Teil Eins bis Neun

und individuelle Vereinbarungen (Teil Zehn)
BonusLeben Versicherung bei vorübergehender und/oder dauernder Berufsunfähigkeit

TEIL EINS – VERSICHERTES INTERESSE / LEISTUNGEN

Der Versicherer verpflichtet sich gemäß den Bedingungen und Bestimmungen dieses Vertrages, für eine nach Beginn der Versicherung eingetretene vorübergehende oder dauernde Berufsunfähigkeit die vereinbarten Leistungen zu erbringen.

Fettgedruckte Wörter in der vorliegenden Versicherungspolice haben eine besondere Bedeutung, wie im Abschnitt TEIL ZWEI – DEFINITIONEN der Police dargelegt.

I. VORÜBERGEHENDE BERUFSUNFÄHIGKEIT

1. Erleidet die versicherte Person aufgrund eines Unfalls einen **Körperschaden**, der sich innerhalb der Laufzeit der Police ereignet und der innerhalb der Policenlaufzeit zu einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** des Versicherungsnehmers führt, zahlt der Versicherer eine **monatliche Rente** wie in TEIL ZEHN - ANHANG angegeben. Für den Fall, dass die versicherte Person eine **Erkrankung** erleidet, die sich zuletzt während der Laufzeit der Police manifestiert hat und die innerhalb der Policenlaufzeit zu einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** der versicherten Person führt, zahlt der Versicherer die monatliche Rente wie in TEIL ZEHN – ANHANG angegeben.

2. Kommt es bei der versicherten Person zu einem mehr als **altersentsprechenden Kräfteverfall**, der sich zuletzt während der Laufzeit der Police **manifestiert** hat und welche innerhalb der Policenlaufzeit zu einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** der versicherten Person führt, zahlt der Versicherer die **monatliche Rente** wie in TEIL ZEHN - ANHANG angegeben.

3. Die **monatliche Rente** wird erst nach Ablauf der **Karenzzeit** gezahlt. Nach Ablauf der **Karenzzeit** wird für die Dauer der **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** der versicherten Person geleistet, jedoch in keinem Fall über den in TEIL ZEHN - ANHANG angegebenen **maximalen Leistungszeitraum** hinaus. Die **monatliche Rente** wird zu jedem Jahrestag der Leistungszahlungen entweder um 2 % oder um den zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen jährlichen prozentualen Anstieg des Verbraucherpreisindexes des Landes, in dem die versicherte Person seinen Wohnsitz hat, angepasst – je nachdem, welcher Prozentsatz geringer ist. Die **monatliche Rente** wird, sofern nichts anderes vereinbart ist, nur für versicherte Personen gezahlt, die bei Eintritt der **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** nicht älter als 67 Jahre alt sind. Leistungen erfolgen bis maximal zum 68. Lebensjahr (siehe Tabelle).

Alter	Renten*	Alter	Renten*
67	12	57	120
66	24	56	120
65	36	55	120
64	48	54	120
63	60	53	120
62	72	52	120
61	84	51	120
60	96	50	120
59	108	49	120
58	120	48	120

* Anzahl der monatlichen Renten bei vereinbarter maximaler Leistung von 120 Monaten

4. Die Ansprüche nach diesem Versicherungsvertrag sind nicht vererbbar. Mit dem Eintritt des Todes der versicherten Person endet jegliche Leistungspflicht des Versicherers. Diese Versicherung gewährt **keinerlei Leistungen aus Anlass des Todes der versicherten Person**. Ist die versicherte Person verschollen, besteht kein Anspruch unter diesem Vertrag.

II. DAUERNDE BERUFSUNFÄHIGKEIT

1. Bei **dauernder Berufsunfähigkeit** der versicherten Person sind die Leistungen, die der Versicherer erbringt, gestuft: Zunächst werden von dem Versicherer die **monatlichen Renten** wie bei der **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** (gemäß Ziff. I.) erbracht. Wird für die versicherte Person unmittelbar nach Ablauf der maximalen Leistungszeit der **monatlichen Rente**n die **dauernde Berufsunfähigkeit** ärztlich nachgewiesen, erbringt der Versicherer eine einmalige Kapitalleistung wie in TEIL ZEHN – ANHANG angegeben.

2. Dies setzt voraus, dass die versicherte Person gemäß TEIL SIEBEN Ziff.3 nachweisen kann, dass er innerhalb der Laufzeit des Vertrages infolge eines **Unfalls** einen **Körperschaden** davongetragen hat, der die **dauernde Berufsunfähigkeit** zur Folge hat oder es bei ihm innerhalb der Laufzeit des Vertrages zu einer **Erkrankung** gekommen ist, welche sich zuletzt während der Laufzeit der Police **manifestiert** und die **dauernde Berufsunfähigkeit** der versicherten Person zur Folge hat oder ein mehr als **altersentsprechender Kräfteverfall** eingetreten ist, welche sich zuletzt während der Laufzeit der Police **manifestiert** und die **dauernde Berufsunfähigkeit** der versicherten Person zur Folge hat.

3. Die Kapitalleistung für **dauernde Berufsunfähigkeit** wird, sofern nichts anderes vereinbart ist, unter diesem Vertrag nur für versicherte Personen gezahlt, die bei Eintritt der Berufsunfähigkeit nicht älter als 67 Jahre sind. Erfolgt die Zahlung der **monatlichen Rente** für die **vorläufige Berufsunfähigkeit** bis zum Eintritt in die gesetzliche oder anderweitig vertraglich vereinbarte Altersrente, wird für die **dauernde Berufsunfähigkeit** keine Kapitalleistung erbracht. Leistungen erfolgen bis maximal zum 68. Lebensjahr (siehe Tabelle).

Alter	Leistung*	Alter	Leistung*
67	0	57	12
66	0	56	24
65	0	55	36
64	0	54	48
63	0	53	60
62	0	52	72
61	0	51	84
60	0	50	96
59	0	49	108
58	0	48	120

* Einmalige Kapitalleistung in Höhe von folgender Anzahl von vBU-Monatsrenten bei dauernder Berufsunfähigkeit

4. Die Ansprüche nach diesem Versicherungsvertrag sind nicht vererbbar. Mit dem Eintritt des Todes der versicherten Person endet jegliche Leistungspflicht des Versicherers. Diese Versicherung gewährt **keinerlei Leistungen aus Anlass des Todes der versicherten Person.**

5. Ist die versicherte Person verschollen, besteht kein Anspruch unter diesem Vertrag.

III. WIEDERKEHRENDE UND SPÄTERE BERUFSUNFÄHIGKEIT

Sollte es bei der versicherten Person zu einer abermaligen Berufsunfähigkeit kommen, wird dieser von dem Versicherer im Rahmen des ursprünglichen Anspruchs behandelt, sodass die versicherte Person keine weitere **Karenzzeit** abwarten muss. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass:

1. die versicherte Person während des Zeitraums zwischen dem vorausgehenden Anspruch und der abermaligen **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** durchgängig unter diesem Versicherungsprogramm BonusLeben versichert war; und

2. die abermalige **vorübergehende Berufsunfähigkeit** binnen 12 Monaten nach Ende des vorausgehenden Anspruchs eintritt.

Die abermalige **vorübergehende Berufsunfähigkeit** unterliegt denselben Bestimmungen des vorliegenden Versicherungsvertrages wie der vorausgehende Anspruch. Bei abermaliger **vorübergehender Berufsunfähigkeit** zahlt der Versicherer die **monatliche Rente** für die Dauer dieser **vorübergehenden Berufsunfähigkeit**, jedoch begrenzt auf den ungenutzten Teil des **maximalen Leistungszeitraums** für **vorübergehende Berufsunfähigkeit** wie im TEIL ZEHN – ANHANG aufgeführt.

Jede **vorübergehende Berufsunfähigkeit**, die nach 12 Monaten nach Ende des vorausgehenden Anspruchs eintritt, gilt als neuer Anspruch. Dieser unterliegt sämtlichen Bestimmungen des Versicherungsvertrages.

IV. TEILEINNAHMEN BEI VORÜBERGEHENDER BERUFSUNFÄHIGKEIT

Für den Fall, dass die versicherte Person gemäß der vorliegenden Police eine **monatliche Rente** erhält und dazu anteilig **monatliche Einnahmen** aus seinem **ausgeübten Beruf** und/oder Leistungen aus bei Antragsstellung bestehender Berufsunfähigkeitsversicherungen erhält, wird, soweit die anteilige **monatliche Einnahme** und die **monatlichen Renten** zusammen 75 % der vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erhaltenen **monatlichen** Brutto-**Einnahmen** überschreiten, die zu zahlende **monatliche Rente** aus diesem Vertrag anteilig um diesen Mehrbetrag gekürzt, damit gewährleistet ist, dass die versicherte Person in der Summe nicht mehr als 75 % seiner üblichen **monatlichen** Brutto-**Einnahmen** erhält.

V. ENTFALLEN DER LEISTUNGSPFLICHT

Die Leistungspflicht des Versicherers entfällt, sobald eines der nachstehenden Ereignisse eintritt:

1. Bei Ende des **maximalen Leistungszeitraums** der Zahlungen;

2. Ab dem Tag, ab dem die versicherte Person wieder in der Lage ist, seinen unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalls ausgeübten Beruf zu mehr als 50 % auszuüben;

3. Ab dem Tag, ab dem die versicherte Person den Nachweis erbringt, dass die versicherte Person in der Lage ist, seinen unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalls ausgeübten Beruf zu mehr als 50 % auszuüben.

VI. AUSSCHLUSS DER ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG

DIE NACH § 153 VVG VORGESEHENE ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG (BETEILIGUNG AM ÜBERSCHUSS UND AN BEWERTUNGSRESERVEN) IST AUSDRÜCKLICH AUSGESCHLOSSEN. WEDER DER VERSICHERUNGSNEHMER NOCH EINE SONSTIGE PERSON ERHÄLT AUFGRUND DIESES VERSICHERUNGSVERTRAGES EINE SOLCHE ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG.

TEIL ZWEI – DEFINITIONEN

Altersentsprechend meint den Vergleich mit der Allgemeinheit und nicht den Vergleich mit anderen Personen derselben Berufsgruppe.

Ausgeübter Beruf ist die konkrete Tätigkeit, welche die versicherte Person unmittelbar vor Beginn seiner **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** und/oder **dauernden Berufsunfähigkeit** regelmäßig ausgeübt hat.

Dauernde Berufsunfähigkeit bedeutet, dass bei der versicherten Person eine **vorübergehende Berufsunfähigkeit** ununterbrochen während des gesamten Leistungszeitraums vorlag und dass die versicherte Person spätestens am Ende der Rentenzahlungen für die **vorübergehende Berufsunfähigkeit** keine wirkliche Aussicht auf Besserung hat, welche ausreichend ist, um jemals wieder in seinem **ausgeübten Beruf** zu arbeiten.

Karenzzeit steht für die aufeinanderfolgenden Tage zu Beginn des Zeitraums einer **vorübergehenden** oder **dauernden Berufsunfähigkeit**, in der kein Anspruch auf Rentenzahlung besteht.

Körperschaden bedeutet eine durch einen **Unfall** hervorgerufene konkrete Körperverletzung, die unmittelbar und unabhängig von anderen Ursachen innerhalb der Policenlaufzeit zur **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** oder **dauernden Berufsunfähigkeit** der versicherten Person führt.

Kräfteverfall ist das Nachlassen der körperlichen und geistigen Kräfte oder die Minderung der Belastbarkeit über den **altersentsprechenden** Zustand hinaus.

Krankheit/ Erkrankung bedeutet eine Erkrankung oder Krankheit, die sich zuletzt während der Versicherungsdauer **manifestiert**. Sie muss unmittelbar und unabhängig von allen anderen Ursachen innerhalb der Policenlaufzeit zu einer **vorübergehenden** oder **dauernden Berufsunfähigkeit** führen. **Erkrankung** schließt **psychische Störungen** ein.

Krieg ist die militärische Aktion zwischen zwei oder mehreren Nationen sowie die militärische Aktion aufgrund eines Bürgerkriegs oder innerer Unruhen.

Maximaler Leistungszeitraum bedeutet die im TEIL ZEHN - ANHANG angegebene Gesamtzahl der Monate, für die monatliche Renten zu zahlen sind.

Manifestation bedeutet das Datum der gesicherten Diagnose eines in der Behandlung der **Krankheit** oder des mehr als **altersentsprechendenKräfteverfalls** erfahrenen Arztes. Die **Manifestation** endet, wenn ein in der Behandlung der **Krankheit** oder des mehr als **altersentsprechenden Kräfteverfalls** erfahrener Arzt bestätigt, dass die **Krankheit** oder der mehr als **altersentsprechende Kräfteverfall** vollständig geheilt ist oder die versicherte Person wieder zur Arbeit zurückkehren und ihren Beruf wieder uneingeschränkt ausüben kann.

Monatliche Einnahmen bedeutet ein Zwölftel des Jahresverdienstes der versicherten Person.

Monatliche Rente bezieht sich auf die im TEIL ZEHN - ANHANG angegebene Leistung.

Psychische Störung bedeutet ein psychiatrisches oder psychologisches Leiden, unabhängig von der Ursache, wie Schizophrenie, Depression, manisch-depressive oder bipolare Erkrankung, Angst, Persönlichkeitsstörungen und/oder Anpassungsstörungen oder andere Erkrankungen. Personen mit diesen Erkrankungen werden in der Regel von Psychologen/Psychiatern oder anderen qualifizierten Dienstleistern mittels Psychotherapie, Psychopharmaka oder anderen ähnlichen Behandlungsmethoden therapiert.

Unfall bedeutet ein bestimmtes, plötzliches und unerwartetes Ereignis, das von außen zu einer identifizierbaren Zeit an einem identifizierbaren Ort, während der Policenlaufzeit eintritt.

Vorerkrankung ist eine **Krankheit** oder **Körperverletzung**, durch Ursachen, wegen derer die versicherte Person in den letzten drei Monaten vor erstmaligem Einschluss in den Versicherungsschutz medizinische Behandlung oder Versorgung einschließlich Diagnosen erhalten hat.

Vorübergehende Berufsunfähigkeit bedeutet, dass die versicherte Person aufgrund eines **Unfalls**, einer **Erkrankung** oder eines mehr als **altersentsprechenden Kräfteverfalls** nach Ablauf der angegebenen **Karenzzeit** seinen **ausgeübten Beruf** nur zu 50 % oder weniger ausüben kann. Die **vorübergehende Berufsunfähigkeit** ist ärztlich zu bestätigen.

TEIL DREI – VORVERTRAGLICHE UND VERTRAGLICHE OBLIEGENHEITEN

I. VORVERTRAGLICHE ANZEIGEPFLICHT:

1. Der Versicherungsnehmer ist bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung verpflichtet, alle ihm bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen in Textform gefragt wird, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für die Entscheidung des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Diese Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme in Textform gestellt wird. Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für den Versicherungsnehmer beantwortet und diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, wird der Versicherungsnehmer behandelt, als hätte er selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

2. Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für die versicherte Person beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, wird sie behandelt, als hätte der Versicherungsnehmer selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

3. Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, kann der Versicherer

(a) vom Vertrag zurücktreten,

(b) den Vertrag kündigen,

(c) den Vertrag ändern oder

(d) den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

(a) Rücktritt

Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, hat der Versicherer trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls er den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höhere Prämien oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis, der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätte.
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Wenn der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktritt, bleibt seine Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war.

Die Leistungspflicht des Versicherers entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verschwiegen worden ist.

(b) Kündigung

Wenn das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, kann der Versicherer unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn er den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Prämie oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis, der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätte.

(c) Vertragsänderung

Kann der Vertrag von dem Versicherer nicht gekündigt werden und kann er auch nicht vom Vertrag zurücktreten, weil der Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höhere Prämie oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis,

der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
Der Versicherungsnehmer kann innerhalb eines Monats, nachdem er die Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten hat, fristlos kündigen, wenn

- im Rahmen einer Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 % erhöht wird

oder

- die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausgeschlossen wird.

(d) Voraussetzungen für die Ausübung der Rechte der Versicherer

Das Recht des Versicherers zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung steht ihm nur zu, wenn der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen wurde.
Der Versicherer hat kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
Das Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung kann nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend gemacht werden. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von dem Versicherer geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei Ausübung dieser Rechte muss der Versicherer die Umstände angeben, auf die er seine Erklärung stützt. Zur Begründung kann er nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
Nach Ablauf von drei Jahren seit Vertragsschluss erlöschen die Rechte des Versicherers zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, kann der Versicherer die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt sie zehn Jahre.

Das Vorstehende gilt entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen gemäß d) beginnen mit der Änderung des Vertrages bezüglich des geänderten Teils neu.

II. VERTRAGLICHE OBLIEGENHEITEN

Eine Verletzung von Mitwirkungspflichten, welche gemäß TEIL SIEBEN – BESTIMMUNGEN FÜR DEN VERSICHERUNGSFALL nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen sind, kann Auswirkungen auf die Leistungspflicht des Versicherers haben.

Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag von dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nachweist, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Die Ansprüche aus dieser Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ist.

Die Leistungspflicht des Versicherers entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Obliegenheit durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person arglistig verletzt wurde.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, ist der Versicherer ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe der Bedingungen dieses Versicherungsvertrages zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn der Versicherer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat.

TEIL VIER – ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

1. Vertragsänderungen: Eine Änderung des Versicherungsvertrages ist erst mit Genehmigung des Versicherers wirksam und unter der Voraussetzung, dass diese Genehmigung auf der Police nachgetragen bzw. dieser beigefügt wird. Kein Vertreter ist befugt, die Police zu ändern oder auf Bestimmungen des Versicherungsvertrages zu verzichten.

2. Unanfechtbarkeit: Drei Jahre nach Versicherungsbeginn des vorliegenden Versicherungsvertrages dürfen von dem Versicherer keine unrichtigen und/oder unvollständige Angaben, die mit Einreichung der Unterlagen für diesen Vertrag bzw. bei der Antragstellung gemacht wurden, mehr verwendet werden, um vom Versicherungsvertrag zurückzutreten, ihn anzupassen, ihn zu kündigen oder um sich auf Leistungsfreiheit hinsichtlich eines Anspruches auf **vorübergehende Berufsunfähigkeit** und/oder **dauernde Berufsunfähigkeit**, der nach Ablauf dieses Zeitraums von drei Jahren entsteht, zu berufen; dies gilt jedoch nicht für Fälle der arglistigen Täuschung.

3. Zahlung von Ansprüchen: Alle Renten und Kapitalleistungen werden in Euro ausgezahlt, sofern nicht eine Abtretung / Pfändung in Übereinstimmung mit Ziff. 4) vorliegt.

4. Abtretung / Verpfändung: Eine Abtretung und/oder Verpfändung von Ansprüchen aus diesem Versicherungsvertrag durch den Versicherungsnehmer ist für den Versicherer erst und nur dann verbindlich, soweit das Original oder eine Zweitausfertigung des Abtretungsvertrages bzw. der Pfändungserklärung bei dem Versicherer eingereicht wurde. Der Versicherer haftet nicht für die Gültigkeit einer Abtretung oder Verpfändung.

5. Verrechnung von Zahlungen: Erhält der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Zahlungen unter einem anderen Versicherungsvertrag, den der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person abgeschlossen hat und über deren Existenz der Versicherer vor Versicherungsbeginn nicht in Kenntnis gesetzt wurde, obwohl der Versicherer vor Vertragsbeginn hiernach in Textform gefragt hat, werden die Renten, die gemäß dem vorliegenden Versicherungsvertrag gezahlt werden, um den Betrag gekürzt, der aufgrund des nicht offengelegten Versicherungsvertrages gezahlt wird. Sollten in diesem Fall Renten gemäß dem vorliegenden Versicherungsvertrag bereits gezahlt worden sein, ist eine etwaige Differenz zwischen der gezahlten Rente und der neu berechneten Rente durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person an den Versicherer zurückzuzahlen. Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person keine vollständige Rückzahlung an den Versicherer leistet, können diese künftigen Renten um den Betrag der noch ausstehenden Differenz gekürzt werden.

6. Prämienzahlungspflicht: Prämien, die gemäß diesem Versicherungsvertrag fällig sind, dürfen nicht aufgrund von Ansprüchen aus diesem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer verweigert werden.

7. Verzicht auf Prämienzahlung: Auf Prämien, die unter diesem Versicherungsvertrag fällig sind, verzichtet der Versicherer, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person berechtigt einen Leistungsanspruch geltend macht oder Leistungen erhält. Wenn die versicherte Person in seinen **ausgeübten Beruf** zurückkehrt, lebt die Prämienzahlungspflicht wieder auf. Für den Zeitraum ab Ende der Lohnfortzahlung und dem Ende der **Karenzzeit** sind keine Beiträge zu zahlen.

8. Rechtliche Schritte: Klagen im Hinblick auf den vorliegenden Versicherungsvertrag können erst nach Ablauf einer Frist von 60 Tagen, nachdem der schriftliche Nachweis einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** oder **dauernden Berufsunfähigkeit**, je nach Fall, in Übereinstimmung mit den hier genannten Bestimmungen erbracht wurde, eingeleitet werden.

9. Anwendbares Recht: Auf das Versicherungsverhältnis dieses Versicherungsvertrages findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

10. Gerichtsstand: Für Klagen aus dem Vertrag

gegen den Versicherer ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Sitz des Versicherers oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk der klagende Versicherungsnehmer oder die versicherte Person zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz hat. Wenn der klagende Versicherungsnehmer oder die versicherte Person keinen Wohnsitz hat, ist der Ort des gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich.

(a) Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person müssen bei dem Gericht erhoben werden, welches für den jeweiligen Wohnsitz zuständig ist. Wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person, gegen die sich die Klage richtet, keinen Wohnsitz hat, ist der Ort des gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich.

(b) Verlegt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person, gegen die sich die Klage richtet, seinen Wohnsitz oder den Ort ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem der Versicherer seinen Sitz hat.

11. Arbeitsfähigkeit: Zu Beginn des Versicherungsschutzes oder bei Deckungserweiterungen hat der Versicherungsnehmer bestätigt, dass die versicherte Person

(a) in der Lage ist, ihrer vertragsmäßigen Tagesarbeit sowohl mental als auch körperlich nachzugehen, UND

(b) während der letzten 12 Monate vor Antragstellung auf Abschluss dieses Versicherungsvertrages aufgrund von **Unfall** oder **Krankheit** oder eines mehr als **altersentsprechenden Kräfteverfalls** nicht länger als 20 aufeinanderfolgende Arbeitstage arbeitsunfähig war, UND

(c) in den letzten 12 Monate nicht aufgrund von **Unfall** oder **Krankheit** oder eines mehr als **altersentsprechenden Kräfteverfalls** ihre Arbeitszeit reduziert, seine normale Arbeitstätigkeit oder seinen Arbeitsplatz geändert hat, dies gilt auch für Heimarbeitsplätze, ohne darauf begrenzt zu sein, UND

(d) in den letzten 60 Tagen vor Antragstellung auf Abschluss dieses Versicherungsvertrages nicht den ärztlichen Rat erhalten hat, der Arbeit fernzubleiben, UND

(e) in den letzten 12 Monaten unter einer anderen Berufsunfähigkeitsversicherung, deren Versicherungsnehmer oder versicherte Person sie ist, keine Prämienerhöhung von mehr als 50% erhalten hat oder ein Antrag auf eine Berufsunfähigkeitsversicherung abgelehnt oder nur in eingeschränktem Umfang angenommen wurde.

Bei obligatorischen Anmeldungen von versicherten Personen durch den Arbeitgeber entfallen die Erklärungen (d) und (e) für den Arbeitgeber, sofern er die Dienstobliegenheitserklärung für seine Arbeitnehmer abgibt. Bei einer Versicherungssumme von mehr als 4 Millionen Euro (kombiniert aus **vorübergehender Berufsunfähigkeit** und **dauernder Berufsunfähigkeit**) gilt, dass die versicherte Person:

(f) in den letzten drei Monaten vor Antragstellung zum erstmaligen Einschluss in den Versicherungsschutz keine medizinische Behandlung oder Versorgung einschließlich Diagnosen erhalten hat.

TEIL FÜNF – RÄUMLICHER GELTUNGSBEREICH

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person weltweit.

TEIL SECHS – AUSSCHLÜSSE

Der vorliegende Versicherungsvertrag gewährt keinen Versicherungsschutz für **vorübergehende Berufsunfähigkeit** und/oder **dauernde Berufsunfähigkeit**, die wie folgt mittelbar oder unmittelbar verursacht oder zu welcher wie folgt mittelbar oder unmittelbar beigetragen wird:

1. Aktive Beteiligung an **Krieg**, Feindseligkeiten oder jeglichem Kriegsakt oder Bürgerkriegsakt;

2. die tatsächliche oder angedrohte böswillige Verwendung von krankheitserregenden oder giftigen biologischen oder chemischen Substanzen;

3. Nuklearreaktionen, Nuklearstrahlung oder radioaktive Kontamination;

4. die aktive Beteiligung der versicherten Person an Militäraktionen;

5. die Teilnahme der versicherten Person an Flügen (außer als Passagier);

6. absichtliche, selbst zugefügte Verletzung oder versuchter Suizid, und zwar innerhalb der ersten drei Jahre des fortlaufenden Versicherungsschutzes unter einem BonusLeben-Versicherungsvertrag;

7. **Körperschaden** oder **Erkrankung**, der bzw. die durch eine vorsätzliche eigene Straftat der versicherten Person hervorgerufen wird;

8. Unfälle durch Einfluss von einem Blutalkoholgehalt von mehr als 1,6 Promille. Einfluss von Drogen, die nicht ärztlich verschrieben oder nicht im verschriebenen Umfang eingenommen wurden und die ohne ärztliche Verschreibung illegal wären.

9. Bei höheren Versicherungssummen als 4 Mio EUR (Leistungen für **vorübergehende Berufsunfähigkeit** und **dauernde Berufsunfähigkeit** kombiniert): **Vorerkrankungen** durch **Krankheit** oder **Körperverletzung**, durch Ursachen, wegen derer die versicherte Person in den letzten drei Monaten vor erstmaligem Einschluss in den Versicherungsschutz medizinische Behandlung oder Versorgung einschließlich Diagnosen erhalten hat. Der Ausschluss ist begrenzt auf die ersten 12 Monate nach dem erstmaligen Einschluss in den Versicherungsschutz.

TEIL SIEBEN – BESTIMMUNGEN FÜR DEN VERSICHERUNGSFALL

1. Meldung eines Anspruchs: Der Versicherer ist schriftlich und so zeitnah wie vernünftigerweise möglich nach dem Auftreten oder dem Beginn einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** und/oder **dauernden Berufsunfähigkeit** über einen möglichen Anspruch in Kenntnis zu setzen. Eine Meldung von oder im Namen der versicherten Person an den Versicherer, zusammen mit ausreichenden Informationen zur Identifizierung der versicherten Person, gilt als bei dem Versicherer eingegangen, wenn sie schriftlich an den im TEIL ANHANG genannten Vermittler ergeht. Zudem gelten alle schriftlichen Mitteilungen an die versicherte Person durch den genannten Vermittler im Auftrag des Versicherers als von dem Versicherer getätigt.

2. Formulare zur Meldung eines Anspruchs: Nach Erhalt der Meldung eines Anspruchs stellt der Versicherer dem Anspruchsteller/der Anspruchstellerin unverzüglich jene Formulare zur Verfügung, die zum Einreichen des Nachweises einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** und/oder **dauernden Berufsunfähigkeit** erforderlich sind.

3. Nachweis einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** und/oder **dauernden Berufsunfähigkeit**: Dem Versicherer ist so zeitnah wie vernünftigerweise möglich nach Beginn der **vorübergehenden** oder **dauernden Berufsunfähigkeit** der schriftliche Nachweis über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit zu erbringen.

   Im Falle der Geltendmachung des Anspruchs auf Kapitalzahlung wegen **dauernder Berufsunfähigkeit** ist dem Versicherer so zeitnah wie vernünftigerweise möglich nach Beginn der **dauernden Berufsunfähigkeit** der schriftliche Nachweis über das Vorliegen hierüber zu erbringen.
   Wird eine Leistung auf **vorübergehende Berufsunfähigkeit** und/oder **dauernden Berufsunfähigkeit** aus diesem Vertrag beansprucht, müssen auf Kosten des Versicherers folgende Auskünfte und Nachweise vorgelegt werden:

   (a) einen Nachweis über den Tag der Geburt der versicherten Person;

   (b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

   (c) 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 der versicherten Person sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit;

   (d) Angaben über Einkommen aus dem unmittelbar vor Beginn der **vorübergehenden Berufsunfähigkeit ausgeübten Berufs;**

   (e) Nachweis über den derzeitigen Arbeitgeber;

   sowie

   (f) eine Aufstellung

   - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten oder Pflegeeinrichtungen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird;
   - der Versicherungsgesellschaften, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gelten machen könnte.

   Für höhere Versicherungssummen als 4 Mio. EUR (vgl. TEIL SECHS Ziff.11) gilt zusätzlich:

   Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit binnen zwölf Monaten nach erstmaligem Einschluss in den Versicherungsschutz muss zusätzlich vorgelegt werden:

   - eine Aufstellung der Ärzte, bei denen die versicherte Person innerhalb der letzten drei Monate vor dem erstmaligen Einschluss in den Versicherungsschutz bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit behandelt wurde sowie eine diesbezügliche Schweigepflichtentbindung.

Zu diesen Nachweisen einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** oder **dauernden Berufsunfähigkeit** zählt auch die Bescheinigung eines unabhängigen Arztes, der nicht die versicherte Person selbst sein oder zu seiner Familie gehören darf, in der die **vorübergehende Berufsunfähigkeit** bzw. ggf. die **dauernde Berufsunfähigkeit** bestätigt wird. Zur Familie zählen Ehemann/Ehefrau, Lebenspartner/in, Sohn, Tochter, Vater, Mutter, Bruder, Schwester und sonstige Verwandte.

Werden die Nachweise nicht so zeitnah wie vernünftigerweise möglich erbracht behält der etwaige Anspruch seine Gültigkeit und wird auch nicht gemindert, sofern es mit zumutbarem Aufwand nicht möglich war, in dieser Zeit den Nachweis zu erbringen. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass der Nachweis danach so zeitnah wie möglich spätestens innerhalb eines Jahres ab Anspruchsmeldung an den Versicherer erbracht wird.

4. Erklärung über Leistungspflicht: Nach Prüfung der eingereichten, geschuldeten, schriftlichen Nachweise einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** bzw. einer **dauernden Berufsunfähigkeit** und vollständiger Untersuchung des Vorfalls bzw. des Anspruchs durch den Versicherer erklärt dieser in Textform, ob und in welchem Umfang er eine Leistungspflicht anerkennt. Der Versicherer kann seine Leistungspflicht einmalig zeitlich befristet anerkennen, wenn hierfür ein sachlicher Grund besteht, welcher mitgeteilt wird. Bis zum Ablauf der Frist ist dieses Anerkenntnis für den Versicherer bindend.

5. Zeitpunkt der Zahlung von Ansprüchen: Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder hat sich der Versicherer und die versicherte Person über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von 14 Tagen, jedoch nicht vor Ablauf der **Karenzzeit**. Vorbehaltlich des geschuldeten, schriftlichen Nachweises einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** werden sämtliche aufgelaufenen Renten für die **vorübergehende Berufsunfähigkeit**, für die per vorliegendem Versicherungsvertrag periodische Zahlungen vorgesehen sind, zum Ende des jeweiligen Monats ausgezahlt, und zwar bis zum Ende des Zeitraums, für den der Versicherer leistungspflichtig sind. Die anteilige Berechnung bei vorübergehender Berufsunfähigkeit bezogen auf einen Monat erfolgt auf der Grundlage von einem Dreißigstel der entsprechenden **monatlichen Rente** für jeden Tag der Berufsunfähigkeit, für den der Versicherer haftet.

6. Mitwirkung: Gemäß dieses Vertrags sind keine Leistungen zu erbringen, sollte sich die versicherte Person weigern, sich einer angemessenen und grundsätzlich nicht gefährlichen medizinischen Behandlung und/oder Therapie zu unterziehen, welche der Arzt der versicherten Person angeordnet hat, um jener **Erkrankung** oder **Körperschaden** entgegenzuwirken, welcher als Grund für die Unfähigkeit zur Ausübung aller Pflichten im Zusammenhang mit seinem ausgeübten Beruf angegeben wird. Angemessen und sicher sind Maßnahmen, die sicher und nicht mit bestimmten Schmerzen verbunden sind und die auch eine sichere Aussicht auf eine Verbesserung des Allgemeinzustands bieten. Hierzu zählen Maßnahmen wie der Einsatz von orthopädischen oder anderen medizinischen Geräten (z. B. das Tragen von Prothesen, die Verwendung von Seh- und Hörgeräten), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

7. Mitteilungspflicht: Die versicherte Person hat unverzüglich mitzuteilen, wenn sich die Berufsunfähigkeit mindert oder wegfällt oder eine berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen wird.

8. Ärztliche Untersuchungen: Der Versicherer hat das Recht, einmal jährlich auf Kosten des Versicherers weitere ärztliche Untersuchungen der versicherten Person, deren **Körperschaden** oder **Erkrankung** Grundlage eines Anspruchs ist, durch einen Arzt nach Wahl des Versicherers zu verlangen, und zwar für die Dauer des Anspruchs gemäß diesem Vertrag. Diese ärztlichen Untersuchungen dürfen häufiger als einmal jährlich nur dann verlangt werden, wenn objektive Gründe es erforderlich machen.

9. Teileinnahmen: Für den Fall, dass die versicherte Person gemäß diesem Versicherungsvertrag eine **monatliche Rente** und dazu anteilig **monatliche Einnahmen** aus seinem **ausgeübten Beruf** und/oder Leistungen aus bei Antragsstellung bestehender Berufsunfähigkeitsversicherungen erhält, wird, soweit die anteilige **monatliche Einnahme u**nd die **monatlichen Renten** zusammen die vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erhaltene **monatliche Einnahme** überschreiten, die zu zahlende **monatliche Rente** aus diesem Vertrag anteilig um diesen Mehrbetrag gekürzt, damit gewährleistet ist, dass die versicherte Person in der Summe nicht mehr als 75 % ihrer üblichen **monatlichen Einnahmen** erhält.

10. Ende der Leistungen: Keine Leistungen – gleichgültig in welcher Kombination aus Renten für **vorübergehende** und Kapitalzahlung für **dauernde Berufsunfähigkeit** – werden an Personen erbracht, die älter als 67 Jahre sind, es sei denn, es ist etwas anderes vereinbart.

TEIL ACHT – VEREINBARUNG ÜBER SACHVERSTÄNDIGENVERFAHREN

I. SACHVERSTÄNDIGENVERFAHREN BEI **VORÜBERGEHENDER BERUFSUNFÄHIGKEIT**:

Im Rahmen des Nachweises einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit**, wie in TEIL SIEBEN, Ziffer 3 dargelegt, ist die Bescheinigung eines Arztes darüber, dass bei der versicherten Person eine **vorübergehende Berufsunfähigkeit** wie in diesem Vertrag definiert, vorliegt, erforderlich. Für den Fall, dass der Versicherer zu dem Ergebnis gelangt, dass nicht nachgewiesen ist, dass die versicherte Person auch nur **vorübergehend berufsunfähig** ist,-kann die versicherte Person verlangen, dass die Feststellung einer **vorübergehenden Berufsunfähigkeit** der Bestätigung zweier unabhängiger Sachverständiger unterliegen soll. Bei beiden Sachverständigen handelt es sich um unabhängige, zugelassene Ärzte. Einer der Sachverständigen wird vom Versicherer, der andere von der versicherten Person bestimmt. Es liegt in der alleinigen Befugnis der Sachverständigen zu entscheiden, ob die versicherte Person **vorübergehend berufsunfähig** ist. Die Sachverständigen dürfen über keinen anderen Aspekt hinsichtlich der Gültigkeit des Anspruchs entscheiden. Die Entscheidung der Sachverständigen ist für den Versicherer bindend.

Sollten die beiden Sachverständigen zu keiner übereinstimmenden Bewertung kommen, ernennen diese einen Schlichter, dessen Entscheidung für den Versicherer bindend ist. Der Schlichter ist ebenfalls ein zugelassener, unabhängiger Arzt.

Die Kosten für das Verfahren trägt der Versicherer.

II. SACHVERSTÄNDIGENVERFAHREN BEI **DAUERNDER BERUFSUNFÄHIGKEIT**:

Im Rahmen des Nachweises einer **dauernden Berufsunfähigkeit**, wie in TEIL SIEBEN, Ziffer 3 dargelegt, ist die Bescheinigung eines Arztes darüber, dass bei der versicherten Person eine **dauernde Berufsunfähigkeit** wie in diesem Vertrag definiert vorliegt, erforderlich. Für den Fall, dass der Versicherer zu dem Ergebnis gelangt, dass nicht nachgewiesen ist, dass die versicherte Person **dauerhaft berufsunfähig** ist, kann die versicherte Person verlangen, dass die Feststellung einer **dauernden Berufsunfähigkeit** der Bestätigung zweier unabhängiger Sachverständiger unterliegen soll. Bei beiden Sachverständigen handelt es sich um unabhängige, zugelassene Ärzte. Einer der Sachverständigen wird vom Versicherer, der andere von der versicherten Person bestimmt. Es liegt in der alleinigen Befugnis der Sachverständigen zu entscheiden, ob sich die **vorübergehende Berufsunfähigkeit** der versicherten Person zu einer **dauernden Berufsunfähigkeit** wie in der Police hier definiert entwickelt hat. Die Sachverständigen dürfen über keinen anderen Aspekt hinsichtlich der Gültigkeit des Anspruchs entscheiden.

Die Entscheidung der Sachverständigen ist für den Versicherer bindend. Sollten die beiden Sachverständigen zu keiner übereinstimmenden Bewertung kommen, ernennen diese einen Schlichter, dessen Entscheidung für den Versicherer bindend ist. Der Schlichter ist ebenfalls ein zugelassener, unabhängiger Arzt.

Die Kosten für das Verfahren trägt der Versicherer.

TEIL NEUN – VERTRAGDAUER UND KÜNDIGUNG

Diese Versicherungspolice wird gemäß des Abschnitts „Risikodetails“ für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten abgeschlossen. Im letzten Policenjahr stellen BonusLeben und/oder Lloyd's Insurance Company S.A. dem Versicherungsnehmer mindestens drei Monate vor Ablauf der Police Folgendes zur Verfügung:

- Eine Zusammenfassung der bisherigen jährlichen Prämien.
- Die jährlichen zukünftigen Prämien für die folgenden (bis zu) 12 Monate.
- Bedingungen für die automatische Erneuerung der Police für die nächsten (bis zu) 12 Monate.

Sollte der Versicherer diese Police zu ihrem vorgesehenen Ablaufdatum nicht verlängern oder die Bedingungen dieser Police für die Erneuerung zum vorgesehenen Ablaufdatum ändern wollen, muss der Versicherungsnehmer mindestens drei Monate vor Ablauf benachrichtigt werden.
Der Versicherungsnehmer sollte prüfen, ob der Deckungsumfang seinen Bedürfnissen entspricht, und sich der vergleichbaren Produkte bewusst sein, die ihm auf dem Markt von anderen Anbietern angeboten werden.
Bei einer automatischen Verlängerung zum Ablaufdatum dieser Police erhält der Versicherungsnehmer eine neue (bis zu) 12-monatige Police.

1. Diese Versicherungspolice kann vom Versicherungsnehmer während der Beitragszahlungsdauer jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. Die Versicherungsperiode entspricht dabei dem Prämienzahlungsabschnitt.

2. Eine Kündigung nach dieser Vorschrift bedarf der Textform (z. B. Papierform, E-Mail).

PART ONE TO NINE

And Individual agreements (Part Ten)
BonusLeben Insurance for Temporary and/or Permanent Occupational Disability

PART ONE – INSUREST INTEREST / PAYMENTS

Pursuant to the terms and conditions of this contract, the insurer agrees to provide the agreed payments for a temporary or permanent occupational disability that has occurred after the start of this insurance.

Words in bold print in this insurance policy have a particular significance as indicated in section PART TWO – DEFINITIONS in the policy.

I. TEMPORARY OCCUPATIONAL DISABILITY

1. In case the insured person has suffered a **bodily harm** due to an accident, occurring within the term of the policy, and leading to a **temporary occupational disability**, the insurer pays a **monthly pension**, as indicated in PART TEN - ANNEXE. In case the insured person suffers a **disease** that has lastly manifested during the term of the policy, leading within the term of the policy to a **temporary occupational disability** of the insured person, the insurer pays the **monthly pension** as indicated in PART TEN - ANNEXE.

2. In case the insured person experiences a more than **age-related loss of strength** that has **manifested** lastly during the term of the policy, leading within the term of the policy to a **temporary occupational disability** of the insured person, the insurer pays the **monthly pension** as indicated in PART TEN- ANNEXE.

3. The **monthly pension** will only be paid after the end of the **claims elimination period**. After the end of the **claims elimination period**, benefits will be paid for the duration of the **temporary occupational disability** of the insured person, but in no case beyond the **maximum benefit period** indicated in PART TEN – ANNEXE. The **monthly pension** will be adapted on every annual date of benefit payment, either by 2%, or by the respective valid consumer price index in the insured person's country of residence – depending on which percentage is lower. If not agreed otherwise, the **monthly pension** will only be paid to insured persons not older than 67 years at the moment the **temporary occupational disability** occurs. Benefits are paid up to the maximum age of 68 (see table).

Age	Pensions*	Age	Pensions*
67	12	57	120
66	24	56	120
65	36	55	120
64	48	54	120
63	60	53	120
62	72	52	120
61	84	51	120
60	96	50	120
59	108	49	120
58	120	48	120

* Number of monthly pensions with agreed maximum benefit of 120 months

4. Claims from this insurance contract are not inheritable. All payment obligations of the insurer will end in the event of death of the insured person. This insurance does not grant any **benefits in connection with the death of the insured person**.

5. In case the insured person is declared missing, there is no right to claim under this contract.

II. PERMANENT OCCUPATIONAL DISABILITY

1. As for **permanent occupational disability** the payments by the insurance are graded: At first the insurance will bear the **monthly pensions** as in the case of the **temporary occupational disability** (pursuant to No. I.). In case a medical attestation proves the insured person's **permanent occupational disability** immediately after the end of the maximum benefit period for **monthly pensions**, the insurer will provide a one-time capital payment, as detailed in PART TEN – ANNEXE.

2. This presupposes that the insured person, pursuant to PART SEVEN, No. 3, can prove that he has incurred a **bodily harm** during the term of the contract because of an **accident**, leading to a **permanent occupational disability**, or he suffers from a **disease** that has lastly **manifested** during the term of the policy, leading to the insured person's **permanent occupational disability** or to a more than **age-related loss of strength** that has lastly **manifested** during the term of the policy, leading to the insured person's **permanent occupational disability**.

3. If not agreed otherwise, in this contract the capital payment for a **permanent occupational disability** will only be paid to insured persons not older than 67 years at the moment the **occupational disability** occurs. In case the payment of the **monthly pension** for the **temporary occupational disability** continues until reaching the statutory or otherwise contractually stipulated pension, no capital payment will be effected for the **permanent occupational disability**. Benefits are paid up to the maximum age of 68 (see table).

Age	Benefits*	Age	Benefits*
67	0	57	12
66	0	56	24
65	0	55	36
64	0	54	48
63	0	53	60
62	0	52	72
61	0	51	84
60	0	50	96
59	0	49	108
58	0	48	120

* One-time capital payment benefit in the amount of the following number of **temporary occupational disability monthly pensions** in the event of **permanent occupational disability**

4. Claims from this insurance contract are not inheritable. All payment obligations of the insurer will end in the event of death of the insured person. This insurance does not grant any **benefits in connection with the death of the insured person**.

5. In case the insured person is declared missing, there is no right to claim in this contract.

III. RECURRING AND LATER OCCUPATIONAL DISABILITY

In case the insured person repeatedly endures an occupational disability, the insurer will handle this within the scope of the original claim. Hence, the insured person will not have to endure another claims **elimination period**. This is valid under the following conditions:

1. The insured person has remained continuously insured in this insurance program BonusLeben during the period between the previous claim, and the recurring **temporary occupational disability**; and

2. The recurring **temporary occupational disability** occurs within 12 months after the end of the previous claim.

The recurring **temporary occupational disability** is subject to the same conditions of this insurance contract as the previous claim. In the case of a recurring **temporary occupational disability**, the insurer pays the **monthly pension** for the duration of this **temporary occupational disability**, however it is limited to the unexploited part of the maximum benefit period for the **temporary occupational disability** as detailed in PART TEN – ANNEXE

Every **temporary occupational disability** that occurs later than 12 months after the end of the previous claim will be considered a new claim. This is subject to the all provisions of the insurance contract.

IV. PARTIAL REVENUES IN THE CASE OF TEMPORARY OCCUPATIONAL DISABILITY

In case the insured person receives a **monthly pension** according to this policy, and he additionally receives partial **monthly revenues** from his **practiced profession** and/or payments from insurances for occupational disability existing at the moment of application, the **monthly pensions** from this contract will, in the event that the **monthly revenues** and the **monthly pensions** together exceed 75% of the **monthly** gross **revenues** obtained before the occupational disability, lead to a reduction of the payable **monthly pensions** from this contract by this additional amount, in order to ensure that the insured person will not receive a total sum that is higher than 75% of his habitual **monthly** gross **revenues**.

V. LAPSE OF PAYMENT OBLIGATIONS

Payment obligations of the insurer will lapse as soon as one of the following events occurs:

1. At the end of the **maximum benefit period** for payments;

2. Starting with the day the insured person regains an ability of more than 50% to exercise the profession he used to practice right before the insurance case occurred;

3. Starting with the day the insurer provides evidence that the insured person has regained an ability of more than 50% to exercise the profession he used to practice right before the insurance case occurred;

VI. EXCLUSION OF PROFIT PARTICIPATION

THE PROFIT PARTICIPATION PURSUANT TO ARTICLE 153 VVG (PARTICIPATION IN PROFIT AND VALUATION RESERVES) IS EXPLICITLY EXCLUDED. NEITHER THE POLICYHOLDER, NOR ANY OTHER PESON WILL OBTAIN SUCH A PROFIT PARTICIPATION ON THE GROUNDS OF THIS CONTRACT.

PART TWO – DEFINITIONS

Age-related means in comparison to the general public, not in comparison with other persons of the same professional group.

Practiced profession is the precise activity the insured person practiced on a regular base directly before his **temporary occupational disability** and/or his **permanent occupational disability** started.

Permanent occupational disability means the insured person has incurred a **temporary occupational disability**, uninterrupted during the whole benefit payment period. Also, the insured person, latest at the end of the pension payments for the **temporary occupational disability**, does not face a realistic perspective of an amelioration, sufficiently allowing him to return to his **practiced profession**.

Claims **elimination period** stands for the consecutive days at the beginning of the period of a **temporary**, or **permanent occupational disability**, where there is no entitlement to pension payments.

Bodily harm means a precise bodily injury provoked by an **accident**, which directly, and independently from other causes, within the term of the policy has led to a **temporary** or a **permanent occupational disability** of the insured person.

Loss of strength is the lessening of physical and mental strengths or the reduction of the resilience beyond the **age-related** condition.

Disease/illness means a disease or an illness that has **manifested** during the term of the policy, which has to lead, directly, and independently from other causes, to a **temporary** or **permanent occupational disability** including **mental disorders**.

War is the military action between two or more nations, as well as military action due to a civil war or civil commotion.

Maximum benefit period means the total number of months, for which **monthly pensions** have to be paid, as detailed in PART TEN – ANNEXE.

Manifestation means the date of a secured diagnosis by a medical doctor specialised in the treatment of the **disease** or the more than **age-related loss of strength**. **Manifestation** ends, when a medical doctor that is specialised in the treatment of the **disease** or the or the more **than age-related loss of strength** confirms that the **disease** or the or the more than **age-related loss of strength** has completely healed or the insured person can return to work and again practice his profession without limitations.

Monthly revenues mean 1/12 of the annual income of the insured person.

Monthly pension refers to the payments indicated in PART TEN – ANNEXE.

Mental disorder means a mental or psychiatric suffering, independent from the cause, such as schizophrenia, depression, maniac-depressive or bipolar disorder, anxieties, personal disorders or adaptation problems, or other illnesses. Persons with those disorders will normally be treated by psychologists/psychiatrics or other qualified service providers by means pf psychotherapy, psychotropic drugs, or similar methods of treatment.

Accident means a particular, sudden and unexpected external impact occurring at an identifiable moment of time, and at a locatable place during the term of the policy.

Pre-existing condition is a **disease** or **bodily harm**, based on causes for which the insured person during the past three months before inclusion into this insurance contract received medical treatment or care, including diagnosis.

Temporary occupational disability means the insured person, due to an **accident**, a **disease** or a more than **age-related loss of strengt**h after the end of the claims **elimination period** can only exercise his practiced job at 50% or less. **The temporary occupational disability** needs to be confirmed by a medical doctor.

PART THREE – PRE-CONTRACTUAL AND CONTRACTAL OBLIGATIONS

I. PRE-CONTRACTUAL DUTY OF DISCLOSURE:

1. The policyholder is obliged, until the delivery of his contractual declaration, to completely and truthfully disclose all risk-related circumstances that are requested in written form. Risk-related are circumstances that might be relevant for the decision of the insurer whether to conclude the contract or not, or to conclude it with the agreed content. The policyholder's duty of disclosure also applies to questions related to risk-related circumstances that are asked after the policyholder's contract declaration, but prior to the acceptance of the contract in written form. In case another person answers the questions concerning the risk-related circumstances on behalf of the policyholder, and this person is aware of the risk-related circumstances or acts maliciously, the policyholder will be treated, as if he himself had been aware or had acted maliciously.

2. In case another person answers the questions about risk-related circumstances of the insured person, and in case this person has knowledge about the risk-related circumstance or acts maliciously, he will be treated as if the policyholder himself had knowledge about it or had acted maliciously.

3. In the event of a breach of the pre-contractual duty of disclosure the insurer can

(a) withdraw from the contract,

(b) terminate the contract,

(c) change the contract, or

(d) contest the contract because of malicious deception.

(a) Withdrawal

In case the pre-contractual duty of disclosure has been breached, the insurer can withdraw from the contract. The right of withdrawal does not apply if there is neither an intentional, nor a grossly negligent breach of duty of disclosure. Even if the duty of disclosure has been breached in a grossly negligent manner, the insurer has no right to withdraw provided that he would have concluded the contract – possibly with different conditions (i.e. higher insurance premiums or limited insurance protection) – even while being aware of the undisclosed risk-related circumstances.
In the event of a withdrawal there is no insurance coverage. If the insurer withdraws after the materialisation of an insurance case, his payment obligation will persist under the following condition: The breach of the duty of disclosure refers to a risk-related circumstance which

- neither was the cause for the materialisation or determination of an insurance case

- nor was it the cause for the determination or the scope of the insurer's payment obligation. The insurer's payment obligation is also not applicable in the afore mentioned case, if the duty of disclosure was maliciously omitted.

(b) Termination

In case the insurer's right to withdrawal is excluded, because the breach of the duty of disclosure was neither intentional nor grossly negligent, the insurer may terminate by complying with a notice period of one month. The insurer's right to termination is excluded, if he would have concluded the contract – possibly with different conditions (i.e. higher insurance premiums or limited insurance protection) – even while being aware of the undisclosed risk-related circumstances.

(c) Change of contract

In case the contract cannot be terminated by the insurer, and he cannot withdraw from the contract, because the contract would have been concluded – possibly with different conditions (i.e. higher insurance primes or limited insurance protection) – even while being aware of the undisclosed risk-related circumstances, the other conditions will become part of the contract upon the demand of the of the insurer. In case the policyholder is to be held responsible for the breach of

duty of disclosure, the other conditions will become part of the contract starting with the current insurance. The policyholder is entitled to terminate without notice within one month after the receipt of the notice about the change of contract, provided that

- within the framework of a contractual change the premium was raised by more than 10% – or
- the risk protection for a non-disclosed circumstance has been excluded.

(d) Preconditions for the exercise of the insurers' rights

The insurer is only entitled to withdrawal, termination, or change of contract if the policyholder was informed via separate notice in written form about the consequences of a breach of duty of disclosure.
The insurer is not entitled to withdrawal, termination, or change of contract if the insurer had knowledge about the omitted circumstance or about the incorrectness of the disclosure.
The right to withdrawal, termination, or change of contract can only be claimed in written form within one month. The period will start with the moment the insurer gains knowledge of the breach of duty of disclosure that justifies the right claimed by the insurer. When exercising those rights, the insurer has to describe the circumstance upon which he bases his declaration. For justification he may subsequently provide additional circumstances if the time period pursuant to sentence 1 has not elapsed.
Three years after the conclusion of contract the insurer's right concerning withdrawal, termination, or change of contract will elapse. If an insurance case has occurred before this period has ended, the insurer can still claim the rights after the end of this period. In case the duty of disclosure was intentionally or maliciously breached, the period is ten years.

The above mentioned respectively applies if the insurance protection is subsequently extended and therefore a new risk assessment is carried out. The periods pursuant to d) start anew for the changed parts of the contract at the moment of change of contract.

II. CONTRACTUAL OBLIGATIONS

A breach of the duty to cooperate, which pursuant to PART SEVEN-CONDITIONS FOR THE INSURANCE CASE after the insurance case has occurred has to be complied with, may have consequences concerning the insurer's payment obligations.

In the event an obligation under this contract has been intentionally breached by the policyholder or the insured person, the insurer is freed from payment obligations. In the event of a grossly negligent breach of a duty to cooperate, the insurer is entitled to reduce his payment in a proportionate manner in relation to the severity of the negligence. This does not apply if the policyholder or the insured person can prove that the duty to cooperate has not been grossly breached. Claims from this insurance will be upheld as far as the breach has no influence on the determination or the scope of the insurer's payment obligation.

The insurer's payment obligation however also does not apply in the afore mentioned case in case the duty was maliciously breached by the policyholder or the insured person.

If the duty to cooperate is complied with at a later moment, the insurer is bound to payment obligations, starting with the beginning of the current month, pursuant to the provisions of this insurance contract. The complete or partial exemption from payment obligations only applies if the insurer has informed about these legal consequences via separate notice in written form.

PART FOUR – GENERAL CONDITIONS

1. Changes of contract: A change of the insurance contract only becomes valid upon the insurer's approval, provided that this change will be entered into the policy or attached to it. No representative will be authorised to change the policy or to waive provisions of this insurance contract.

2. Non-appealability: During three years following the start of this insurance contract, no incorrect and/or incomplete entries may be used by the insurer that were provided at the submission of the documents for this contract, or at the moment of application in order to withdraw from the insurance contract, to adjust it, to terminate it, or to claim exemption from payments concerning a claim for **temporary occupational disability**, and/or **permanent occupational disability** that occurs after the end of this period of three years; this however does not apply for cases of malicious deception.

3. Payment of claims: All pensions and capital payments will be carried out in Euro as far as no garnishment/cession has been agreed, in compliance with No. 4).

4. Garnishment/cession: A garnishment/cession of claims of the policyholder resulting from this insurance contract will only be binding at the moment the original or a duplicate of the cession contract or the garnishment declaration has been provided to the insurer. The insurer has no liability concerning the validity of a cession or garnishment.

5. Offsetting of payments: In case the policyholder or the insured person receive payments resulting from another insurance contract concluded by the policyholder or the insured person of which the insurer before the start of the insurance was not informed, even though the insurer had requested it in written form before the start of the contract, pensions that have been paid pursuant to this insurance contract will be reduced by the amount that has been paid pursuant to the non-disclosed insurance contract. In case pensions pursuant to this insurance contract have already been paid, a possible difference between the already paid pension, and the newly calculated pension has to be paid back to the insurer by the policyholder or the insured person. In case the policyholder or the insured person do not carry out a complete back payment to the insurer, those future pensions may be reduced by the remaining outstanding difference.

6. Obligation of payment of premiums: Premiums that are due pursuant to this insurance contract cannot be rejected because of claims resulting from this insurance contract against the insurer.

7. Waiver of premium payments: The insurer waives premiums that are due according to this insurance contract in the event that the policyholder or the insured person rightfully claim payments or are receiving payments. If the insured person returns to his **practised profession**, the obligation to pay premiums will recommence. During the time period between the end of salary payments and the end of the claim **elimination period** no regular payments need to be made.

8. Legal actions: Claims concerning this insurance contract can only be filed after a delay of 60 days following the written proof of a **temporary occupational disability** or a **permanent occupational disability**, depending on the case, in accordance with the provisions that are stated herein.

9. Applicable law: This insurance relationship of this insurance contract is subject to the law of the Federal Republic of Germany.

10. Court of jurisdiction: For claims resulting from the contract against the insurer, the regional court at the location of the headquarters, or the subsidiary site responsible for the contract, is in charge. Also in charge is the court where the claiming policyholder or insured person has his place of residence at the time the legal action was commenced. In case the claiming policyholder or insured person has no place of residence, his habitual place of residence will prevail.

(a) Legal actions resulting from the insurance contract against the policyholder or the insured person need to be raised at the court in charge of the respective place of residence. In case the policyholder or the insured person against whom legal action has been taken, has no place of residence, his habitual place of residence will prevail.

(b) In case the policyholder or the insured person, against whom a claim has been raised, transfers his place of residence or is habitual residence abroad, legal actions resulting from the contract are subject to the courts of the state, where the insurer's headquarters are located.

11. Working ability: At the beginning of the insurance coverage or in case of an extension of coverage, the policyholder has confirmed that

(a) the insured person is mentally, and physically capable of exercising his contracted daily work, AND

(b) during the last 12 months prior to the application for signing this insurance contract, the insured person has not been incapable of working for more than 20 days in a row, due to an **accident**, a **disease** or an **age-related loss of strength**, AND

(c) during the last 12 months the insured person has not reduced his working time due to an **accident**, a **disease** or an **age-related loss of strength**, and has not reduced his normal work time, changed his work activity or his working place. This is also valid for home office work places, without being limited to this, AND

(d) during the last 60 days before the application for conclusion of this insurance contract the insured person has not received a medical recommendation to suspend working

(e) during the past 12 months under another occupational disability insurance, whose policyholder or insured person he is, the policyholder or insured person has not received a raise in insurance premium of more than 50%, or a request for an occupational disability insurance was rejected or only accorded in a limited scope.

For mandatory registrations of insured persons via the employer, the declarations (d) and (e) for the employer are not applicable, as far as he has provided the declaration of service obligation for his employees.

For an insurance sum of more than 4 million Euros (combination of **temporary occupational disability**, and **permanent occupational disability**) the following is valid:

(f) during the past 3 months prior to the application for first inclusion into the insurance coverage the insured person has not received any medical treatment or care, including diagnosis.

PART FIVE – TERRITORIAL VALIDITY

Insurance coverage is globally valid for the insured person

PART SIX – EXCLUSIONS

This insurance contract does not grant insurance coverage for **temporary occupational disability** and/or **permanent occupational disability** caused, directly or indirectly, or promoted directly or indirectly, as follows:

1. active participation in **war**, hostilities, all types of war action or civil war action;
2. the factual or maliciously menaced use of pathogenic or toxic biological or chemical substances;
3. nuclear reactions, nuclear radiation or radioactive contamination;
4. the active participation of the insured person in military actions;
5. the participation of the insured person in flights (apart from being a passenger);
6. the intentional, self-inflicted injuries or attempts of suicide, within the first three years of the continuous insurance coverage under a BonusLeben insurance contract;
7. **bodily harm** or **disease**, caused by an intentional criminal act of the insured person;
8. accidents under the influence of a blood alcohol concentration of more than 1.6/1000. The influence of drugs that have not been medically prescribed or not been taken in the administered doses, which would be illegal without medical prescription.
9. For Insurance sums higher than 4 million EUR (combined payments for **temporary occupational disability**, and **permanent occupational disability**) **pre-existing conditions** due to **disease** or **bodily harm**, due to causes for which the insured person has received treatment or care, including diagnosis, during the 3 months preceding the first inclusion into the insurance coverage. The exclusion is limited to the first 12 months following the first inclusion into the insurance coverage.

PART SEVEN – PROVISIONS FOR THE INSURANCE CASE

1. Notification of a claim: The insurer needs to be notified in writing about a potential claim, as soon as reasonably possible after the occurrence or the beginning of a **temporary occupational disability** and/or a **permanent occupational disability**. A notification by or in the name of the insured person to the insurer, together with sufficient information for the identification of the insured person, will be considered as received by the insurer if addressed to the agent mentioned in PART ANNEXE. Also, all written notifications by the said agent to the insured person will be considered as effected by the insurer.

2. Formulars for the notification of a claim: After receipt of the notification of a claim, the insurer will immediately provide those formulars to the claimant that are necessary for obtaining proof of a **temporary occupational disability** and/or a **permanent occupational disability**.

3. Proof of a **temporary occupational disability** and/or a **permanent occupational disability:** The insurer needs to receive written proof of the occurrence of a **temporary occupational disability** and/or a **permanent occupational disability**, as soon as reasonably possible after the beginning of a **temporary** and/or a **permanent occupational disability**. In the event of claiming the entitlement to capital payments because of a **permanent occupational disability**, the insurer needs to receive written proof about the occurrence of a **permanent occupational disability** as soon as reasonably possible, after the beginning of the **permanent occupational disability**. If a payment related to a **temporary occupational disability** and/or a **permanent occupational disability** is claimed under this contract, the following information and proof need to be submitted at the expense of the insurer:

   (a) a proof of the insured person's day of birth;

   (b) an account of the causes for the occurrence of the occupational disability;

   (c) comprehensive reports by the medical doctors, who are, have been, or currently are, treating or examining the insured person about causes, beginning, type, development, and prospective duration of the insured person's condition, as well as about the degree of occupational disability;

   (d) information about the revenues resulting from the **practiced profession** directly before the beginning of the **temporary occupational disability**;

   (e) proof of the current employer;

   as well as

   (f) a list of

   - the medical doctors, hospitals, medical or care institutions, which the insured person has visited for treatment or – as far as known - is going to visit;
   - the insurance companies, where the insured person could also claim payments because of occupational disability;

For insurance sums higher than 4 million EUR (see PART SIX, No. 11) the following will additionally apply:

In the event the occupational disability occurs within twelve months after the first inclusion into the insurance coverage, the following needs to additionally be provided:

- A list of the medical doctors, who treated the insured person within the last three months prior to the first inclusion into the insurance coverage, and until the occurrence of the occupational disability, as well a corresponding release from confidentiality.

Part of these proofs of a **temporary occupational disability** or a **permanent occupational disability** will also be the attestation of an independent doctor, who may not be the insured person himself or a family member of the latter, through which the **temporary occupational disability** or, if necessary, the **permanent occupational disability** is con-

firmed. Family members include husband/wife, life partners, son, daughter, father, mother, brother, sister, and other relatives. In case the proofs cannot be provided as soon as reasonably possible, the potential claim remains valid and will not be reduced, as far as it was not possible, investing a reasonable effort, to provide the proof within this period. This shall apply on condition that the proof will subsequently be provided as fast as possible to the insurer, latest within one year after the notification of the claim.

4. Declaration on the payment obligation: After reviewing the required, and submitted written proofs of a **temporary occupational disability** and/or a **permanent occupational disability**, and the complete examination of the incident, respectively of the claim, by the insurer, he will declare in written form whether, and to what extent, he recognises a payment obligation. The insurer can recognise his payment obligation on one occasion with a limited time period, if there is a factual reason that has been communicated. Until the end of this time period, this recognition is binding for the insurer.

5. Moment of payment of claims: In the event the insurer accepts the claim, or insured person and insurer have reached an agreement concerning cause, and extent, the insurer will provide the payment within 14 days, however not before the end of the claim **elimination period**. Subject to the required written proof of **temporary occupational disability** all accumulated pensions for the **temporary occupational disability** for which under this insurance contract periodical payments are intended, have to be paid at the end of the respective month, and by the end of the time period for which the insurer is under payment obligation. The proportional calculation in the event of a **temporary occupational disability** relating to one month is based upon 1/30 of the corresponding **monthly pension** for each day of **occupational disability**, for which the insurer is liable.

6. Cooperation: Pursuant to this contract no payments need to be effected in case the insured person refuses to undergo an appropriate, and primarily non-hazardous, medical treatment and/or therapy that was prescribed by the insured person's doctor in order to react to the **disease** or **bodily harm**, which was declared as the cause of the disability to exercise all duties related to his practised profession. Measures are considered safe and appropriate if they are not related to certain pains and also offer a secure perspective of ameliorating the general health condition. Among these are measures like the use of orthopaedic or medical devices (i.e. wearing prosthetic devices, using visual and hearing aids), conducting logopaedic measures, or wearing support stockings

7. Notification obligation: The insured person has to immediately inform about a reduction or the end of the occupational disability, or a professional occupation will be taken up again.

8. Medical examinations: For the duration of the entitlement pursuant to this contract, the insurer is entitled to annually, and at the expense of the insurer demand further medical examinations of the insured person, whose **bodily harm** or **disease** is the cause of an entitlement, by a medical doctor chosen by the insurer. These medical examinations can be requested more than once year only if justified by objective reasons.

9. Partial revenues: In case the insured person receives, pursuant to this insurance contract, a **monthly pension**, plus partial **monthly revenues** from his **practised profession** and/or payments from other occupational disability insurances that were existing at the moment of application, the payable **monthly pension** from this contract will be reduced by this surplus amount, as far as the partial **monthly revenues** combined with the **monthly pensions** are higher than the **monthly revenues** that were received before the occurrence of the occupational disability. In this way it is secured that the insured person in sum does not receive more than 75% of his habitual monthly revenues.

10. End of payments: No payments – no matter which combination of pensions for **temporary**, and capital payments for **permanent occupational disability** - will be effected to persons that are older than 67 years, unless agreed otherwise.

PART EIGHT – AGREEMENT ON EXPERT PROCEEDINGS

I. EXPERT PROCEEDINGS FOR **TEMPORARY OCCUPATIONAL DISABILITY**:

In the context of proof for a **temporary occupational disability** as described in PART SEVEN, No. 3, the attestation of a medical doctor concerning the existence of a **temporary occupational disability** as defined in this contract, is required. In case the insurer comes to the conclusion that there is no proof of even a **temporary occupational disability** of the insured person, the insured person can demand that the **temporary occupational disability** can be determined via confirmation of two independent experts. Those two experts need to be independent, licensed medical doctors. One of the experts will be determined by the insurer, the other by the insured person. The experts shall have sole power of authority to decide if the insured person has a **temporary occupational disability**. The experts shall not decide upon any other aspect related to the validity of this claim. The decision of the experts is binding for the insurer.

In case both experts cannot agree upon a common evaluation, they will determine an arbitrator, whose decision will be binding for the insurer. The arbitrator will also be an independent, licensed medical doctor.

The costs of the proceedings will be borne by the insurer.

II. EXPERT PROCEEDINGS FOR **PERMANENT OCCUPATIONAL DISABILITY**:

In the context of proof for a **permanent occupational disability**, as described in PART SEVEN, No. 3, the attestation of a medical doctor concerning the existence of a **permanent occupational disability** as defined in this contract, is required. In case the insurer comes to the conclusion that there is no proof of **permanent occupational disability** of the insured person, the insured person can demand that the **permanent occupational disability** can be determined via confirmation of two independent experts. Those two experts need to be independent, licensed medical doctors. One of the experts will be determined by the insurer, the other by the insured person. The experts shall have sole power of authority to decide if the insured person's **temporary occupational disability** has led to a **permanent occupational disability**, as defined in this policy. The experts shall not decide upon any other aspect related to the validity of this claim. The decision of the experts is binding for the insurer.

In case bot experts cannot agree upon a common evaluation, they will determine an arbitrator, whose decision will be binding for the insurer. The arbitrator will also be an independent, licensed medical doctor.

The costs of the proceedings will be borne by the insurer.

PART NINE – CONTRACTUAL PERIOD AND TERMINATION

This insurance policy will be concluded for a period of up to 12 months, pursuant to the section "risk details". In the last year of the policy, at least three months before expiry of the contract, BonusLeben and/or the Lloyd's Insurance Company S.A. will provide the policyholder with the following information:

- A summary of the previous annual premiums.
- The annual premiums for the following (up to) 12 months.
- The conditions for the automatic renewal of the policy for the next (up to) 12 months.

In the event the insurer does not wish to extend this policy at the intended date of expiry, or wants to change the provisions of this policy for the renewal at the intended expiry date, the policyholder must be notified at least three months before the expiry date.
The policyholder should verify if the scope of coverage corresponds to his needs, and he should be aware of comparable products offered to him on the market by other providers.
In case of an automatic extension at the expiry date, the policyholder will obtain a new policy with a validity of (up to) 12 months.

1. This policy can be terminated by the policyholder at every moment during the premium-payment period before the end of the current insurance period. The insurance period hereby corresponds to the period of premium-payment.

2. A termination according to this provision will require the written form (i.e. paper document, email).