2) Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

§ 18 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen. Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(2) Überschüsse entstehen dann, wenn das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt (§ 1 Absatz 1 ZRQuotenV (Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung)).

(3) Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 ZRQuotenV), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Damit werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierte Versicherungsleistung benötigt werden (§ 1 Absatz 2 und 3 ZRQuotenV). Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

(4) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Berufsunfähigkeits- oder Todesfallrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitlauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste oder - sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen - zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen (§ 56 a Versicherungsaufsichtsgesetz). Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

(5) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, die in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteile in unserem Geschäftsbericht. Dort finden Sie auch weitere Informationen zum Zuteilungszeitpunkt und zu den Bemessungsgrößen der Überschussanteile.

(6) Weitergehende Angaben zu Form und Verwendung der Überschussanteile finden Sie in § 4 der Tarifbedingungen.

Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

(7) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind - allein schon wegen der im Allgemeinen langen Vertragslaufzeit - nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts ist von Bedeutung. Die Höhe der Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

(8) Über die vorhandenen Überschüsse erhalten Sie von uns jährlich eine Mitteilung.

(9) Sie können von uns jederzeit eine Mitteilung über die aktuelle Höhe Ihrer Überschüsse anfordern.

§ 19 Was passiert, wenn ein Fonds geschlossen oder aus unserer Auswahl entfernt wird?

Ein Fonds kann von der Kapitalanlagegesellschaft geschlossen werden. Ebenso können wir einen Fonds mit Wirkung sowohl für die Neuanlage als auch für bestehende Anteile schließen und aus dem Angebot zu Ihrer Versicherung herausnehmen. In diesem Fall werden Sie von uns schriftlich darüber benachrichtigt, zu welchem Zeitpunkt und in welchen Fonds wir umschichten, falls Sie uns innerhalb von sechs Wochen keinen anderen der von uns für Ihre Versicherung angebotenen Fonds zur Umschichtung benennen. Bei der Auswahl des neuen Fonds werden wir einen nach unserer Meinung dem ursprünglichen Fonds in der Ausrichtung nahe liegenden Fonds wählen.

§ 20 Welches Recht und welche Sprache finden auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag finden das Recht der Bundesrepublik Deutschland und die deutsche Sprache Anwendung.

§ 21 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des VVG oder ist Ihr Wohnsitz oder Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

(4) Nach § 195 BGB verjähren Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag in drei Jahren, wobei nach § 199 BGB die Verjährungsfrist mit Schluss des Jahres beginnt, in dem der Anspruch entstanden ist und Sie von den den Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangt haben oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätten erlangen müssen. Die Verjährung Ihrer Ansprüche können Sie durch eine gerichtliche Geltendmachung innerhalb dieser Drei-Jahresfrist unterbrechen.

Tarifbedingungen für Tarif IBU2500C/IBU2530C/IBU2540C (50 % - Klausel) (GN252098_012008)

Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit Investmentanlage

Ergänzend zu den Allgemeinen Bedingungen für die NÜRNBERGER Investment Berufsunfähigkeitsversicherung gelten folgende, speziell für den von Ihnen abgeschlossenen Tarif gültige Regelungen.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Wie lange sind die Beiträge zu zahlen?
- § 3 Was geschieht bei Kündigung oder Beitragsfreistellung?
- § 4 Welche Überschüsse gibt es und wie werden sie verwendet?
- § 5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?
- § 6 Welche Besonderheiten sind zu beachten?

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig, erbringen wir folgende Versicherungsleistung:

Zahlung einer Berufsunfähigkeits-Rente, längstens für die vereinbarte Versicherungsdauer. Die Rente zahlen wir monatlich im voraus. Von der Beitragszahlungspflicht werden Sie befreit.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistung.

(2) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Absatz 8 der Allgemeinen Bedingungen) berufsunfähig und liegt der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 %, erbringen wir dennoch die volle Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung.

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht frühestens mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

(4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt, bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit mit weniger als drei Punkten eingestuft wird, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Versicherungsdauer.

(5) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Wenn Sie es wünschen, werden diese Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos gestundet, längstens für 5 Jahre.

Stellt sich heraus, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, sind die gestundeten Beiträge unverzinst nachzuzahlen. Diese können Sie in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 12 Monatsraten nachentrichten. Sofern Sie es wünschen, kann der Ausgleich auch durch eine Verrechnung mit dem vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei können Sie zwischen einer Verringerung der Versicherungsleistungen und einer Erhöhung des Beitrags wählen.

Wiedereingliederungshilfe

(6) Wenn unsere Leistungspflicht endet, weil die versicherte Person eine Umschulungsmaßnahme durch das Arbeitsamt oder einen anderen Träger erfolgreich abgeschlossen hat und wieder eine Tätigkeit ausübt, zahlen wir als Wiedereingliederungshilfe 6 Monatsrenten, insgesamt maximal 6.000,00 EUR für alle bei der Gesellschaft auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen. Voraussetzung für die Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe ist, dass bei Ent stehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 12 Monate beträgt. Bei erneuter Berufsunfähigkeit innerhalb von 12 Monaten wird eine geleistete Wiedereingliederungshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche angerechnet.

Option auf Leistungserhöhung

(7) Der Versicherungsnehmer hat bei den die versicherte Person betreffenden Ereignissen

- Heirat,
- Geburt eines Kindes,
- Existenzgründung (Wechsel in die berufliche Selbständigkeit im Hauptberuf) in den ersten zehn Jahren der Versicherungsdauer,
- erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung oder erfolgreicher Abschluss einer Höherqualifikation, die mit einer Verbesserung der beruflichen Stellung oder des Einkommens verbunden ist,
- Einkommenserhöhung um mindestens 250,00 EUR brutto monatlich, die mit einem Karrieresprung (z. B. höhere Position in der Hierarchie eines Unternehmens) verbunden ist,
- Finanzierung (Immobilienwerb oder Finanzierung im gewerblichen Bereich) mit einer Finanzierungssumme von mindestens 25.000,00 EUR,
- Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus der Gesetzlichen Rentenversicherung bei Selbstständigen und Handwerkern oder
- Ehescheidung

innerhalb einer Frist von sechs Monaten das Recht, die Leistung der Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung nach einem zu diesem Zeitpunkt für den Verkauf zulässigen Tarif einschließlich der dann gültigen Versicherungsbedingungen und steuerrechtlichen Vorschriften zu erweitern, sofern

- die versicherte Person nicht berufsunfähig ist,
- die versicherte Person das 46. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- die Erhöhung der Jahresrente nicht mehr als 50 % der bisherigen Jahresrente beträgt,
- die neue gesamte Jahresrente 30.000,00 EUR nicht übersteigt und
- nach erfolgter Leistungserhöhung die gesamte Jahresrente aller auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen 70 % des vorjährigen Jahresbruttoeinkommens der versicherten Person nicht übersteigt.

Geltungsbereich

(8) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

§ 2 Wie lange sind die Beiträge zu zahlen?

Für die Beitragszahlung Ihrer Versicherung gemäß §§ 3 und 4 der Allgemeinen Bedingungen gelten folgende Regelungen:

(1) Die Beiträge sind bis zum Eintritt des Leistungsfalls, längstens jedoch bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer zu entrichten. Bei Tod der versicherten Person sind sie bis zum Ende des Beitragszahlungsabschnitts zu entrichten, in dem der Tod eingetreten ist.

(2) Bei Ablauf der Beitragszahlungsdauer sind ausstehende Raten des laufenden Jahresbeitrags unverzüglich an die Gesellschaft zu zahlen. Andernfalls werden sie mit dem Deckungskapital verrechnet, so dass sich die versicherte Berufsunfähigkeits-Rente entsprechend vermindert.



§ 3 Was geschieht bei Kündigung oder Beitragsfreistellung?

Kündigung

(1) Bei Kündigung gemäß § 5 der Allgemeinen Bedingungen erlischt der Vertrag. Es erfolgt keine Auszahlung eines Rückkaufswertes. Sie erhalten jedoch die aus der Überschussbeteiligung vorhandenen Werte (vgl. § 4 Absatz 7).

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(2) Verlangen Sie gemäß § 5 der Allgemeinen Bedingungen die ganze oder teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht, setzen wir die versicherte Jahresrente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die gemäß § 165 Absatz 2 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet wird.

(3) Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Jahresrente zur Verfügung stehende Betrag entspricht nicht der Summe der gezahlten Beiträge, sondern dem nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechneten Deckungskapital zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung abzüglich eines Abzugs. Es wird mindestens der Betrag des Deckungskapitals zugrunde gelegt, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Jahre der Beitragszahlungsdauer ergibt. Beträgt die vereinbarte Beitragszahlungsdauer weniger als 5 Jahre, werden die Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die vereinbarte Beitragszahlungsdauer verteilt. Der Abzug beträgt 5 % der versicherten Jahresrente. Eventuell rückständige Beiträge werden verrechnet.

Beachten Sie bitte: Das Deckungskapital der Berufsunfähigkeitsversicherung entsteht aus den Beitragsteilen+, die nicht sofort zur Bestreitung der Leistungsfälle sowie zur Abdeckung der Abschluss- und Verwaltungskosten benötigt werden und für die Finanzierung der noch ausstehenden Leistungen bestimmt sind. Mit Ablauf der Versicherung ist das Deckungskapital völlig aufgebraucht.

(4) Voraussetzung für die Fortführung der Versicherung unter vollständiger Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist allerdings, dass die herabgesetzte beitragsfreie Jahresrente den Mindestbetrag von 600,00 EUR nicht unterschreitet. Wird dieser Mindestbetrag nicht erreicht, so werden wir Sie darüber informieren. Sofern Sie die Beitragszahlung nicht in der zur Fortführung der Versicherung notwendigen Höhe (vgl. Absatz 5) wieder aufnehmen, erlischt der Vertrag ohne Auszahlung eines Rückkaufswertes.

(5) Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist nur möglich, wenn der verbleibende Jahresbeitrag den Mindestbetrag von 120,00 EUR und die verbleibende beitragspflichtige Jahresrente den Mindestbetrag von 600,00 EUR nicht unterschreitet.

Übersicht über die Garantiewerte

(6) Eine Übersicht über die beitragsfreien Jahresrenten ist in den beigefügten Garantiewerten abgedruckt.

§ 4 Welche Überschüsse gibt es und wie werden sie verwendet?

Für die Überschussbeteiligung Ihrer Versicherung gemäß § 18 der Allgemeinen Bedingungen gelten folgende Regelungen:

Vor Rentenbeginn

(1) Für Ihre Versicherung werden zum Ende eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile (Risiko- und Zinsüberschussanteile) gutgeschrieben und in einem Investmentfonds bzw. Fondsdepot bzw. Managed Fund angelegt.

(2) Da die Wertentwicklung der Fondsanlage nicht vorauszusehen ist, können wir die Höhe der Leistung aus diesen Fonds nicht garantieren. Sie haben die Chance, insbesondere bei Kurssteigerungen der betreffenden Wertpapiere einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Das bedeutet, dass die Leistungen aus den Investmentfonds je nach Entwicklung der Fondsanlage höher oder niedriger ausfallen werden.

(3) Der Wert eines Fondsanteils richtet sich nach der Wertentwicklung des jeweiligen Investmentfonds und entspricht dem Rücknahmepreis des Fondsanteils.

(4) Soweit die Erträge aus den in einem Investmentfonds enthaltenen Vermögenswerten nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar diesem Investmentfonds zu und erhöhen damit den Wert der Fondsanteile. Erträge, die ausgeschüttet werden, und Steuererstattungen rechnen wir in Fondsanteile dieses Investmentfonds um und schreiben sie den einzelnen Versicherungsverträgen gut.

(5) Die Höhe der Leistungen aus den Investmentfonds ist vom Wert der insgesamt gutgeschriebenen Fondsanteile abhängig. Den Zeitwert der Fondsanteile ermitteln wir dadurch, dass die Anzahl der Fondsanteile Ihrer Versicherung mit dem am Stichtag gemäß Absatz 7 ermittelten Wert eines Fondsanteils multipliziert wird. Die Leistungen aus den Investmentfonds werden grundsätzlich als Geldleistung erbracht.

(6) Sofern die Fondsanlage nicht in einem Managed Fund erfolgt, hat der Anspruchsberechtigte anstelle der Geldleistung ein Wahlrecht auf Übertragung der Fondsanteile in ein eigenes Wertpapierdepot. Von diesem Wahlrecht muss spätestens ein Monat vor Fälligkeit (bei Ablauf oder Kündigung) bzw. zusammen mit der Todesfallmeldung Gebrauch gemacht werden. Wir behalten uns jedoch vor, einen Zeitwert bis zur Höhe von 1.000,00 EUR je Investmentfonds immer als Geldleistung zu erbringen.

(7) Bei Ablauf, Kündigung oder Tod der versicherten Person wird der Zeitwert der gesamten gutgeschriebenen Fondsanteile fällig. Der Ermittlung des Zeitwerts gemäß Absatz 5 liegt folgende Stichtagsregelung zugrunde: Bei Ablauf oder Kündigung ist der Stichtag der letzte Börsentag vor dem jeweiligen Berechnungstermin. Bei Tod der versicherten Person wird als Stichtag der letzte Börsentag vor dem Eingang der Meldung des Todesfalls bei unserer Generaldirektion in Nürnberg zugrunde gelegt.

(8) Die laufenden Überschussanteile werden entsprechend Absatz 1 zum Ende eines Versicherungsjahres zugewiesen. Zu Beginn des darauf folgenden Versicherungsjahres führen wir den Überschussanteil nach Abzug eines Verwaltungskostenanteils der Fondsanlage zu. Bei der Umrechnung in Fondsanteile werden die Rücknahmepreise der Fondsanteile zum letzten Börsentag des Vormonats zugrunde gelegt.

(9) Die Kündigung Ihrer Versicherung ist hinsichtlich der Überschüsse mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 16 der Allgemeinen Bedingungen) kein oder nur ein geringes Deckungskapital (vgl. § 3 Absatz 3) vorhanden. Da das Deckungskapital Bemessungsgröße für den Zinsüberschuss ist, fällt in dieser Zeit auch kein oder nur ein geringer Zinsüberschuss an. Auch in den Folgejahren ist wegen derbenötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur eine geringe oder keine Bemessungsgröße vorhanden.

Nach Rentenbeginn

(10) Sofern nach Leistungsbeginn Überschussanteile gutgebracht werden, bewirken sie eine jährliche Steigerung der versicherten Berufsunfähigkeits-Rente (ggf. einschließlich einer Zusatzrente aus dem Fondsguthaben; siehe § 6 Absatz 2). Die Erhöhung erfolgt zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens nach einem vollen Rentenbezugsjahr.

§ 5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?

(1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) der Versicherungsschein;
- b) ein Nachweis über die letzte Beitragszahlung

(2) Bei Tod der versicherten Person ist zusätzlich eine amtliche, Alter und Geburtsdatum enthaltende Sterbeurkunde einzureichen.

(3) Bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person sind zusätzlich einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit bzw. bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- d) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(4) Wir können außerdem - allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

(5) Lässt die versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht entgegen. Sie ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Leistungsgrenze) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. das Einhalten von Diäten, Suchtentzug, die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

(6) Darüber hinaus ist mitzuteilen, ob Leistungen aus der Überschussbeteiligung in Fondsanteilen erbracht werden sollen, sofern dies aufgrund von § 4 Absatz 6 möglich ist.

§ 6 Welche Besonderheiten sind zu beachten?

Auszahlungszeitpunkt

(1) Der Wert der Fondsanteile kann erst zum Ablauf- oder Rückkaufstermin ermittelt werden. Bei Ablauf oder Kündigung wird der Überweisungsauftrag über alle Leistungen aus dem Vertrag (vgl. § 14 Absatz 1 VVG (Versicherungsvertragsgesetz)) innerhalb einer Bearbeitungszeit von zwei Wochen nach Vertragsbeendigung erteilt, sofern die in § 5 genannten Unterlagen spätestens eine Woche vor dem für die Ermittlung der Leistung maßgebenden Stichtag (vgl. § 4 Absatz 7) bei unserer Generaldirektion in Nürnberg eingegangen sind. Bei einem nicht fristgerechten Eingang der Unterlagen erfolgt die Auszahlung entsprechend später. Bei Tod der versicherten Person erweitert sich der Bearbeitungszeitraum auf drei Wochen, die übrigen Regelungen gelten entsprechend.

Optionen bei Eintritt der Berufsunfähigkeit

(2) Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit werden die Fondsanteile in den Investmentfonds bis zum Ablauf weitergeführt. Sie können aber auch die Auszahlung des Zeitwerts Ihrer Fondsanteile verlangen. Auf Wunsch werden Ihnen die Fondsanteile auch in Form von Wertpapieren übertragen. Die Regelungen von § 4 Absatz 6 gelten hierfür entsprechend. Als Stichtag wird der letzte Börsentag vor dem Eingang des Auszahlungswunsches bei unserer Generaldirektion in Nürnberg zugrunde gelegt. Sie haben auch die Möglichkeit, den Zeitwert der Fondsanteile verrenten zu lassen. Der früheste Beginn der Zusatzrente ist der nächste Monats-erste nach Eingang des Verrentungswunsches bei unserer Generaldirektion in Nürnberg. Als Stichtag wird der letzte Börsentag vor Rentenbeginn der Zusatzrente zugrunde gelegt. Für die Überweisung der ersten Rentenzahlung gelten die Regelungen von § 6 Absatz 1 für Ablauf und Kündigung entsprechend. Die gebildete Zusatzrente hat dabei die gleiche Leistungsstruktur wie die Berufsunfähigkeits-Rente. Erlischt der Anspruch auf Berufsunfähigkeits-Rente, so wird der verbliebene Wert der Zusatzrente wieder in Fondsanteile umgewandelt. Als Stichtag wird der letzte Börsentag vor Einstellung der Rentenzahlung zugrunde gelegt.

Darlehen

(3) Sie können ein Darlehen bis zur Höhe des erreichten Zeitwerts Ihrer Fondsanteile beantragen. Dieses Darlehen wird in Anteileneinheiten festgesetzt; wir zahlen es jedoch als Geldleistung aus. Ein Rechtsanspruch auf ein Darlehen besteht nicht.

(4) Ein Darlehen zuzüglich der durch Ertragsausschüttung auf das Darlehen entstandenen zusätzlichen Anteileneinheiten werden wir bei Ablauf, Kündigung oder Tod der versicherten Person sowie bei Auszahlung oder Übertragung oder Verrentung der Fondsanteile im Berufsunfähigkeitsfall, auch bei rückwirkender Anerkennung, mit dem fälligen Zeitwert verrechnen; vorher werden wir es nicht zurückfordern. Sie hingegen können das Darlehen jederzeit zurückzahlen.

(5) Zur vollständigen Rückzahlung müssen Sie einen Geldbetrag einzahlen, der dem Wert der für das Darlehen ausgezahlten Anteileneinheiten zuzüglich der durch Ertragsausschüttung auf das Darlehen entstandenen zusätzlichen Anteileneinheiten entspricht.

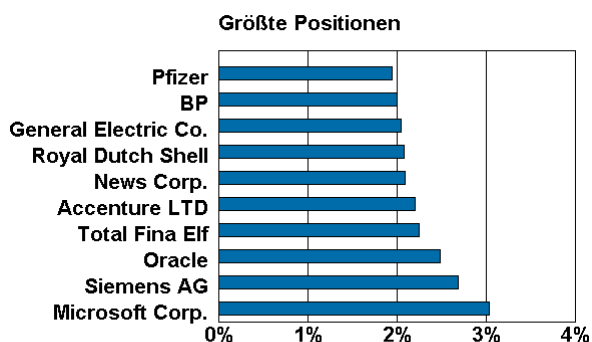
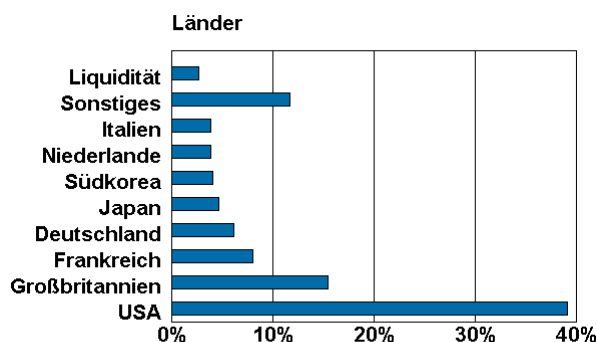
(6) Die Leistung aus den Investmentfonds bei Ablauf, Kündigung, Tod oder Berufsunfähigkeit verringert sich um die für das Darlehen ausgezahlten Anteileneinheiten zuzüglich der durch Ertragsausschüttung auf das Darlehen entstandenen zusätzlichen Anteileneinheiten, soweit sie zum Fälligkeitstermin noch nicht zurückgezahlt oder verrechnet sind.



Templeton Growth (Euro) Fund A

Anlageziel des Templeton Growth (Euro) Fund ist langfristiges Kapitalwachstum. Die Anlage erfolgt weltweit in Aktien, dabei vorwiegend in Stammaktien und Schuldtitel von Unternehmen und der öffentlichen Hand.

Portefeuillestruktur



Wertentwicklung des Fonds *) , Stand: 31.07.2008

Zeitraum	2008	12 Monate	2007	2006	3 Jahre p.a.	5 Jahre p.a.	10 Jahre p.a.	20 Jahre p.a.	Volatilität (3 Jahre)
Fonds	-21,10 %	-27,42 %	-8,34 %	8,34 %	-5,32 %	2,16 %	3,52 %	8,31 %	12,81 %
Vergleichsindex	-17,41 %	-21,31 %	-1,98 %	8,07 %	-1,45 %	4,59 %	0,81 %	5,73 %	12,71 %

Fondsinformationen

Wertpapierkenn-Nr.	941034
ISIN	LU0114760746
KAG	Franklin Templeton Investment Funds
Rating	E
Managementgebühr	z.Zt. 1,50% p.a.
Benchmark	100% MSCI World

*) Wertentwicklung des vergleichbar strukturierten Templeton Growth Fund

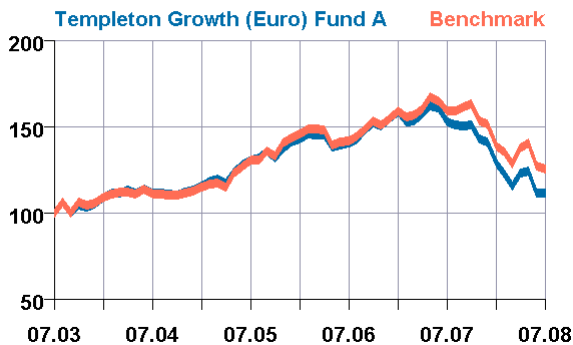
Quelle: FERI-TRUST 31.07.2008

Rechtliche Hinweise: Wert und Erträge einer Investmentanlage können steigen oder fallen. Eine positive Entwicklung in der Vergangenheit ist keine Garantie für eine zukünftige Wertentwicklung. Die obigen Angaben wurden mit großer Sorgfalt recherchiert. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir unsere Haftung auf grobe Fahrlässigkeit beschränken müssen.



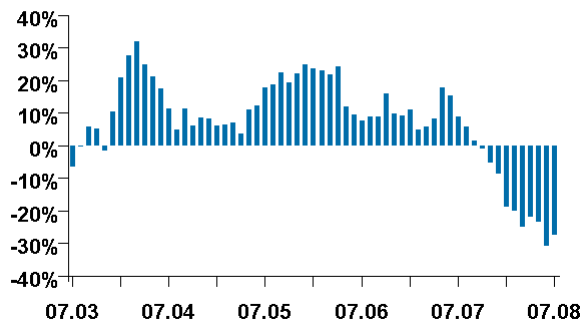
Templeton Growth (Euro) Fund A

Wertentwicklung Fonds und Index in € Indizierte Wertentwicklung



Jährliche Wertentwicklung *)

Wertentwicklung einzelner 1-Jahres-Anlagen in % in EUR



Erklärungen zum Templeton Growth (Euro) Fund A

Ausgabeaufschlag:

Ein Ausgabeaufschlag wird nicht erhoben. Ausgenommen sind die Fonds- und Fonds-Renten-Tarife bis einschließlich der Generation 2100. Bei diesen wird ein vertraglich festgelegter Ausgabeaufschlag erhoben, der jedoch bei fast allen Tarifen der Generationen 2000 und 2100 im Rahmen der Überschussbeteiligung teilweise zurückerstattet wird.

Benchmark:

Messlatte für Fonds. Meist ein Index der dem entsprechenden Anlageraum des Fonds entspricht.

Feri-Rating von Lipper:

Das Feri-Rating wird von Lipper erstellt, einer 100-prozentigen Reuters-Tochter, die weltweit führend als Dienstleister für Fondsinformationen und -analysetools ist.

Größte Positionen:

Hier werden die größten Aktienpositionen des Fonds aufgezeigt.

Indizierte Wertentwicklung:

Bei der indizierten Wertentwicklung wird über einen bestimmten Zeitraum die Wertentwicklung des Fonds dem Vergleichsindex (Benchmark) gegenübergestellt. Hierbei wird unterstellt (indiziert), dass zu Beginn des Betrachtungszeitraumes die zu vergleichenden Positionen bei der Punktzahl 100 beginnen, um somit besser vergleichbar zu sein.

Kapitalanlagegesellschaft (KAG):

Auch Investmentgesellschaft. Unternehmen, das Investmentfonds auflegt. Deutsche KAGs unterliegen dem Gesetz über Kapitalanlagegesellschaften (KAGG).

Rating:

Das hier zur Anwendung kommende Rating-Verfahren von Feri Trust bewertet die Investmentfonds zu 70 % nach Ertrags-Kennziffern und zu 30 % nach Risiko-Kennziffern.

Das Rating-Ergebnis wird in Buchstaben von A bzw. (A) - sehr guter Fonds - E bzw. (E) - schwacher Fonds - angezeigt und bezieht sich jeweils auf die dem Fonds zugehörige Anlagekategorie.

Portefeuillestruktur:

In den Portefeuillestrukturen wird die prozentuale Gewichtung einzelner Branchen/Länder/Währungen des Fonds aufgezeigt.

Volatilität (Risikofaktor):

Ist eine mathematische Größe für das Maß des Risikos eines Fonds. Je höher der Wert ist, desto risikoreicher ist der Fonds.

Wertentwicklung:

Die durchschnittliche Wertentwicklung der vergangenen Jahre wird in Prozent pro Jahr angegeben. Sie ist keine Prognose für die Zukunft.

WKN/ISIN:

Zur Identifikation des Fonds in Publikationen etc.

Schutz und Sicherheit im Zeichen der Burg

NÜRNBERGER 
VERSICHERUNGSGRUPPE

*) Wertentwicklung des vergleichbar strukturierten Templeton Growth Fund



Berufsunfähigkeit - kurz und bündig (GN253670_042008)

Erläuterungen zu den Tarifen BUZ2008, BUZ2008C, UBUZ2008, IBU2500, FB2500 und IBU2500C

Mit dieser Übersicht möchten wir Ihnen zusätzlich zu den Bedingungen weitere Informationen zum Versicherungsschutz geben und wichtige Themen in einfacher Form näher erläutern. Im Detail gelten die Bedingungen für die Berufsunfähigkeits- bzw. Unfall-Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach den Tarifen BUZ2008, BUZ2008C bzw. UBUZ2008 oder die Allgemeinen Bedingungen und Tarifbedingungen für die Tarife IBU2500, FB2500 bzw. IBU2500C.

Inhaltsübersicht

1. Welcher Beruf ist bei der Ermittlung der Berufsunfähigkeit maßgebend?
2. Wie wird der Grad der Berufsunfähigkeit (BU-Grad) ermittelt?
3. Welche Rolle spielt die Umorganisation des Betriebs bei der Feststellung der Berufsunfähigkeit?
4. Was ist unter Nachprüfung zu verstehen?
5. Was ist unter Verweisung zu verstehen und welche Besonderheiten gibt es?
6. Besteht der Versicherungsschutz weltweit?
7. Verliert die versicherte Person ihren Versicherungsschutz bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten?
8. Wie ist der maßgebliche Beruf bei "Hausfrauen/Hausmännern" definiert?
9. Wann enden die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung?

1. Welcher Beruf ist bei der Ermittlung der Berufsunfähigkeit maßgebend?

Als Beruf betrachten wir die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, aus der die versicherte Person ihren Lebensunterhalt bestritt. In der Berufsunfähigkeitsversicherung ist der Beruf in seiner konkreten Ausgestaltung versichert, den die versicherte Person vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübt hat. Wenn die versicherte Person ihren Beruf während der Versicherungsdauer wechselt, ist auch der neue Beruf versichert. Wenn sie ihren Beruf innerhalb von 24 Monaten vor Eintritt der Berufsunfähigkeit gewechselt hat und die für die Berufsunfähigkeit verantwortlichen Gesundheitsstörungen bereits bei der Aufgabe der früheren beruflichen Tätigkeit bekannt oder absehbar waren, berücksichtigen wir daneben die berufliche Tätigkeit vor dem Wechsel, es sei denn, der Berufswechsel erfolgte auf ärztliches Anraten oder wegen unfreiwilligen Wegfalls der früheren Tätigkeit. Bei den Tarifen BUZ2008, UBUZ2008, IBU2500 und FB2500 entfällt diese 24-Monats-Regel aufgrund der Möglichkeit der abstrakten Verweisung (siehe Punkt 5).

Berufswechsel nach Versicherungsbeginn müssen uns nicht angezeigt werden.

Wenn die versicherte Person aus dem aktiven Berufsleben ausgeschieden ist und somit keinen Beruf mehr ausübt, ist konsequenterweise nicht mehr von einer Berufsausübung im ursprünglichen Sinne zu sprechen. Der Versicherungsschutz besteht dennoch weiter. Werden in dieser Zeit Leistungen beantragt, so ist für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit für die Dauer von bis zu 5 Jahren nach dem Ausscheiden die vorher von der versicherten Person konkret ausgeübte Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung maßgebend. Tritt die Berufsunfähigkeit nach Ablauf von 5 Jahren ein, gilt eine Berufstätigkeit als zumutbar, die anhand der dann noch vorliegenden Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt wird oder ausgeübt werden könnte. Die Lebensstellung wird durch die tatsächlich ausgeübte oder mögliche Berufstätigkeit geprägt.

Wird die Berufsausübung nur vorübergehend, z. B. im Rahmen des Erziehungsurlaubs oder des Mutterschutzes, unterbrochen und tritt dann der Berufsunfähigkeitsfall ein, so ist für die Feststellung der Berufsunfähigkeit der vor Unterbrechung ausgeübte Beruf in seiner konkreten Ausgestaltung maßgebend.

2. Wie wird der Grad der Berufsunfähigkeit (BU-Grad) ermittelt?

Der Grad der Berufsunfähigkeit muss mindestens 50 % betragen, um Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung zu begründen.

Der Zustand der Berufsunfähigkeit muss voraussichtlich mindestens 6 Monate andauern. Diese Prognose muss von den behandelnden Ärzten attestiert werden. Ist dies nicht möglich, so gilt die Berufsunfähigkeit nach ununterbrochener Dauer von 6 Monaten als eingetreten.

Bei der Ermittlung des BU-Grads wird detailliert geprüft, wie sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der versicherten Person auf ihre berufliche Tätigkeit auswirken. Die Berufsunfähigkeit ist durch entsprechende Berichte der behandelnden Ärzte nachzuweisen. In Zweifelsfällen können wir die behandelnden Ärzte befragen und auf unsere Kosten unabhängige medizinische Gutachter einschalten.

Kein Berufsbild gleicht dem anderen. Deshalb beziehen wir in die Bewertung des BU-Grads die individuelle Ausgestaltung des Berufs der versicherten Person mit ein. Diesen Beruf prägen gewisse Haupt- und Nebentätigkeiten. Wir berücksichtigen, in welchem Umfang eine gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegt und welches Restleistungsvermögen besteht.

Häufig taucht in diesem Zusammenhang der Begriff der Arbeitsunfähigkeit auf. Dieser ist nicht gleichbedeutend mit dem der Berufsunfähigkeit gemäß den vereinbarten Bedingungen.

Wichtig ist, dass eine länger als 6 Monate dauernde Arbeitsunfähigkeit nicht automatisch als Nachweis für eine Berufsunfähigkeit ausreicht: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden gelegentlich nach individuellen Kriterien ausgestellt ohne detaillierte Prüfung, ob der bisherige Beruf zumindest teilweise noch ausgeübt werden kann. Deshalb müssen wir die Berufsunfähigkeit unabhängig von einem formalen Nachweis der Arbeitsunfähigkeit prüfen. Dies schließt aber nicht aus, dass die zur Arbeitsunfähigkeit führenden Gesundheitsstörungen und die damit verbundenen Funktionseinbußen zugleich Ursache einer Berufsunfähigkeit sein können.

3. Welche Rolle spielt die Umorganisation des Betriebs bei der Feststellung der Berufsunfähigkeit?

Die Berufstätigkeit bei Selbstständigen und Gesellschaftern besteht in der Leitung des Betriebs und sonstigen Arbeitstätigkeiten. Da der Selbstständige das Weisungsrecht in seinem Betrieb hat, kann er die Tätigkeiten bestimmen, die er selbst ausübt. Die Berufsunfähigkeit ist somit unter Berücksichtigung der konkreten Betriebsgestaltung und der im Betrieb bestehenden Möglichkeiten einer Aufgabenverteilung zu beurteilen.

Deshalb kann der Selbstständige seine Tätigkeit den Beschwerden anpassen, d. h. den Arbeitsablauf umorganisieren. Jedoch muss die Umorganisation des Betriebs dem Selbstständigen zumutbar und sinnvoll sein. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist und keinen "erheblichen Kapitaleinsatz" erfordert. So darf dem Betriebsinhaber nicht nur eine "Verlegenheitstätigkeit" verbleiben.

Zur Erlangung der Leistung aus der bei uns abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherung ist die Aufgabe des Betriebs nicht erforderlich.

Arbeitnehmer haben diesen Gestaltungsspielraum nicht. Deshalb verzichten wir bei Arbeitnehmern auf die Prüfung einer möglichen Umorganisation.

4. Was ist unter Nachprüfung zu verstehen?

Der Versicherer hat jederzeit das Recht, Auskünfte anzufordern, um die Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir sachdienliche Hinweise auf unsere Kosten einholen. Eine ärztliche Untersuchung können wir nur einmal jährlich verlangen.

Die Zeiträume zwischen den Nachprüfungen hängen von der Schwere der vorliegenden Erkrankungen ab. Je geringer die Besserungsaussichten sind, desto länger sind die Nachprüfungsintervalle.

5. Was ist unter Verweisung zu verstehen und welche Besonderheiten gibt es?

Verweisung ist die Möglichkeit des Versicherers, eine versicherte Person, die den bisherigen Beruf nicht mehr ausüben kann, auf eine andere zumutbare berufliche Tätigkeit zu verweisen. Diese neue Tätigkeit muss der Ausbildung und den Fähigkeiten sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechen. Mit der Möglichkeit der Verweisung entfällt ggf. die Leistungspflicht des Versicherers. Die Berufsunfähigkeitsversicherung kennt - je nach Bedingungsmerkmal - die konkrete und die abstrakte Verweisung.

Bei der **abstrakten Verweisung** prüfen wir, ob die versicherte Person aufgrund ihrer körperlichen und geistigen Fähigkeiten eine andere, ihrer Ausbildung, ihren Fähigkeiten und ihrer Lebensstellung entsprechende Tätigkeit ausüben **könnte**. Entscheidend ist nicht, ob diese Tätigkeit ausgeübt wird. Bei dieser Tätigkeit muss es sich immer um einen auf dem Arbeitsmarkt üblichen Beruf handeln.

Die **konkrete Verweisung** bedeutet die Berücksichtigung einer anderen Tätigkeit, die die versicherte Person zum Zeitpunkt der Leistungsprüfung **tatsächlich** ausübt. Im Gegensatz zur abstrakten Verweisung kommt es nicht darauf an, ob die versicherte Person arbeiten könnte, sondern dass sie dies auch konkret tut. Die konkret ausgeübte Tätigkeit muss der Ausbildung und den Fähigkeiten sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechen.

Bei den Tarifen BUZ2008, UBUZ2008, IBU2500 und FB2500 können wir sowohl abstrakt als auch konkret verweisen, ab Alter 55 Jahre jedoch nur noch konkret. Unsere Tarife BUZ2008C und IBU2500C sehen lediglich die Möglichkeit einer konkreten Verweisung vor.

Für die Einschätzung eines möglicherweise in Frage kommenden Verweiserberufs ist es entscheidend, welche Ausbildung und Erfahrung die versicherte Person hat, also über welche Fähigkeiten und Kenntnisse sie verfügt.

Dabei gewinnen der Umfang und die Dauer, in denen die versicherte Person ihre Kenntnisse in der praktischen Berufsausübung angewandt und vertieft hat, besondere Bedeutung. Zu den Kenntnissen und Fähigkeiten gehören zusätzlich die im Privaten (z. B. als Hobby) erworbenen Kompetenzen. Der mögliche Verweiserberuf darf keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern als der bisherige Beruf. Ebenso kommt nur ein Beruf in Betracht, für den die vorhandenen Kenntnisse und Fähigkeiten ausreichen.

Neben der Ausbildung und den Fähigkeiten muss der mögliche Verweiserberuf auch der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person entsprechen. Zur Lebensstellung gehören das berufliche Ansehen und die Wertschätzung, die dem Beruf der versicherten Person aus der Gesellschaft entgegengebracht wird. Lebensstellung umfasst auch den Bereich des Einkommens und den davon abhängigen Lebensstandard.

6. Besteht der Versicherungsschutz weltweit?

Ja, der Versicherungsschutz besteht weltweit, d. h. auch wenn die versicherte Person sich nach Abschluss der Berufsunfähigkeitsversicherung dauerhaft oder vorübergehend im Ausland aufhält, sei es aus privaten oder beruflichen Gründen.

7. Verliert die versicherte Person ihren Versicherungsschutz bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten?

Bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten stellen wir Ihnen mehrere Möglichkeiten zur Verfügung, Ihren Versicherungsschutz aufrecht zu erhalten. Sie können z. B. die Versicherungssumme der Hauptversicherung herabsetzen, die Ihrem Vertrag zugewiesenen Überschüsse zur Beitragsreduzierung verwenden oder ggf. ein im Vertrag enthaltenes Fondsguthaben zur Beitragsdeckung benutzen.

Durch die ersten beiden Maßnahmen reduziert sich der zu zahlende Beitrag, durch die dritte Variante sind Sie - je nach Wert des Fondsguthabens - für einen gewissen Zeitraum von der Beitragszahlung komplett befreit.

Da die Feststellung der Berufsunfähigkeit einige Zeit in Anspruch nehmen kann, stunden wir auf Wunsch bedingungsgemäß Ihre Beiträge. Zinsen sind hierfür nicht zu entrichten. Sollte Ihr Leistungsanspruch nicht anerkannt werden, ist die Beitragszahlung wieder aufzunehmen und sind etwa gestundete Beiträge zu begleichen. Diese können Sie in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 12 Monatsraten nachentrichten.

8. Wie ist der maßgebliche Beruf bei "Hausfrauen / Hausmännern" definiert?

Wenn die versicherte Person seit Antragstellung ununterbrochen Hausfrau bzw. Hausmann war, so orientiert sich die Feststellung der Berufstätigkeit an den von ihr bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in ihrem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben und Tätigkeiten. Hat sie nach Abschluss der Versicherung eine Berufstätigkeit aufgenommen, ist der zuletzt vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübte Beruf versichert und für die Feststellung der Berufsunfähigkeit maßgeblich.

9. Wann enden die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung?

Der Leistungsanspruch erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % fällt, bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit mit weniger als drei Punkten eingestuft wird.

In diesem Fall sind die Beiträge zu dieser Versicherung wieder in voller Höhe zu entrichten. Der Versicherungsschutz besteht dann ebenfalls in vollem Umfang. Erkrankungen, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, sind weiterhin mitversichert.

Zudem enden die Leistungen bei Ableben der versicherten Person sowie bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

Bedingungen für die SchnellHilfe-Kapital-Zusatzversicherung (SH2008) mit Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit (GN253105_042008)

Inhaltsverzeichnis

Einführung und Begriffsbestimmungen

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Welche schweren Erkrankungen sind versichert?
- § 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen schwerer Erkrankung verlangt werden?
- § 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 6 Wann können Sie die Zusatzversicherungen kündigen oder beitragsfrei stellen?
- § 7 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

Einführung und Begriffsbestimmungen

Die Absicherung bei schwerer Erkrankung in Ihrem Vertrag besteht aus zwei Teilen. Aus Zusatztarif SH2008 leisten wir die vereinbarte Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung. Zusätzlich ist durch Zusatztarif B der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ2008) sichergestellt, dass Sie bei vollständiger Berufsunfähigkeit nicht nur für die Investment Berufsunfähigkeitsversicherung von der Beitragszahlungspflicht befreit sind (vgl. § 1 Absatz 1 der zugehörigen Tarifbedingungen), sondern auch für die SchnellHilfe-Kapital-Zusatzversicherung.

In den folgenden Textteilen werden insbesondere die Regelungen für Zusatztarif SH2008 dargestellt. Für Zusatztarif B finden Sie - sofern nichts anderes erwähnt ist - die entsprechenden Regelungen in den Allgemeinen Bedingungen.

Rückkaufswert

Der Rückkaufswert im Sinne dieser Bedingungen entspricht dem Rückkaufswert nach § 169 VVG (Versicherungsvertragsgesetz), wobei der Abzug nach § 169 Absatz 5 VVG bereits berücksichtigt ist.

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer von Zusatztarif B berufsunfähig (vgl. § 2 der Allgemeinen Bedingungen für die NÜRNBERGER Investment Berufsunfähigkeitsversicherung), erbringen wir folgende Versicherungsleistungen aus Zusatztarif B:

Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die eingeschlossenen Zusatzversicherungen gemäß dem Grad der Berufsunfähigkeit (vgl. § 1 Absatz 1 der Tarifbedingungen).

Für den Anspruch auf Beitragsbefreiung aus Zusatztarif B gelten die gleichen Regelungen wie für die Beitragsbefreiung der Hauptversicherung (vgl. § 1 Absätze 3 und 4 der Tarifbedingungen).

(2) Erleidet die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer von Zusatztarif SH2008 eine der in § 2 beschriebenen schweren Erkrankungen und überlebt sie mindestens 30 Tage ab dem Tag der fachärztlich nachgewiesenen Diagnose, beim Nierenversagen ab dem Tag der ersten Dialysebehandlung bzw. ab dem Datum der erfolgten Nierentransplantation, erbringen wir die Versicherungssumme aus Zusatztarif SH2008. Mit Auszahlung dieser Leistung erlöschen die Zusatzversicherungen.

(3) Bei Tod der versicherten Person wird keine Leistung fällig und die Zusatzversicherungen erlöschen.

§ 2 Welche schweren Erkrankungen sind versichert?

(1) Herzinfarkt (Myokardinfarkt)

Absterben eines Teils des Herzmuskels (Myokard) infolge eines ischämischen Ereignisses (mangelnde Sauerstoffzufuhr), das zu einer dauerhaften behandlungsbedürftigen Funktionsstörung des Herzens (Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen) führt.



Voraussetzung für die Leistung ist, dass ein frischer mit charakteristischen Brustschmerzen einhergehender und anhand aussagekräftiger kardiologischer Befunde eindeutig belegter Herzinfarkt sowie eine dadurch verursachte voraussichtlich mindestens drei Monate bestehende behandlungsbedürftige Funktionsstörung des Herzens fachärztlich belegt werden.

Ein stummer Herzinfarkt sowie andere akute Koronarsyndrome (z. B. Angina pectoris) sind nicht versichert.

(2) Schlaganfall (Gehirnschlag, Apoplexie)

Dauerhafte fachärztlich aufgrund entsprechender bildgebender Diagnostik (Computertomografie, Kernspintomographie) nachgewiesene Schädigung des Gehirns durch einen frischen nach einer Gehirnblutung, Thrombose oder Embolie erlittenen Herzinfarkt.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass zudem ein voraussichtlich mindestens drei Monate bestehender Verlust neurologischer Fähigkeiten fachärztlich nachgewiesen wird.

Nicht in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind insbesondere vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (TIA, PRIND), die sich ohne Folgen zurückbilden, sowie migränebedingte neurologische Ausfallserscheinungen.

(3) Krebs (maligne Tumoren)

Ein bösartiger Tumor, der durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) eindeutig als bösartig (maligne) klassifiziert wurde und durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung maligner Zellen sowie durch Zerstörung von gesundem Gewebe charakterisiert ist.

In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind Leukämien und Lymphknotenkrebs (maligne Lymphome).

Ausgeschlossen sind:

- alle Tumoren, die histologisch nicht eindeutig als bösartig beschrieben werden;
- alle Carcinomata in situ (spezielle Kriterien erfüllende Anfangsstadien bösartiger Tumoren);
- alle CIN Stadien (speziell definierte Vorläufer- bzw. Frühstadien bösartiger Tumoren des Gebärmutterhalses);
- alle Hautkrebskrankungen; maligne Melanome mit einer Tumordicke von mehr als 1,5 mm (Clark-Level IV und V) sind jedoch in den Versicherungsschutz eingeschlossen;
- frühe Stadien des Seminoms (spezielle Form des Hodentumors) und Prostatakarzinoms (TNM-Klassifikation: T1).

Voraussetzung für die Leistung ist die histologisch gesicherte onkologische Diagnose.

(4) Benigner Hirntumor (gutartiger Hirntumor)

Nicht bösartiger Tumor des Gehirns oder der Hirnanhangdrüse (Hypophyse), der zu bleibenden neurologischen Ausfallserscheinungen führt. Ausdrücklich ausgeschlossen sind alle Zysten, Granulome, Neurinome, Fehlbildungen der Hirnarterien oder Hirnvenen, Hämatome und Tumoren der Wirbelsäule.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass fachärztlicherseits aufgrund entsprechender Untersuchungsbefunde bestätigt wird, dass die durch einen gutartigen Hirntumor verursachten neurologischen Ausfallserscheinungen voraussichtlich mindestens drei Monate bestehen.

(5) Nierenversagen (Niereninsuffizienz)

Endgültiges nicht mehr zu behandelndes Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Dialyse oder eine Nierentransplantation durchgeführt werden muss.

Voraussetzung für die Leistung ist die fachärztlich gesicherte Indikation für die Dialyse.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zur schweren Erkrankung gekommen ist.

(2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die schwere Erkrankung verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat; diese Einschränkung gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen erkrankt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Fahrlässige Verstöße (z. B. im Straßenverkehr) sind davon nicht betroffen;
- c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Erkrankung der versicherten Person herbeiführt haben;

e) durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbaren Einrichtung nötig ist;

f) unmittelbar oder mittelbar im Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen schwerer Erkrankung verlangt werden?

(1) Wird eine Leistung aus Zusatztarif SH2008 verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) der Versicherungsschein und der Nachweis der letzten Beitragszahlung;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie weitere in § 2 beschriebene Merkmale der schweren Erkrankung.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(2) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

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

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob und zu welchem Zeitpunkt wir eine Leistungspflicht anerkennen.

§ 6 Wann können Sie die Zusatzversicherungen kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufswerts

(1) Unabhängig von der Hauptversicherung können Sie die Zusatzversicherungen Ihres Vertrags kündigen. Zusatztarif B muss jedoch genau dann weiterhin bestehen, wenn noch andere Zusatztarife im Vertrag bestehen bleiben.

(2) Aus Zusatztarif B erhalten Sie einen Rückkaufswert (vgl. Einführung und Begriffsbestimmungen) - soweit entstanden - nur, wenn Sie die Zusatzversicherungen zusammen mit der Hauptversicherung kündigen und sofern aus dieser Zusatzversicherung noch keine Leistung fällig geworden ist oder war. Der Rückkaufswert entspricht nicht der Summe der eingezahlten Beiträge, sondern dem nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechneten Deckungskapital zum Kündigungszeitpunkt, abzüglich eines Abzugs. Es wird mindestens der Betrag des Deckungskapitals zugrunde gelegt, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Jahre der Versicherungsdauer ergibt. Beträgt die vereinbarte Versicherungsdauer weniger als 5 Jahre, werden die Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die vereinbarte Versicherungsdauer verteilt. Auf das genannte Deckungskapital erheben wir einen Abzug von 5 % der versicherten Jahresrente des Zusatztarifs B. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

(3) Bei Kündigung der Zusatzversicherung nach Zusatztarif SH2008 erhalten Sie - soweit entstanden - einen vertraglich festgelegten Rückkaufswert.

Der Rückkaufswert entspricht nicht der Summe der eingezahlten Beiträge, sondern dem nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechneten Deckungskapital zum Kündigungszeitpunkt, abzüglich eines Abzugs. Es wird mindestens der Betrag des Deckungskapitals zugrunde gelegt, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Jahre der Versicherungsdauer ergibt. Trägt die vereinbarte Versicherungsdauer weniger als 5 Jahre, werden die Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die vereinbarte Versicherungsdauer verteilt. Auf das genannte Deckungskapital erheben wir einen Abzug von 1 % der Versicherungssumme.

Die Hinweise zum Abzug aus Absatz 2 gelten entsprechend.

(4) Das Deckungskapital der Zusatzversicherungen ist nur dazu bestimmt, den in den ersten Versicherungsjahren zur Bestreitung der rechnermäßigen Leistungsfälle nicht benötigten Teil des Beitrags verzinslich anzusammeln, damit später das mit zunehmenden Alter der versicherten Person steigende Krankheits- bzw. Berufsunfähigkeitsrisiko ausgeglichen werden kann. Das Deckungskapital der Zusatzversicherungen ist infolgedessen während der ganzen Versicherungsdauer im Verhältnis zu den gezahlten Beiträgen sehr niedrig und bei Ablauf der Zusatzversicherungen völlig aufgebraucht.

Umwandlung in eine beitragsfreie Zusatzversicherung

(5) Anstelle einer Kündigung können Sie verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall erlöschen die Zusatzversicherungen und vorhandene Rückkaufswerte werden der Hauptversicherung gutgebracht.

§ 7 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Die Zusatzversicherungen sind gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung) beteiligt. Zu welcher Bestandsgruppe Ihre Zusatzversicherungen gehören, können Sie den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten entnehmen. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Zusatzversicherung jährlich Überschussanteile. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht.

(2) Die Überschussbeteiligung erfolgt in Form von laufenden Überschussanteilen, die in Prozent der Beitragsteile eines Jahres für die entsprechende Zusatzversicherung gutgebracht werden. Diese laufenden Überschussanteile werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres für den Teil des Versicherungsjahres, für den die Beitragsraten gezahlt wurden, gutgeschrieben und in der Regel verzinslich angesammelt; sie können auch mit den laufenden Zusatzbeiträgen verrechnet werden.

(3) In einzelnen Versicherungsjahren kann aufgrund eines ungünstigen Risikoverlaufs eine Zuteilung von Überschüssen entfallen.

(4) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Ein Teil der Bewertungsreserven fließt den Versicherungsnehmern gemäß § 153 Absatz 3 VVG unmittelbar zu. Hierzu wird die Höhe der Bewertungsreserven jährlich neu ermittelt. Der so ermittelte Wert wird den Verträgen nach dem in Absatz 6 beschriebenen Verfahren zugeordnet (§ 153 Absatz 3 VVG). Bei Beendigung des gesamten Vertrags (einschließlich zugehöriger Hauptversicherung) wird der für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelte Betrag Ihrer Versicherung zur Hälfte zugeteilt. Nichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

(5) Ein Anspruch auf Bewertungsreserven entsteht nur dann, wenn Verbindlichkeiten gegenüber dem Versicherungsnehmer (bei verzinslicher Ansammlung von Überschussguthaben) bestehen.

(6) Der Beteiligungsfaktor für die Zuteilung von Bewertungsreserven zu Ihrem Vertrag wird jährlich nach einem verursachungsorientierten Verfahren festgelegt. Für die Berechnung des Beteiligungsfaktors wird eine Maßzahl für Ihren Vertrag ermittelt, die den individuellen Beitrag Ihres Vertrags an der Entstehung der Bewertungsreserven misst. Das Verhältnis dieser Maßzahl zur Summe der für den gesamten Versichertenbestand ermittelten Maßzahlen ergibt den Beteiligungsfaktor.

Die absolute Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven zum Fälligkeitstermin ergibt sich durch Multiplikation des für Ihren Vertrag gültigen Beteiligungsfaktors mit den für diesen Termin ermittelten Bewertungsreserven.

Weitere Informationen zur Berechnung des Beteiligungsfaktors sowie die Höhe der für das jeweilige Jahresende ermittelten Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherungen bilden mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden sind (Hauptversicherung), eine Einheit; sie können ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlöschen auch die Zusatzversicherungen.

Die Schnellhilfe-Kapital-Zusatzversicherung besteht auch dann fort, wenn die Hauptversicherung wegen Berufsunfähigkeit der versicherten Person ganz oder teilweise beitragsfrei wird.

(2) Die Zusatzbeiträge sind zusammen mit den Beiträgen für die Hauptversicherung bis zum Eintritt des Leistungsfalls, längstens jedoch bis zum Ablauf der Versicherungsdauer der Zusatzversicherungen zu entrichten. Bei Tod gelten für die Beitragszahlung die Regelungen gemäß § 2 der Tarifbedingungen für die Hauptversicherung.

(3) Wenn Sie die Hauptversicherung entsprechend den Allgemeinen Bedingungen in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln, erlischt die Zusatzversicherung unter Anrechnung des nach § 6 ermittelten Rückkaufswerts.

(4) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Besondere Bedingungen für die NÜRNBERGER Investment Berufsunfähigkeitsversicherung mit NÜRNBERGER Plus (GN254210_042008)

Planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

(1) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich um einen festen, zwischen einschließlich 3 % und 10 % des erreichten Beitrags liegenden Prozentsatz.

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

(3) Die letzte Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistung erfolgt vier Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, spätestens zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem 66. Geburtstag der versicherten Person unmittelbar vorausgeht.

Es findet jedoch keine Erhöhung mehr statt, nachdem die gesamte jährliche Barrente erstmals die in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten genannte Höchstrente erreicht oder überschritten hat.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres.

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

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem Erhöhungsbeitrag, nach dem Alter der versicherten Person zum Erhöhungstermin, der restlichen Beitragszahlungsdauer, der restlichen Versicherungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, wobei der ursprüngliche Tarif zugrunde gelegt wird (vgl. aber Absatz 2).

(2) Ändern sich die Kalkulationsgrundlagen für neu abzuschließende Versicherungen (z. B. höhere Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt der Berufsunfähigkeit), so können wir ab diesem Zeitpunkt die folgenden Erhöhungen Ihres Vertrags auch nach Tarifen mit neuen Kalkulationsgrundlagen berechnen.



(3) Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht. Für die Pflegerenten- bzw. SchnellHilfe-Kapital-Zusatzversicherung findet jedoch keine Erhöhung mehr statt, nachdem die gesamte jährliche Barrente bzw. Versicherungssumme erstmals die in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten genannte Höchstrente bzw. Höchstsumme erreicht oder überschritten hat. Der auf die jeweilige Zusatzversicherung entfallende Beitragsteil wird dann zur Erhöhung der Hauptversicherung und sonstiger eingeschlossener Zusatzversicherungen verwendet.

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

(1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen und die Tarifbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügungen, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen (vgl. aber § 3 Absatz 2). Entsprechende Anwendung findet § 16 - Abschluss- und Vertriebskosten - der Allgemeinen Bedingungen.

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Frist von § 6 Absatz 14 der Allgemeinen Bedingungen - Verletzung der Anzeigepflicht - nicht erneut in Lauf.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

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

(2) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

(3) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

(4) Das Recht auf Erhöhungen erlischt, wenn die versicherte Person ganz oder teilweise berufsunfähig oder pflegebedürftig geworden ist. Im Falle der ersten Reaktivierung lebt das Recht auf Erhöhungen wieder auf, wenn die Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit höchstens 24 Monate bestanden hat.

Besondere Bedingungen für das NÜRNBERGER Life-Cycle-Modell

(GN254360_082008)

(1) Das NÜRNBERGER Life-Cycle-Modell ist ein terminorientiertes Ablauf- und Anlagemanagement. Die Laufzeit für dieses Life-Cycle-Modell bestimmt sich aus der Versicherungsdauer bzw. Aufschubdauer Ihres Vertrags abzüglich einer eventuell vereinbarten Abrufphase. Diese Laufzeit wird in drei Investitionsphasen für die Fondsanlage eingeteilt.

Phase 1

In der ersten Phase erfolgt die Anlage in dem von Ihnen gewählten Aktienfonds bzw. Depot mit einem Aktienfondsanteil von mindestens 80 %. Die Phase beginnt bei Vertragsbeginn und endet zwei Jahre vor Beginn des letzten Drittels der Laufzeit des Life-Cycle-Modells. Bei der Ermittlung des Endes der Phase 1 wird auf volle Jahre abgerundet.

Beispiel:

Bei einer Laufzeit des Life-Cycle-Modells von 35 Jahren beginnt das letzte Drittel 11 Jahre 8 Monate vor dem Ablauf, also 23 Jahre 4 Monate nach dem Beginn. Phase 1 endet 2 Jahre vorher, abgerundet auf ganze Jahre, also nach 21 Jahren.

Phase 2

Zum Beginn der zweiten Phase wird das Fondsguthaben in ein renditeorientiertes Depot mit einem Aktienfondsanteil von maximal 70 % übertragen. Ebenfalls erfolgen alle Neuanlagen in der zweiten Phase in diesem renditeorientierten Depot. Die zweite Phase beginnt mit dem Ende von Phase 1 und endet 3 Jahre vor Ablauf des Life-Cycle-Modells.

Phase 3

Drei Jahre vor Ablauf des Life-Cycle-Modells erfolgt dann eine Umschichtung des Fondsguthabens in ein sicherheitsorientiertes Depot mit einem Aktienfondsanteil von maximal 30 %. Bis zum Ablauf Ihrer Versicherung bzw. bis zum Beginn der Rentenzahlung bzw. bis zum Beginn der Abrufphase erfolgen alle Neuanlagen in diesem sicherheitsorientierten Depot.

Das jeweils aktuelle Depot ist auch für die Abrufphase und für bis dahin durchgeführte oder künftige Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus maßgebend.

Die Termine der Fonds-Umschichtungen (Beginn der Phasen 2 und 3) können Sie auch dem Versicherungsschein unter "Termine und Fristen" entnehmen.

Gebühren und Kosten

(2) Das Life-Cycle-Modell ist gebührenfrei. Die Umschichtungen zu den angegebenen Terminen sind kostenfrei.

Widerspruch

(3) Rechtzeitig vor Beginn der Phasen 2 und 3 erhalten Sie jeweils eine Mitteilung über die bevorstehende Umschichtung Ihres Fondsguthabens und Informationen über das neue Depot. Sie können der Umschichtung innerhalb einer Frist von 4 Wochen widersprechen und verlangen, dass der Wert Ihres Vertrags weiter in dem ursprünglichen Fonds bzw. Depot geführt wird.

Wurde die Umschichtung bereits durchgeführt, so wird der Wert Ihres Vertrags wieder in den ursprünglichen Fonds bzw. das ursprüngliche Depot überführt. Dabei wird als Umrechnungskurs der jeweilige Anteilswert des letzten Börsentags des Monats, in dem der Widerspruch bei uns eingeht, angesetzt. Für diesen Fondswechsel werden keine Gebühren verlangt. Nach dem Widerspruch nimmt Ihr Vertrag nicht mehr am Life-Cycle-Modell teil.

Von Ihnen veranlasster Fondswechsel

(4) Erfolgt während der Versicherungsdauer bzw. Aufschubdauer auf Ihren Wunsch hin ein Fondswechsel (Neuanlagen und/oder Anlage des Fondsguthabens in einem anderen Fonds, Depot oder Managed Fund), erlischt das Life-Cycle-Modell. Das Life-Cycle-Modell kann jederzeit wieder aktiviert werden, wenn die aktuelle Fondsanlage die Grundvoraussetzungen für das Life-Cycle-Modell erfüllt.

Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen (GN254510_012008)

Hinweise zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung

Die Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.

Im Falle einer Kündigung wird kein Rückkaufswert fällig. Bei einer Beitragsfreistellung sind in der Anfangszeit Ihrer Versicherung wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Rente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung. Die beitragsfreie Rente wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet, wobei der in den Tarifbedingungen vereinbarte Abzug erfolgt. Bei seiner Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

- Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung kein Nachteil entsteht.

- Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrags partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Einstellung der Beitragszahlung werden nicht genügend Solvenzmittel aufgebaut. Dies muss im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

Steuerrechtliche Hinweise (GN254610_012008)

Hiermit informieren wir Sie über wichtige - Ihre Versicherung betreffende - steuerrechtliche Regelungen. Unsere Hinweise entsprechen dem Stand der Steuergesetzgebung bei Vertragsabschluss.

Berufsunfähigkeits-, Schulunfähigkeits- und Erwerbsausfall-Versicherungen

(1) Berufsunfähigkeits-, Schulunfähigkeits- und Erwerbsausfall-Versicherungen sind entsprechend EStG steuerlich begünstigt.

(2) Die Beiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Absatz 4 EStG) abgezogen werden.

(3) Renten aus Berufsunfähigkeits-, Schulunfähigkeits- und Erwerbsausfall-Versicherungen sind als abgekürzte Leibrenten nur in Höhe des Ertragsanteils (§ 22 EStG, § 55 EStDV) einkommensteuerpflichtige Einkünfte.

Falls Zusatzversicherungen eingeschlossen sind:

Pflegerenten-Zusatzversicherung

Die Beiträge zu einer evtl. eingeschlossenen Pflegerenten-Zusatzversicherung können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Absatz 4

EStG) abgezogen werden. Renten aus Pflegerenten-Zusatzversicherungen sind einkommensteuerfrei (§ 3 Nr. 1a EStG).

Merklblatt zur Datenverarbeitung (IS020_102007)

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherungsgemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt.

Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden.

Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt.

Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die - wie z. B. beim Arzt - einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten).

Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab.



Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat die versicherte Person bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben.

Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte).

Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben der versicherten Person aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten.

Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft und beim Verband der privaten Krankenversicherung zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Beispiele:

Haftpflichtversicherer

- Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Kfz-Versicherer

- Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer

- Aufnahme von Sonderrisiken, z. B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag
 - aus versicherungsmedizinischen Gründen,
 - aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
 - wegen verweigerter Nachuntersuchung.
 - Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung durch den Versicherer.
 - Ablehnung des Vertrages durch den Versicherungsnehmer wegen geforderter Beitragszuschläge.

Zweck: Risikoprüfung.

Rechtsschutzversicherer

- vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von zwölf Monaten.
 - Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens drei Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten.
 - Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

Sachversicherer

- Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmissbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer

- Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmissbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäck-Versicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmissbrauch.

Unfallversicherer

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
 - Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
 - außerordentliche Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch.

Bonitätsprüfung

Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (beruhend auf Erfahrungswerten) beziehen wir beispielsweise von der INFORMA, Unternehmensberatungs GmbH, ein Mitglied im Unternehmensverbund der arvato infocore GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden.

Wir werden die Informationen nur in Fällen des Vertragsabschlusses, im Rahmen der Vertragsabwicklung und bei Zahlungsverzug abrufen. Unsere damit befassten Mitarbeiter sind dazu verpflichtet, dies in jedem Fall einzuhalten.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen und Teilbereiche der Versicherungstätigkeit (z. B. Lebens-, Kranken- und Sachversicherung oder z. B. die Schadenbearbeitung) und andere Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien) werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen, und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sogenannten Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kontonummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe sowie der für die Schadenbearbeitung zuständigen Unternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von "Datenübermittlung", bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten - wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten - bleiben dagegen unter Verfügung der jeweiligen Unternehmen und werden nur zum Zwecke der Schadenbearbeitung an die entsprechenden anderen Unternehmen der Gruppe übermittelt.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

NÜRNBERGER Lebensversicherung AG,
 NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG,
 NÜRNBERGER Pensionskasse AG,
 NÜRNBERGER Pensionsfonds AG,
 NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG,
 NÜRNBERGER Beteiligungs-Aktiengesellschaft,
 NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG,
 NÜRNBERGER Krankenversicherung AG,
 NÜRNBERGER Versicherung Immobilien AG,
 NÜRNBERGER Versicherungs- und Bauspar-Vermittlungs-GmbH,
 NÜRNBERGER Investment Services GmbH,
 NÜRNBERGER Beratungs- und Betreuungsgesellschaft für betriebliche Altersversorgung und Personaldienstleistungen mbH,
 NÜRNBERGER SofortService AG,
 GARANTA Versicherungs-AG,
 FÜRST FUGGER Privatbank KG,
 PAX Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft (Deutschland) AG.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelten Stellen gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät.

Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u. a.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Allgemeine Hinweise zum Versicherungsvertrag (GN254710_022008)

Leistungsverpflichtung des Versicherers

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn. Ihr Vertrag gilt als abgeschlossen, wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags angenommen haben bzw. wenn wir Ihre Annahmeerklärung zu unserem Antrag erhalten haben. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Darüber hinaus besteht ggf. bereits vorher Versicherungsschutz gemäß den Bestimmungen des "vorläufigen Versicherungsschutzes" nach den Bedingungen im Aufnahmeantrag.

Beitragsverpflichtung des Versicherungsnehmers

"Wer ist Wer" beim Vertrag?

Als "Versicherungsnehmer" sind Sie unser Vertragspartner. Sie haben es auch übernommen, die Beiträge zu zahlen. Die "versicherte Person" hingegen ist die Person, die mit der Versicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit abgesichert ist. Meist sind "Versicherungsnehmer" und "versicherte Person" ein und dieselbe Person.

Die von Ihnen zum Empfang der Versicherungsleistung bestimmte Person ist "Bezugsberechtigter". Es empfiehlt sich, insbesondere für den Todesfall, stets die Bezugsberechtigung namentlich festzulegen, z. B. Ihren Ehepartner (mit Nennung des Vornamens) oder Ihre Kinder (Name, Anschrift, Geburtsdatum). Prüfen Sie von Zeit zu Zeit, ob die Bezugsberechtigung noch Ihren Wünschen entspricht.

Die Bezugsberechtigung kann bis zum Eintritt des Todes der versicherten Person jederzeit widerrufen werden, falls sie nicht ausdrücklich als unwiderruflich bezeichnet worden ist.

Vertragspartnerschaft braucht Regeln

Versicherungsbedingungen sind bindend:

Für die Versicherung sind der Antrag und die dazugehörigen Erklärungen sowie die beigefügten Bedingungen maßgebend.

Annahmefrist:

Vorbehaltlich Ihres Widerrufsrechts nach § 8 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) ist der Versicherer berechtigt, Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags bis zum Ablauf von 6 Wochen anzunehmen. Diese Annahmefrist beginnt mit dem Tag der ärztlichen Untersuchung oder, falls eine solche nicht erforderlich ist, mit dem Tag der Antragstellung.

Haben wir Ihnen einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags unterbreitet, so halten wir uns 6 Wochen an diesen Antrag gebunden.

Nur Schriftliches ist rechtswirksam:

Alle für die Gesellschaft bestimmten Anzeigen und Erklärungen müssen an die Hauptverwaltung der Gesellschaft oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden. Sie können, soweit nichts anderes bestimmt ist, in Text- oder Schriftform abgegeben werden.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
bzw. Postfach 13 08, 53003 Bonn

Beratungs-Service wird gebührenfrei geboten

Die Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler sind nicht berechtigt, vom Versicherungsnehmer irgendwelche besonderen Gebühren für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.

Abschriften oder Ersatzurkunde lieferbar

Gemäß § 3 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) kann der Versicherungsnehmer jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat. Er kann außerdem auf seine Kosten die Ausstellung einer Ersatzurkunde für einen abhanden gekommenen oder vernichteten Versicherungsschein verlangen.

Was müssen Sie über die Beitragszahlung wissen?

Die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen. Sie können jederzeit auch eine Änderung der Ratenzahlung beantragen.

Was tun, wenn die laufenden Beiträge nicht mehr gezahlt werden können?

Wichtige Gründe, wie z. B. Krankheit oder Arbeitslosigkeit, können dazu führen, dass Sie eine Zeit lang die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung nicht mehr aufbringen können. Eine überstürzte Kündigung des Vertrags wäre dann sicherlich der schlechteste Ausweg. Lassen Sie sich in einer solchen Situation rechtzeitig von uns beraten. Wir haben je nach Lage Ihres Falls verschiedene Möglichkeiten, Ihnen zu helfen.

Rechtzeitige und vollständige Vorlage der Unterlagen, insbesondere die Angabe Ihrer Kontonummer und der Bankleitzahl Ihres Kreditinstituts, gewährleistet die prompte Abwicklung Ihrer Ansprüche im Leistungsfall.

Meldungen und Unterlagen an folgende Anschrift:

NÜRNBERGER VERSICHERUNGSGRUPPE
Ostendstraße 100
90334 Nürnberg

Telefon 0911 531-5