Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Berufsunfähigkeits-Versicherung
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: HDI Lebensversicherung AG
Amtsgericht Köln, HRB 603
Deutschland

Produkt: BVZ21

Dieses Produktinformationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (zum Beispiel Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Kundeninformation, Anlage zur Kundeninformation und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Was ist versichert?

✔ Wird die versicherte Person im Sinne der Bedingungen berufsunfähig, erhalten Sie für die Dauer der Berufsunfähigkeit eine monatliche garantierte Berufsunfähigkeits-Rente von 2.500,00 EUR und es sind keine Beiträge mehr zu zahlen.

Sie erhalten die vereinbarten Leistungen, wenn die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen ununterbrochen wenigstens sechs Monate mindestens zu 50 % außer Stande ist, ihrem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf nachzugehen, oder berufsunfähig infolge von Pflegebedürftigkeit ist. Wir leisten außerdem, wenn für die versicherte Person ein Tätigkeitsverbot wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr vorliegt. Der in diesen Unterlagen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit, der Erwerbsminderung bzw. der Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.
Weitere Einzelheiten zur Berufsunfähigkeitsversicherung finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Die versicherte Person ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist.

Was ist nicht versichert?

✘ Individuell ausgeschlossene Vorerkrankungen.

Einzelheiten dazu finden Sie ggf. im Versicherungsschein.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Wenn Sie unwahre oder unvollständige Angaben machen, kann Ihr Versicherungsschutz vollständig oder teilweise, für die Zukunft oder rückwirkend entfallen.

Zudem kann der Versicherungsschutz in bestimmten Fällen ausgeschlossen sein. Hierzu zählen zum Beispiel:

Berufsunfähigkeit, die verursacht wird durch
! absichtliche Herbeiführung einer Krankheit oder absichtliche Selbstverletzung,
! Strahlen infolge von Kernenergie,
! innere Unruhen oder kriegerische Ereignisse,
! eine vorsätzliche Straftat (Ausnahme: im Straßenverkehr).

Wo bin ich versichert?

✔ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen, die wir Ihnen vor Abschluss des Vertrages (zum Beispiel im Antragsformular) stellen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die vereinbarten Beiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Informieren Sie uns bitte unverzüglich, wenn sich Ihre Anschrift, Ihr Name oder Ihre Bankverbindung ändert. Fehlende Informationen können den reibungslosen Vertragsablauf beeinträchtigen.
- Wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragen, müssen Sie uns Arztberichte und weitere Unterlagen einreichen. Wir können ärztliche Untersuchungen und ggf. weitere Nachweise verlangen.
- Während der Dauer der Berufsunfähigkeit können wir das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit prüfen. Hierzu müssen Sie alle sachdienlichen Auskünfte erteilen, die wir anfordern.

easy 4.60, 18.06.2021, 01:02:31

Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich (das heißt ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem 01.10.2021. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) müssen Sie monatlich, jeweils im Voraus, zahlen. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Vertrages, frühestens jedoch am 01.10.2021. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen. In diesem Fall beginnt der Versicherungsschutz erst, wenn die verspätete Zahlung bei uns eingegangen ist. Wir gewähren Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit bis zum 01.10.2061 eintritt. Wird die versicherte Person in dieser Zeit berufsunfähig, endet die Leistung mit dem Tod der versicherten Person, spätestens aber am 01.10.2061.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Ende der ersten Versicherungsperiode, in Textform kündigen. Die Versicherungsperiode entspricht der vereinbarten Beitragszahlweise. Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, stellen wir diesen beitragsfrei. Dabei berücksichtigen wir einen Stornoabschlag. Wird der Mindestbetrag für die beitragsfreie Berufsunfähigkeits-Rente nicht erreicht, erlischt der Vertrag. Die Auszahlung eines Rückkaufswertes ist ausgeschlossen. Die Höhe des Mindestbetrags der beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Rente, der beitragsfreien Leistungen und des Stornoabschlags können Sie dem Abschnitt B. II. 4 der Kundeninformation entnehmen.

Prämie; Kosten

Ihr monatlicher Beitrag (Prämie) beträgt 174,28 EUR. Unmittelbar ab Versicherungsbeginn wird Ihr Vertrag zudem an entstehenden Überschüssen beteiligt. Dadurch ermäßigt sich der zu zahlende Beitrag im ersten Jahr auf 130,71 EUR. Der ermäßigte Beitrag basiert auf der aktuellen Überschussbeteiligung (Deklaration 2021) und ist daher nicht garantiert. Er bleibt in seiner Höhe bis zu einer Neufestsetzung der Überschussanteile unverändert. Sie haben eine Beitragsdynamik eingeschlossen. Erhöhungen aus der Beitragsdynamik haben wir hier nicht berücksichtigt.

Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Die im Beitrag von 174,28 EUR enthaltenen Abschluss- und Vertriebskosten belaufen sich insgesamt auf 2.016,94 EUR. Die ebenfalls im Beitrag enthaltenen übrigen Kosten sind Verwaltungskosten. Sie betragen jährlich 283,67 EUR. Ändert sich der Beitrag, ändern sich auch die Kosten. Darüber hinaus können, soweit von Ihnen veranlasst, sonstige Kosten entstehen, die wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen. Informationen warum und in welcher Höhe diese Kosten anfallen, finden Sie in der „Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand" im Abschnitt D des Vertragsvorschlages.

Inhaltsverzeichnis

A. Zur Zeit unbesetzt

B. Kundeninformation

I. Allgemeine Informationen
1. Angaben zur Identität des Versicherers
2. Angaben zur Identität des rechtlichen Vertreters
3. Angaben zur Anschrift des Versicherers für Kommunikation
4. Hauptgeschäftstätigkeit und Aufsichtsbehörde
5. Sicherungsfonds
6. Wesentliche Merkmale der Versicherung
7. Gesamtprämie
8. Kosten, die von Dritten in Rechnung gestellt werden
9. Einzelheiten zur Prämienzahlung
10. Befristung der Gültigkeit der Informationen und des Angebotes
11. Anlagerisiken
12. Zustandekommen des Vertrages / Beginn des Versicherungsschutzes
13. Widerrufsrecht
14. Laufzeit, Mindestlaufzeit
15. Beendigung, Kündigung
16. Anwendbares Recht / Vertragssprache / Beschwerdemöglichkeiten

II. Besondere Informationen
1. In die Prämie einkalkulierte Kosten
2. Kosten aus von Ihnen veranlassten Gründen
3. Überschussermittlung und –beteiligung
4. Rückkaufswerte und prämienfreie Leistungen
5. Garantie der Rückkaufswerte und prämienfreien Leistungen
6. Fondsanlage
7. Geltende Steuerregelungen

C. Anlage zur Kundeninformation

I. Beschwerdestellen
II. Informationen zu den Anlagemöglichkeiten
III. Steuerregelungen für diese Versicherungsart
IV. Zur Zeit unbesetzt

D. Versicherungsbedingungen

AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (LV_AVB_BV.2101)
BB-KS: Besondere Bedingungen für die Leistungen wegen Krankschreibung (LV_BB_KS.2101)
BB-INF: Besondere Bedingungen für die Leistung bei Berufsunfähigkeit bei Infektionsgefahr (LV_BB_INF.2101)
BB-NVG: Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie auf Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente (LV_BB_NVG_BU.2101)
ERL-BU: Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit - Erläuterungen und Hinweise zum Versicherungsschutz und zu den Bedingungen (LV_ERLBU.2101)
BB-DYN: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Prämie und Leistungen ohne Gesundheitsprüfung (LV_BB_DYN_RIS.2101)
KOST: Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand (LV_KOST.1602)

easy 4.60, 18.06.2021, 01:02:31

B. Kundeninformation (§§ 7 VVG, 1 und 2 VVG-InfoV)

Um die Übersichtlichkeit und Verständlichkeit dieser Informationen sicherzustellen, finden Sie ausführlichere Erläuterungen zu einigen Stellen in Teil C (Anlage zur Kundeninformation) und Teil D (Versicherungsbedingungen) dieses Vertragsvorschlages. Diesen können Sie dann weitere Informationen entnehmen. Auf die konkrete Fundstelle wird in der Kundeninformation verwiesen.

I. Allgemeine Informationen

1. Angaben zur Identität des Versicherers

HDI Lebensversicherung AG, Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln
Sitz der Gesellschaft: Köln / Amtsgericht Köln, HRB 603 / USt-Id-Nr. DE 811128766 / www.hdi.de
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Christopher Lohmann
Vorstand: Dr. Patrick Dahmen (Vorsitzender), Dirk Böhme, Silke Fuchs, Wolfgang Hanssmann, Dr. Dominik Hennen, Fabian von Löbbecke, Jens Warkentin

2. Angaben zur Identität des rechtlichen Vertreters

Die ansonsten an dieser Stelle beschriebenen Regelungen sind für den vorliegenden Vertragsvorschlag nicht maßgebend; daher ist dieser Abschnitt ohne Inhalt.

3. Angaben zur Anschrift des Versicherers für Kommunikation

HDI Lebensversicherung AG	
Besuchsadresse:	Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln
Postanschrift:	50580 Köln
Vorstand: Dr. Patrick Dahmen (Vorsitzender)	

4. Hauptgeschäftstätigkeit und Aufsichtsbehörde

Hauptgeschäftstätigkeit

Die Hauptgeschäftstätigkeit der HDI Lebensversicherung AG ist der Betrieb von Versicherungsgeschäften im Bereich der Lebens- und Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Versicherung im Rahmen der privaten und betrieblichen Altersversorgung sowie die Verwaltung von Versorgungseinrichtungen.

Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Bereich Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

5. Sicherungsfonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstr. 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die HDI Lebensversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.

6. Wesentliche Merkmale der Versicherung

Bei dieser Versicherung handelt es sich um eine
- Berufsunfähigkeits-Versicherung
- mit Leistungen wegen Krankschreibung
- mit planmäßiger Erhöhung von Prämie und Leistungen ohne Gesundheitsprüfung

a) Allgemeine Versicherungsbedingungen und Besondere Bedingungen

Für diesen Vertragsvorschlag gelten die nachfolgenden Versicherungsbedingungen:

- AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (LV_AVB_BV.2101)
- BB-KS: Besondere Bedingungen für die Leistungen wegen Krankschreibung (LV_BB_KS.2101)
- BB-INF: Besondere Bedingungen für die Leistung bei Berufsunfähigkeit bei Infektionsgefahr (LV_BB_INF.2101)

- BB-NVG: Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie auf Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente (LV_BB_NVG_BU.2101)
- ERL-BU: Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit - Erläuterungen und Hinweise zum Versicherungsschutz und zu den Bedingungen (LV_ERLBU.2101)
- BB-DYN: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Prämie und Leistungen ohne Gesundheitsprüfung (LV_BB_DYN_RIS.2101)
- KOST: Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand (LV_KOST.1602)

Die Versicherungsbedingungen finden Sie im → Teil D dieses Vertragsvorschlages.

Auf Ihren Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

b) Umfang und Fälligkeit der Versicherung

Versicherte Person

eine Frau, geboren am 01.01.1994

Versicherungsbeginn	01.10.2021, 0 Uhr

Hauptversicherung: Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Leistungen wegen Krankschreibung

Produktbezeichnung	EGO Top
Tarif	BVZ21
Vertragsart	Einzel
Risikogruppe	A-top
Gewinnzuteilungsform	Form A
Prämienbefreiung mitversichert	Ja
Berufsunfähigkeitsrente mitversichert	Ja
Leistungen wegen Krankschreibung mitversichert	Ja, Rente in Höhe der Berufsunfähigkeitsrente, begrenzt auf insgesamt 36 Monate
Garantierte Höhe der Berufsunfähigkeitsrente	EUR 2.500,00 monatlich
Garantierte Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsfall um	2,00 % der Vorjahresrente

Wir leisten, wenn die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen ununterbrochen wenigstens sechs Monate mindestens zu 50 % außer Stande ist, ihrem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf nachzugehen, oder berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit ist. Wir leisten außerdem, wenn die versicherte Person gemäß den → BB–KS krankgeschrieben ist oder für die versicherte Person ein Tätigkeitsverbot wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr gemäß den → BB–INF vorliegt.

Weitere Informationen zu Fälligkeit und Umfang der Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den → AVB, den BB-KS , den BB-INF sowie den ERL-BU.

Der in diesem Vertragsvorschlag und in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.

Wichtige Hinweise

Alle Renten werden monatlich im Voraus gezahlt, und zwar jeweils zum 1. eines Monats.

Nachversicherungsgarantie auf Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente

Sie haben unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Näheres finden Sie in den → BB–NVG, Teil D des Vertragsvorschlages.

Anpassungsrecht

Sie haben das Recht zur planmäßigen Erhöhung von Prämie und Leistung nach Maßgabe der beigefügten → BB–DYN.

Voraussetzung für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ist, dass sich der Bedarf der versicherten Person entsprechend erhöht hat. Diese Voraussetzung können wir überprüfen. Überprüfen wir das Bestehen des Bedarfs und liegt ein solcher nicht vor, unterbleiben weitere Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem → Paragraphen „In welchen Fällen ist die Erhöhung abhängig vom Bestehen eines Bedarfs?" der BB-DYN.

Details zum Anpassungsrecht

Dynamikform	Anpassungsmodus P(3,00 %)

Die Prämie für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich laufend um 3,00 % der Vorjahresprämie.

Den Beginn der Dynamik sowie den letzten Termin der Erhöhung entnehmen Sie bitte → B. I. 14.

7. Gesamtprämie

monatliche Prämie ab

01.10.2021	EUR	174,28

Für diese Versicherung werden bereits unmittelbar vom Versicherungsbeginn an Gewinnanteile gutgeschrieben. Dadurch ermäßigt sich die zu entrichtende monatliche Prämie im ersten Versicherungsjahr auf 130,71 EUR. Die Höhe des Gewinnanteils bleibt bis zu einer Neufestsetzung der Überschussanteilsätze unverändert. Bitte beachten Sie die Hinweise zur nicht garantierten Überschussbeteiligung in → B. II. 3.

Künftige Prämienerhöhungen auf Grund des Ihnen eingeräumten Anpassungsrechts sind nicht berücksichtigt.

Zusammensetzung Ihrer Zahlprämie zum 01.10.2021

Berufsunfähigkeits-Versicherung	EUR	174,28
Gesamtprämie nach Abzug des Anrechnungsbetrags aus der Überschussbeteiligung	EUR	130,71

Bei der Kalkulation Ihrer Versicherung wird unter anderem die maßgebliche Prämiensumme als Bezugsgröße verwendet. Sie beträgt 80.677,60 EUR.

Bei der Verwendung der eingezahlten Prämien berücksichtigen wir ethische, soziale und ökologische Belange sowie Belange der Unternehmensführung in angemessenem Maß. Wir achten bei der Anlage unter Wahrung angemessener Mischung und Streuung auf möglichst große Sicherheit und Rentabilität bei jederzeitiger Liquidität.

Prämien- und Leistungsänderung

Unter bestimmten Voraussetzungen haben wir nach § 163 VVG das Recht, bei einer nicht nur als vorübergehend abzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Prämie, diese entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festzusetzen. Voraussetzung ist, dass die Änderung angemessen ist und als erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die sonstigen Voraussetzungen für die Änderung überprüft und bestätigt hat.

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

Sie können verlangen, dass an Stelle einer Erhöhung der Prämie die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird. Bei einer prämienfrei gestellten Versicherung sind wir unter den oben genannten Voraussetzungen zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt. Die Änderung von Prämie bzw. Versicherungsleistung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung folgt.

8. Kosten, die von Dritten in Rechnung gestellt werden

Zusätzliche Kosten, Steuern oder Gebühren, die nicht von uns abgeführt oder in Rechnung gestellt werden, fallen für Sie nicht an.

9. Einzelheiten zur Prämienzahlung

Prämienzahlweise	monatlich

Beginn der Prämienzahlung	01.10.2021
Fälligkeit der Prämien	zum 01. eines Monats
Ende der Prämienzahlung	nach 40 Jahren

Im Todesfall sind die Prämien bis zum Ende der laufenden Zahlungsperiode zu entrichten.

10. Befristung der Gültigkeit der Informationen und des Angebotes

An diesen Vertragsvorschlag und die darin enthaltenen Angaben und Informationen halten wir uns 5 Wochen ab Erstellung des Vertragsvorschlages gebunden. Das Datum der Erstellung finden Sie entweder hochkant gedruckt an der Seite Ihres Vertragsvorschlages oder in dessen Begleitschreiben.

Unser Recht, diesen Vertragsvorschlag oder einzelne Angaben darin nach allgemeinen Vorschriften anzufechten, insbesondere wegen Irrtums nach § 119 des Bürgerlichen Gesetzbuches, bleibt unberührt.

11. Anlagerisiken

Die an dieser Stelle beschriebenen Regelungen betreffen nur fondsgebundene Versicherungen und sind daher für Ihren Vertragsvorschlag ohne Bedeutung.

12. Zustandekommen des Vertrages / Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt durch Angebot und Annahme zustande. Wann Sie Ihre Erklärung zum Abschluss des Vertrages abgeben, hängt davon ab, wie der Vertrag abgeschlossen wird:

- Sofern Sie nach Erhalt dieses Vertragsvorschlages ein Antragsformular ausfüllen und uns zusenden, geben Sie das Vertragsangebot ab. Wir erklären die Annahme dieses Angebotes durch Übersendung des Versicherungsscheins. Mit dessen Zugang bei Ihnen ist der Vertrag geschlossen.

- Sofern Sie eine Anfrage zur Abgabe eines Angebotes an uns richten, übermitteln wir Ihnen das Vertragsangebot durch Übersendung eines Vertragsvorschlages, der sämtliche erforderlichen Unterlagen und Informationen enthält. In diesem Fall erklären Sie die Annahme durch Zusendung eines von uns bereitgestellten Annahmeformulars. Mit dessen Zugang bei uns ist der Vertrag geschlossen.

Auf eine Frist, während der Sie an Ihre jeweilige Vertragserklärung gebunden sind, verzichten wir.

Sofern Sie Ihre Vertragserklärung nicht widerrufen und die erste oder einmalige Prämie gezahlt haben, besteht mit Abschluss des Versicherungsvertrages Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

Ein vorläufiger Versicherungsschutz bleibt einer gesonderten Vereinbarung vorbehalten.

13. Widerrufsrecht

Widerrufsbelehrung

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, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
HDI Lebensversicherung AG, Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:
0221 144-3833

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail Anschrift zu richten:
leben.service@hdi.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang Ihres Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 5,81 EUR pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende

der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

14. Laufzeit, Mindestlaufzeit

Hauptversicherung: Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Leistungen wegen Krankschreibung

Prämienbefreiung und Rente bei Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung

Ende des Versicherungsschutzes	01.10.2061, 0 Uhr
Ende der Leistung	spätestens am 01.10.2061, 0 Uhr

Die Leistungen wegen Krankschreibung zahlen wir maximal für einen Zeitraum von insgesamt 36 Monaten.

Anpassungsrecht

Erstmaliger Erhöhungstermin	01.10.2022
Letztmaliger Erhöhungstermin	01.10.2054

15. Beendigung, Kündigung

a) Beendigung durch Kündigung

Sie können Ihre Versicherung

- jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode
- sowie innerhalb der Versicherungsperiode mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Schluss der ersten Versicherungsperiode

in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Sofern der Versicherungsfall gemäß → Paragraph „Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?“ im Abschnitt „Leistungsbeschreibung“ der AVB bzw. gemäß Paragraph „Was ist versichert?“ der BB-KS eingetreten ist, ist eine Kündigung ausgeschlossen.

Weitere Informationen zum Kündigungsrecht finden Sie im → Paragraphen „Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?“ im Abschnitt „Vorzeitige Beendigung“ der AVB.

Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, stellen wir diese prämienfrei. Bei dieser Versicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung, bei der prinzipiell die in jedem Jahr zu entrichtenden Prämien zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten voll verbraucht werden. Daher steht eine prämienfreie Versicherungsleistung in der Regel nicht zur Verfügung und die Versicherung erlischt.

Sofern dennoch nicht verbrauchte Prämienteile zur Verfügung stehen, berechnen wir eine prämienfreie Versicherungsleistung unter Berücksichtigung eines Stornoabschlags.

Der Stornoabschlag wird zum Ausgleich für die mit Ihrer vorzeitigen Kündigung verbundenen Nachteile für uns und das verbleibende Versichertenkollektiv erhoben. Einzelheiten hierzu finden Sie im → Paragraphen „Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?“ im Abschnitt „Vorzeitige Beendigung“ der Versicherungsbedingungen.

Die Höhe des Stornoabschlags können Sie der Tabelle in → B. II. 4. entnehmen.

b) Beendigung bei nicht möglicher Prämienfreistellung

Kann im Falle einer Prämienfreistellung die vereinbarte Mindestversicherungsleistung nicht erreicht werden, so erlischt die Versicherung. Sie haben weder Anspruch auf Auszahlung eines Rückkaufswertes noch auf die Rückzahlung der Prämien. Die Mindestversicherungsleistungen können Sie dem Abschnitt → B. II. 4. entnehmen.

c) Rücktritt / Anfechtung

Neben den vorgenannten Fällen endet der Versicherungsvertrag vorzeitig, sofern wir von unserem Recht Gebrauch machen, wegen Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht vom Vertrag zurückzutreten oder den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten; über die jeweiligen Rechtsfolgen werden wir Sie in dem Rücktritts- oder Anfechtungsschreiben informieren. Nähere Angaben zu Ihrer Anzeigepflicht finden Sie in der → "Gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung", welche Sie auf der Rückseite Ihres Antrages bzw. Ihrer unverbindlichen Anfrage auf einen Vertragsvorschlag finden.

Auf die Ausübung unserer dort beschriebenen Rechte auf Kündigung oder Vertragsanpassung verzichten wir, wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht unverschuldet verletzt haben.

Darüber hinaus endet der Vertrag, sofern Sie oder wir die jeweilige Vertragserklärung wirksam wegen Irrtums angefochten haben.

16. Anwendbares Recht / Vertragssprache / Beschwerdemöglichkeiten

Auf Ihren Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Die Vertragssprache ist deutsch.

Angaben zu Möglichkeiten einer Beschwerde im außergerichtlichen Verfahren und bei der Aufsichtsbehörde finden Sie unter → Teil C. I. dieses Vertragsvorschlages.

II. Besondere Informationen

1. In die Prämie einkalkulierte Kosten

Ihr Berater hat sich im Vorfeld zu diesem Vertrag mit Ihrer persönlichen Situation im Detail auseinander gesetzt, um gemeinsam mit Ihnen eine auf Sie zugeschnittene Versorgung auszuwählen und ein entsprechendes Angebot auszuarbeiten. Einen ausführlichen Überblick zu den versicherten Leistungen finden Sie in → B. I. 6. In Verbindung mit Ihrem Versicherungsvertrag entstehen einmalige und laufende Kosten. Die einmaligen Kosten umfassen z. B. Abschlusskosten und Aufwendungen für die Aufnahme des Versicherungsvertrages in den Versicherungsbestand. Als laufende, während der Vertragslaufzeit entstehende Kosten fallen Verwaltungskosten, z. B. für die laufende Bearbeitung Ihres Versicherungsvertrages, die technische Bestandsführung und weitere Dienstleistungen wie z. B. die jährliche Mitteilung an.

Diese Kosten werden Ihnen nicht gesondert in Rechnung gestellt, sondern sind bereits in der Kalkulation von Prämie und Leistungen berücksichtigt.

Bitte beachten Sie zu den in die Prämie einkalkulierten Kosten auch den → Paragraphen „Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?“ im Abschnitt „Prämienzahlung“ der Versicherungsbedingungen.

Bei Abschluss Ihres Vertrages fallen insgesamt **einmalige Abschlusskosten** in Höhe von 2,50 % der maßgeblichen Prämiensumme gemäß → B. I. 7. an, dies entspricht **2.016,94 EUR**. Aus Ihren ersten Prämien wird ein Anteil zur Tilgung dieser einmaligen Kosten herangezogen. Die Tilgung erfolgt über einen Zeitraum von 5 Jahren durch gleich hohe monatliche Beträge von 33,62 EUR.

Die übrigen ab Vertragsbeginn laufend einkalkulierten Kosten sind **Verwaltungskosten**. Sie betragen bis zum 01.10.2061 **jährlich 283,67 EUR**. Dies entspricht einem Anteil von 13,57 % Ihrer pro Jahr zu zahlenden Prämie von 2.091,36 EUR.

Bei den vereinbarten Leistungen sind Kosten in Höhe von derzeit 3,00 % der Rente inkl. garantierter Rentensteigerung und Überschussbeteiligung einkalkuliert.

Bei jeder Erhöhung Ihrer laufenden Prämie erhöhen sich selbstverständlich auch Ihre Leistungen wie vertraglich vereinbart; zum Termin der erhöhten Prämienzahlung fallen daher auch anteilige einmalige Abschlusskosten an. Die Abschlusskosten betragen für jede Erhöhung höchstens 2,50 % der Summe der für diese Erhöhung anfallenden Erhöhungsprämien ohne Berücksichtigung des Anrechnungsbetrags aus der Überschussbeteiligung gemäß → B. I. 7. Die Tilgung erfolgt über einen Zeitraum von 5 Jahren, jedoch höchstens bis zum Ablauf der Prämienzahlung, durch gleich hohe monatliche Beträge. Durch jede Erhöhung Ihrer laufenden Prämie steigen auch die Verwaltungskosten an.

Die tatsächlichen Kosten einer Erhöhung werden Ihnen jeweils gesondert mitgeteilt.

Im Falle einer Prämienfreistellung ändert sich die Höhe der während der verbleibenden Vertragslaufzeit anfallenden Kosten, die wir Ihnen dann mitteilen werden.

Bei der Bestimmung der Leistungen aus der Überschussbeteiligung werden Kosten berücksichtigt, die Sie dem → Abschnitt „Überschussbeteiligung“ der AVB entnehmen können.

2. Kosten aus von Ihnen veranlassten Gründen

Weitere Kosten können aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen entstehen, wie z. B. durch Rückläufer im Lastschriftverfahren (hier verlangen wir Kosten in Höhe von 5 EUR zzgl. der angefallenen Kosten, die uns von dritter Seite in Rechnung gestellt werden) oder bei Nichtzahlung einer Folgeprämie (hier erhalten Sie eine Mahnung, für die wir die Mahngebühr von 5 EUR erheben). Die Höhe dieser Gebühren kann sich während der Vertragslaufzeit ändern. Da diese Kosten naturgemäß nicht in der Kalkulation berücksichtigt sind, werden sie Ihnen gesondert in Rechnung gestellt. Einzelheiten und eine vollständige Übersicht der jeweils aktuellen Kostensätze können Sie der → „Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand“, dem Paragraphen „Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?“ im Abschnitt „Prämienzahlung“ sowie weiteren Paragraphen der Abschnitte „Leistungsauszahlung“ und „Prämienzahlung“ der AVB entnehmen.

3. Überschussermittlung und -beteiligung

Bei der Prämienkalkulation und bei der Berechnung der Versicherungsleistungen haben wir vorsichtige Annahmen über die künftige Entwicklung des Risikoverlaufs, der Kosten und die Entwicklung der Kapitalerträge (Zinsen) getroffen, damit wir jederzeit die garantierten Leistungen erbringen können. Aus dem Unterschied zwischen den tatsächlichen und in der Kalkulation von Prämie und Leistungen angenommenen Aufwendungen bzw. Nettoerträgen entstehen Überschüsse.

Diese Überschüsse ermitteln wir von Jahr zu Jahr; daher können sich die jeweiligen Überschussanteile auch ändern und sind für die Zukunft nicht garantiert.

An diesen Überschüssen werden Sie gemäß den vertraglichen Vereinbarungen in Form von laufenden Gewinnanteilen beteiligt.

Näheres zur Gewinnentstehung und –verwendung entnehmen Sie bitte dem → Abschnitt „Überschussbeteiligung“ der AVB.

Die technische Prämiensumme als Bezugsgröße für die Ermittlung der Gewinnanteile beträgt 80.677,60 EUR.

4. Rückkaufswerte und prämienfreie Leistungen

Sie erhalten keinen Rückkaufswert. Nachfolgend zeigen wir Ihnen die prämienfreien Leistungen sowie die berücksichtigten Stornoabschläge.

Der Stornoabschlag wird zum Ausgleich für die mit Ihrer vorzeitigen Kündigung verbundenen Nachteile für uns und das verbleibende Versichertenkollektiv erhoben. Einzelheiten hierzu finden Sie im → Paragraphen „Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?" im Abschnitt „Vorzeitige Beendigung" der Versicherungsbedingungen.

Leistungserhöhungen sowie Erhöhungen des Stornoabschlages auf Grund des Ihnen eingeräumten Anpassungsrechts sind nicht eingerechnet.

Eventuelle zukünftige Änderungen Ihres Vertrages (z. B. der Prämie oder Versicherungsleistung) können wir naturgemäß nicht berücksichtigen.

Einzelheiten zu Prämienfreistellung, Kündigung, Stornoabschlag und Mindestversicherungsleistungen finden Sie im → Paragraphen „Wann können Sie Ihre Versicherung prämienfrei stellen?" im Abschnitt „Prämienzahlung" und im → Paragraphen „Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?" im Abschnitt „Vorzeitige Beendigung" der Versicherungsbedingungen.

a) Leistungen bei Kündigung

Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, stellen wir diese prämienfrei. Werden die Mindestversicherungsleistungen nach Prämienfreistellung nicht erreicht, erlischt die Versicherung. Sie erhalten keinen Rückkaufswert.

b) Leistungen bei vollständiger Prämienfreistellung

Bitte beachten Sie:

- Eine Prämienfreistellung ist nur möglich, falls die folgenden Mindestbeträge erreicht werden:

- Mindestbetrag für die versicherte monatliche Berufsunfähigkeitsrente	EUR	25

Vorgesehene Mindestbeträge sind in den Tabellenwerten nicht berücksichtigt.

Prämienfreistellung zum Ende des Versicherungsmonats	Garantierte prämienfreie monatliche Rente bei Berufsunfähigkeit EUR	Bei der Bestimmung der prämienfreien Rente bei Berufsunfähigkeit berücksichtigter Stornoabschlag EUR
09.2022	3,39	574
09.2023	6,83	1.133
09.2024	10,34	1.679
09.2025	13,93	2.212
09.2026	17,59	2.730
09.2027	26,28	3.537
09.2028	35,10	4.330
09.2029	44,11	5.112
09.2030	53,31	5.880
09.2031	62,43	6.616
09.2032	71,45	7.317
09.2033	80,42	7.984
09.2034	89,37	8.617
09.2035	98,28	9.214
09.2036	107,09	9.767
09.2037	115,67	10.266
09.2038	124,01	10.707
09.2039	132,15	11.091
09.2040	140,16	11.420
09.2041	148,01	11.689

Prämienfreistellung zum Ende des Versicherungsmonats	Garantierte prämienfreie monatliche Rente bei Berufsunfähigkeit EUR	Bei der Bestimmung der prämienfreien Rente bei Berufsunfähigkeit berücksichtigter Stornoabschlag EUR
09.2042	155,56	11.885
09.2043	162,58	11.993
09.2044	168,75	11.990
09.2045	173,74	11.857
09.2046	177,17	11.574
09.2047	178,60	11.129
09.2048	177,63	10.515
09.2049	173,77	9.737
09.2050	166,45	8.803
09.2051	154,37	7.714
09.2052	136,25	6.497
09.2053	110,36	5.193
09.2054	74,23	3.859
09.2055	24,20	2.562
09.2056	0,00	1.324
09.2057	0,00	240
09.2058	0,00	0
09.2059	0,00	0
09.2060	0,00	0

5. Garantie der Rückkaufswerte und prämienfreien Leistungen

Die in B. II. 4. angegebenen prämienfreien Leistungen sind garantiert.

6. Fondsanlage

Die an dieser Stelle beschriebenen Regelungen betreffen nur fondsgebundene Versicherungen und sind daher für Ihren Vertragsvorschlag ohne Bedeutung.

7. Geltende Steuerregelungen

Dieser Versicherungsvertrag unterliegt den steuerlichen Regelungen der privaten kapitalgedeckten Altersversorgung.

Allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltenden Steuerregelungen entnehmen Sie bitte → Teil C. III. dieses Vertragsvorschlages.

C. I. Beschwerdestellen

(LV_BS_CI_CII_D.1701)

Beschwerdemanagement / Außergerichtliche Beschwerdestellen

Die Zufriedenheit unserer Kunden ist für uns sehr wichtig. Sollten Sie mit unseren Leistungen oder dem Service unzufrieden oder mit einer Entscheidung unserer Gesellschaft nicht einverstanden sein, wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Beschwerdemanagement Leben" der HDI Lebensversicherung AG in 50580 Köln. Dies gibt uns die Möglichkeit, für Sie eine Lösung zu finden und unseren Service zukünftig zu verbessern.

Sie können sich alternativ bei Meinungsverschiedenheiten, Beanstandungen oder Beschwerden außergerichtlich an folgende Stellen wenden:

a) Versicherungsombudsmann e.V.

Wir haben uns zur Teilnahme am Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann e.V. als allgemeine Schlichtungsstelle verpflichtet. Damit können Sie das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Wir unterwerfen uns einer Entscheidung des Ombudsmanns innerhalb der durch den Verein aufgestellten Regeln. Weitere Informationen über dieses Verfahren erhalten Sie von der Geschäftsstelle des Vereins Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin, oder online über http://www.versicherungsombudsmann.de.

b) Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht als Aufsichtsbehörde

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Beschwerde bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungsaufsicht, Postfach 1253, 53002 Bonn oder online über www.bafin.de vorzubringen.

Die Option, unabhängig von den vorab genannten Möglichkeiten den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt bestehen.

C. II. Informationen zu den Anlagemöglichkeiten

Die an dieser Stelle beschriebenen Regelungen betreffen nur fondsgebundene Versicherungen und sind daher für Ihren Vertragsvorschlag ohne Bedeutung.

C. III. Steuerregelungen für diese Versicherungsart

LV_ST_Privat_BV_2101

Steuerliche Förderung für die Berufsunfähigkeitsversicherung in der privaten Altersversorgung

Diese Steuerhinweise geben einen allgemeinen Überblick über die zurzeit geltenden Steuerregelungen. Sie beruhen auf den bis zum 01.05.2019 veröffentlichten Gesetzen und Vorschriften der Finanzverwaltung. Durch eine künftige Gesetzesänderung kann sich die Rechtslage ändern. Wir gewähren keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im Einzelfall kann es zu steuerlichen Besonderheiten kommen. Die Hinweise ersetzen daher keine Steuerberatung. Sie gelten nur für Versicherungsnehmer mit Sitz oder Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

Einkommensteuer

Sonderausgaben

Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie im Rahmen eines Höchstbetrages als Sonderausgaben in Ihrer Steuererklärung berücksichtigen. Dies gilt nicht, wenn Sie den Höchstbetrag bereits durch Ihre Beiträge zur Basisabsicherung der Kranken- und Pflegeversicherung ausgeschöpft haben. Diese Sonderausgaben nach § 10 Absatz 1 Nummer 3a Einkommensteuergesetz (EStG) heißen sonstige Vorsorgeaufwendungen.

Besteuerung der Leistung

Rentenzahlungen

Sie erhalten eine Berufsunfähigkeits-Rente? Diese ist als sonstige Einkünfte mit dem Ertragsanteil nach § 22 Nummer 1 Satz 5 EStG in Verbindung mit Tabelle zu § 55 Absatz 2 Einkommensteuer-Durchführungsverordnung (EStDV) zu versteuern. Der Ertragsanteil hängt von der voraussichtlichen Laufzeit der Rentenzahlung ab.

Sie erhalten Leistungen wegen Krankschreibung? Diese Leistungen sind ebenfalls als sonstige Einkünfte mit dem Ertragsanteil zu versteuern. Da diese Leistungen auf maximal 36 Monate beschränkt sind, beträgt der Ertragsanteil in der Regel 2 %. Liegt die tatsächliche Leistungsdauer zwischen 24 und 36 Monaten, sinkt der Ertragsanteil auf 1 %. Ist die tatsächliche Leistungsdauer kürzer als 24 Monate, sinkt der Ertragsanteil auf 0 %.

Werden wegen rückwirkend anerkannter Berufsunfähigkeit bereits gezahlte Leistungen wegen Krankschreibung mit den Ansprüchen der Berufsunfähigkeits-Rente verrechnet, sind diese Renten steuerlich als Berufsunfähigkeits-Renten zu behandeln.

Erbschaftsteuer

Sie übertragen Ansprüche oder Leistungen aus Ihrem Vertrag auf eine andere Person? Dann zeigen wir dem zuständigen Erbschaftsteuerfinanzamt dies an, da eventuell eine Schenkung vorliegt. Ob Erbschaftsteuer entsteht, ist von den jeweiligen individuellen Verhältnissen abhängig.

Versicherungsteuer

Beiträge zu Ihrem Vertrag sind nach § 4 Nummer 5 Versicherungsteuergesetz steuerfrei.

Umsatzsteuer

Beiträge zu und Leistungen aus Ihrem Vertrag sind umsatzsteuerfrei nach § 4 Nummer 10a Umsatzsteuergesetz.

Meldungen und Bescheinigungen

Wir sind verpflichtet, die für den Empfänger als sonstige Einkünfte steuerpflichtige Leistung zu melden. Die Meldung erfolgt an die Zentrale Stelle für Altersvermögen (Deutsche Rentenversicherung Bund).

Wir zahlen Ihnen eine Leistung zum ersten Mal? Dann bescheinigen wir Ihnen die im abgelaufenen Kalenderjahr zugeflossenen Leistungen. Diese haben Sie in Ihrer Steuererklärung anzugeben. Gleiches gilt, wenn sich die auszuzahlende Leistung ändert.

AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung

(LV_AVB_BV.2101)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Im Text nehmen wir Bezug auf einige Gesetze. Die Abkürzungen bezeichnen im Einzelnen:

BGB: Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

VAG: Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)

VVG: Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG)

Im Bedingungstext verwenden wir die Bezeichnung ERL-BU. Damit sind die Erläuterungen und Hinweise zum Versicherungsschutz und zu den Bedingungen gemeint.

Im Text schreiben wir an diversen Stellen, dass wir z. B. Ihre Willenserklärungen oder Unterlagen in Textform benötigen. Das bedeutet, dass Sie mit uns sowohl in Papierform (z. B. Brief) als auch elektronisch (z. B. E-Mail) kommunizieren können.

Gliederung

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?
§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

II. Leistungsauszahlung

§ 4 Wer erhält die Versicherungsleistung?
§ 5 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?
§ 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
§ 8 Wann erhalten Sie eine Wiedereingliederungshilfe?
§ 9 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?
§ 10 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

III. Überschussbeteiligung

§ 11 Wie sind Sie grundsätzlich an den Überschüssen beteiligt?
§ 12 Welche Besonderheiten gelten vor Leistungsbeginn?
§ 13 Welche Besonderheiten gelten ab Leistungsbeginn?

IV. Prämienzahlung

§ 14 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?
§ 15 Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?
§ 16 Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?
§ 17 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?
§ 18 Wann können Sie Ihre Versicherung prämienfrei stellen?

V. Vorzeitige Beendigung

§ 19 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

VI. Sonstiges

§ 20 Wann können Sie die vereinbarte Dauer Ihrer Versicherung verlängern?
§ 21 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?
§ 22 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?
§ 23 Wo ist der Gerichtsstand?

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung berufsunfähig im Sinne des § 2, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

a) Vollständige Befreiung von der Verpflichtung zur weiteren Prämienzahlung für die gesamte Versicherung, soweit eine solche Verpflichtung bei Beginn des Leistungsanspruchs noch besteht;

b) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente.

Diese Rente zahlen wir jeweils zu den vereinbarten Rentenzahlungsterminen an den Bezugsberechtigten. Wenn der Rentenbeginn nicht mit dem vereinbarten Rentenzahlungstermin zusammenfällt, zahlen wir die erste Rente anteilig bis zum nächsten Rentenzahlungstermin.

Sofern Sie mit uns vereinbart haben, dass sich nach Eintritt der Berufsunfähigkeit die Zahlung der zu diesem Zeitpunkt versicherten Berufsunfähigkeitsrente jährlich um einen fest vereinbarten Prozentsatz erhöht (garantierte Rentensteigerung), erfolgt diese Erhöhung erstmals zum nächsten auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungsstichtag (Beginn eines Versicherungsjahres). In der Kundeninformation nennen wir Ihnen den vereinbarten Prozentsatz der Erhöhung. Tritt nach einem Wegfall der Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen ein, so bleiben bereits erfolgte Erhöhungen aus der vorherigen Leistungspflicht erhalten.

(2) Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente entsteht frühestens an dem Tag, an dem die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist.

(3) Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erst, wenn sämtliche der nachfolgenden Voraussetzungen vorliegen:

a) Die vereinbarte Karenzzeit ist abgelaufen. Karenzzeit ist der in Monaten vereinbarte Zeitraum von dem Tag an, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, bis zum Beginn der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

b) Die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen hat bis zum Ablauf der Karenzzeit ununterbrochen bestanden.

c) Die Berufsunfähigkeit dauert bei Ablauf der Karenzzeit noch an.

Endet die Berufsunfähigkeit bereits vor Ablauf der Karenzzeit, wird keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit fällig. Dies teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit.

(4) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Prämien in voller Höhe weiter entrichten, wir werden jedoch die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Prämien bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Bei einer vereinbarten Karenzzeit besteht auch bei Anerkennung einer Berufsunfähigkeit bis zum Ende der Karenzzeit die Verpflichtung zur Prämienzahlung, so dass eine Prämienerstattung oder eine Prämienstundung für diesen Zeitraum nicht erfolgen kann.

Wenn Sie es in Textform beantragen, werden wir Ihnen die noch zu zahlenden Prämien bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht stunden, ohne hierfür Stundungszinsen zu erheben.

Sollten wir Ihren Leistungsanspruch nicht anerkennen können und sollten Sie hiergegen gerichtlich vorgehen, sind wir auf Antrag in Textform bereit, Ihnen die aus einer etwaigen zinslosen Prämienstundung angewachsenen Prämienrückstände und die weiter fälligen Prämien zu stunden, ohne hierfür Stundungszinsen zu erheben. Die zinslose Stundung gewähren wir bis zur rechtskräftigen Entscheidung über Ihren vermeintlichen Leistungsanspruch.

Die gestundeten Prämien sind zum Ablauf des Stundungszeitraums nachzuzahlen. Auf Wunsch kann vereinbart werden, dass der nachzuzahlende Betrag innerhalb eines Zeitraumes von maximal 12 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten geleistet wird.

Wenn Sie die gestundeten Prämien nach Ablauf des Stundungszeitraums nicht nachzahlen, verrechnen wir sie mit dem Deckungskapital, sofern dies in ausreichender Höhe vorhanden ist. Dadurch verringern sich die versicherten Leistungen.

(5) Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente erlischt, wenn eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt (siehe hierzu auch die Regelungen gemäß § 7 über die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit). Der Anspruch erlischt ferner mit dem Tod der versicherten Person und spätestens bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

(6) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen gilt

a) Berufsunfähigkeit infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall (Absätze 2 bis 6)

b) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit (Absätze 7 bis 11).

Der in diesen Bedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung bzw. der Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein. Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers führt daher nicht automatisch zu einem Leistungsanspruch aus dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung.

(2) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn Art, Schwere und Ausmaß einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate mindestens zu 50 % außer Stande sein wird, ihrem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen.

(3) Hat ein Zustand der in Absatz 2 beschriebenen Art und Auswirkung mindestens sechs Monate ununterbrochen angedauert, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

(4) Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person eine unbefristete Rente der Deutschen Rentenversicherung wegen voller Erwerbsminderung ausschließlich aus medizinischen Gründen erhält.

Dies gilt nur, wenn

- der Vertrag bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens seit 10 Jahren bestand und

- bei Vertragsabschluss kein individueller Leistungsausschluss vereinbart wurde.

Für den Begriff der vollen Erwerbsminderung gilt die Definition gemäß § 43 Absatz 2 Sozialgesetzbuch (SGB) VI in der Fassung vom 20.04.2007.

(5) Bei den folgenden beruflichen Ausprägungen ist zusätzlich Folgendes zu beachten:

a) bei Auszubildenden wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild zu Grunde gelegt;

b) bei Selbständigen ist die berufliche Tätigkeit als "Selbständiger" dadurch geprägt,

- dass diese in ihren unternehmerischen Gestaltungsrechten grundsätzlich keiner Fremdbestimmung unterworfen sind und

- dass ihnen das betriebliche Direktionsrecht zukommt, wonach sie allein darüber bestimmen können, welches betriebliche Arbeitsfeld, in welchem Umfang und für welche Zeit sie durch eigene Arbeit ausfüllen und das ihnen gegenüber ihren Mitarbeitern die Weisungsbefugnis einräumt.

Auf der Grundlage dieser rechtlichen Ausgestaltung der beruflichen Tätigkeit entspricht daher der Beruf "der Leitung des Betriebes unter eigener Mitarbeit an einer von dem Selbständigen bestimmten Stelle."

Wenn Selbständige ihren Arbeitsplatz sowie ihren Tätigkeitsbereich und ggf. ihren Betrieb in zumutbarer Weise umorganisieren können und dadurch keine wesentliche Beeinträchtigung ihrer bisherigen Lebensstellung eintritt, da der Beruf auch dann noch gemäß dieser Bedingungen ausgeübt wird, liegen die Voraussetzungen für eine Berufsunfähigkeit nicht vor. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, von der versicherten Person auf Grund ihres unternehmerischen Freiraumes realisiert werden kann und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert. Weitere Informationen finden Sie im Paragraphen "Welche Bedeutung hat die Umorganisation Ihres Betriebes auf die BU-Feststellung?" der ERL-BU.

Wenn Sie uns nachweisen, dass einer der folgenden Fälle vorliegt, verzichten wir auf eine Prüfung der Umorganisation:

- Die versicherte Person hat in ihrem Betrieb in den letzten zwei Jahren vor Eintritt der Berufsunfähigkeit durchgehend weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Zu den fünf Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelernte Angestellte. Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

- Die versicherte Person hat eine abgeschlossene akademische Ausbildung. Sie hat mindestens zu 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten in ihrer täglichen Arbeitszeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübt.

- Die versicherte Person war zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit in einem der folgenden Kammerberufe tätig: Rechts- oder Patentanwalt, Notar, Wirtschaftsprüfer, vereidigter Buchprüfer, Steuerberater oder Steuerbevollmächtigter. Die versicherte Person hat zu diesem Zeitpunkt weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Zu den fünf Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelernte Angestellte. Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

- Die versicherte Person war zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit als niedergelassener Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt in einer Einzelpraxis oder einer Praxisgemeinschaft beziehungsweise Praxisorganisationsgemeinschaft tätig. Sie beschäftigt keine weiteren approbierten Mitarbeiter.

- Die versicherte Person war zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit als niedergelassener Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt in einer Gemeinschaftspraxis beziehungsweise Berufsausübungsgemeinschaft tätig. Kein weiterer Partner oder angestellter approbierter Mitarbeiter der Gemeinschaftspraxis beziehungsweise Berufsausübungsgemeinschaft ist auf dem Fachgebiet der versicherten Person - auch nicht teilweise - tätig.

Bei Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten gilt unabhängig von der Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter: Wir berufen uns nicht auf eine Umorganisation, wenn und solange Sie uns nachweisen, dass eine konkrete Umorganisation nicht erfolgt ist.

c) bei Schülern orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit an den bei Eintritt der Berufsunfähigkeit als Schüler konkret ausgeübten Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern.

d) bei hauptberuflich tätigen Studenten wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das Mindestanforderungsprofil des Berufes zu Grunde gelegt, der dem angestrebten Studienabschluss entspricht. Können mit dem Studienabschluss verschiedene Berufe ausgeübt werden, erfolgt die Feststellung der Berufsunfähigkeit auf der Basis beruflicher Anforderungen mit hohen geistig-mentalen Ansprüchen und mit überwiegend an einem festen Arbeitsplatz auszuübenden geringen bis leichten körperlichen Tätigkeiten.

e) bei Hausfrauen/-männern orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit allein an den von ihr/ihm bei Eintritt der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann in ihrem/seinem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern. Voraussetzung für die Zugrundelegung dieses Berufsbildes ist, dass der Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann ohne anderweitige Berufsausübung abgeschlossen wurde und dieser Status bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit ununterbrochen vorgelegen hat. Hat die Hausfrau/der Hausmann nach Abschluss der Versicherung eine anderweitige Berufstätigkeit ausgeübt oder übt sie/er eine solche noch bei Eintritt der Berufsunfähigkeit aus, so erfolgt die Prüfung der Berufsunfähigkeit auf Basis dieses Berufes.

(6) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen einer nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben eingetretenen Berufsunfähigkeit beantragt, so ist für die Frage, ob eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Absätze 2 bis 5 vorliegt, der beim Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Beruf mit dessen Lebensstellung maßgebend.

(7) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Art, Schwere und Ausmaß einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate im Umfange von mindestens einem Pflegepunkt nach den Absätzen 9 bis 11 pflegebedürftig sein wird.

(8) Hat ein Zustand der in Absatz 7 beschriebenen Art und Auswirkung mindestens sechs Monate ununterbrochen angedauert, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit.

(9) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, so hilflos ist, dass sie für die in der folgenden Punktetabelle genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf und diese Hilfe auch täglich erfolgt.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalles ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

a) 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.

b) 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.

c) 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.

d) 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.

e) Waschen, Kämmen oder Rasieren: 1 Punkt

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

f) 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.

(10) Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punktetabelle gemäß Absatz 9 ist mehr als ein Pflegepunkt erreicht, wenn die versicherte Person

a) wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf oder

b) wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann (Bewahrung) oder

c) dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

(11) Bei der Bewertung der Pflegebedürftigkeit führen vorübergehende akute Erkrankungen 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 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht und wo er eintritt. Bei folgenden Ursachen gilt jedoch ein Ausschluss der Leistungspflicht. Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu führen.

(2) Wir leisten nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes im Ausland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war (z. B. im Rahmen von humanitären Hilfeleistungen, wie beispielsweise Ärzte ohne Grenzen);

b) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen. Er gilt ebenfalls nicht bei allen Delikten im Straßenverkehr;

d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung, es sei denn, dass uns der Anspruchserhebende nachweist, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;

e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;

f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.

II. Leistungsauszahlung

§ 4 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Nach dem Tod der versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

(2) Sie können die Einräumung und den Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag verlangen, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind. Solche Erklärungen sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) vorgenommen haben.

(3) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

(4) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf das von ihm angegebene Konto auf seine Kosten und Gefahr.

§ 5 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

(1) Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt, können wir von dem Anspruchserhebenden verlangen, dass er uns jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), dass er uns alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht zu ermöglichen (Aufklärungsobliegenheit), und dass er die Auskünfte nach § 22 erteilt. Darüber hinaus ist uns von dem Anspruchserhebenden die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 nachzuweisen. Hierfür sind uns folgende Unterlagen einzureichen:

a) bei einer Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 2 bis 6:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit und

- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Grad der Beeinträchtigung, dem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf nachgehen zu können, und

- Unterlagen über die von der versicherten Person durch Ausbildung und Erfahrung erworbenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse, über ihren Beruf, ihre Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen, und

- sofern die versicherte Person selbständig ist, Nachweise über die Betriebsstruktur vor Eintritt der Berufsunfähigkeit und zum Zeitpunkt des Eintritts sowie über die nach Eintritt der Berufsunfähigkeit eingetretenen Veränderungen der betrieblichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und der Mitarbeitersituation des Betriebes.

b) bei einer Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absätze 7 bis 11:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit und

- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Umfang der Pflegebedürftigkeit und

- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Beginn, Art, Umfang und Dauer der bisherigen bzw. zu erwartenden künftigen Pflege.

Die einzureichenden Unterlagen gemäß Absatz 1 a) bzw. 1 b) erkennen wir nur an, wenn sie in deutscher Sprache verfasst sind oder in amtlich beglaubigter Übersetzung vorliegen.

Die entstehenden Kosten für die Nachweise gemäß Absatz 1 a) bzw. 1 b) hat der Anspruchserhebende zu tragen.

(2) Darüber hinaus können wir zur Beurteilung unserer Leistungspflicht auf unsere Kosten weitere Auskünfte und Aufklärungen sowie Nachweise verlangen über

a) die beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person und über die eingetretenen Veränderungen sowie

b) Beginn, Ursache, Art, Umfang und Verlauf der zur Berufsunfähigkeit bzw. zur Pflegebedürftigkeit führenden Gesundheitsstörungen und

c) die gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Person vor Abgabe der Erklärung über ihre Gesundheitsverhältnisse oder etwaiger Nacherklärungen vor Abschluss des Vertrages.

Hierzu sind auf unser Verlangen Auskünfte und Unterlagen von Ärzten, Zahnärzten, sonstigen Behandlern (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseure oder Krankengymnasten), Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden beizubringen.

(3) Wir können außerdem zur Beurteilung unserer Leistungspflicht auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

Hierfür können wir von der versicherten Person verlangen, dass sie sich in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft untersuchen lässt. Wenn die versicherte Person für die geforderte Untersuchung aus dem Ausland nach Deutschland reisen muss, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und - falls erforderlich - Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn die vor Ort angewendeten Untersuchungsverfahren und -methoden den Grundlagen und Leitlinien zur Beurteilung der sozialmedizinischen Leistungsfähigkeit der deutschen Rentenversicherung entsprechen.

(4) Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus eine Besserung Ihres Gesundheitszustandes bzw. die Minderung der Berufsunfähigkeit nach BU-Eintritt anzuzeigen. Sie sind zudem nicht verpflichtet, den Eintritt der Berufsunfähigkeit unverzüglich anzuzeigen.

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

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen und Untersuchungsergebnisse erklären wir innerhalb von zehn Arbeitstagen, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während der Prüfung werden wir Sie mindestens alle vier Wochen über den Sachstand informieren.

(2) Wir verzichten auf das Recht nach § 173 Absatz 2 VVG, ein einmalig befristetes Anerkenntnis auszusprechen.

(3) Auf Ihren Antrag hin werden wir jedoch ein einmalig auf 15 Monate befristetes Anerkenntnis aussprechen, sofern bei der versicherten Person eine Krebserkrankung gemäß Absatz 4 vorliegt.

Voraussetzung für die befristete Anerkennung ist, dass der Vertrag zum Zeitpunkt der ersten Diagnose mindestens seit sechs Monaten prämienpflichtig bestand.

Wird der Antrag später als sechs Monate nach Erstdiagnose gestellt, besteht kein Anspruch auf ein befristetes Anerkenntnis. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die verspätete Meldung nicht verschuldet worden ist.

Bis zum Ablauf der Frist sind wir an dieses Anerkenntnis gebunden. Dies bedeutet, dass unsere Leistungen nicht enden, wenn sich die Gesundheit der versicherten Person vor Ablauf der 15 Monate verbessern sollte.

Im Anschluss an unsere Erklärung zum befristeten Anerkenntnis führen wir die Leistungsprüfung fort. Spätestens zum Ende des auf 15 Monate befristeten Anerkenntnisses geben wir gemäß Absatz 1 endgültig eine Erklärung ab, ob wir die Leistungspflicht unbefristet anerkennen.

Unabhängig davon erkennen wir unsere Leistungspflicht unbefristet an, wenn dies nach Aktenlage sachlich geboten ist.

(4) Eine Krebserkrankung im Sinne von Absatz 3 liegt vor, wenn die versicherte Person

- eine Chemotherapie oder eine Strahlentherapie begonnen hat oder diese unmittelbar bevorsteht und mindestens ein Tochtergeschwulst, entstanden durch die Absiedlung bösartiger Tumorzellen aus dem Ursprungs-Tumor (Metastase), beispielsweise in Lymphknoten, Knochen oder Lunge, festgestellt wurde oder

- sich wegen der Schwere der Erkrankung in einer palliativen Therapie befindet.

Den Nachweis müssen Sie durch Vorlage eines onkologischen Facharztberichtes führen. Dieser Bericht muss den Zeitpunkt der Erstdiagnose, Art und Ausbreitung der Krebserkrankung mit Angabe des Krankheitsstadiums sowie den Behandlungs- bzw. Therapieplan enthalten.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Eintritt unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 bzw. den Wegfall der Leistungspflicht nach § 1 Absatz 5 nachzuprüfen; insbesondere können wir auch einen Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

Wir können auch prüfen, ob die versicherte Person nach dem Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit neue berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse (z. B. durch Umschulung) erworben hat. In diesem Fall liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen zutreffen:

a) Die versicherte Person übt auf der Basis dieser neu erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse auch tatsächlich eine neue berufliche Tätigkeit aus.

b) Die versicherte Person kann auf Grund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse diese Tätigkeit ausüben.

c) Diese ausgeübte berufliche Tätigkeit entspricht der Lebensstellung der versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht. In wirtschaftlicher Hinsicht ist das dann der Fall, wenn die Vergütung für die neue berufliche Tätigkeit nicht spürbar unter dem Niveau der Vergütung für die berufliche Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit liegt. Bei diesem Vergleich entsprechen sich beide Lebensstellungen noch, wenn der Beruf zu einer Einkommensminderung von weniger als 20 % des Einkommens aus Erwerbstätigkeit (vor Abzug von Steuern) führt. Sollte die künftige Rechtsprechung geringere Zumutbarkeitsgrenzen festlegen, würden diese Grenzen zu beachten sein. Im begründeten Einzelfall kann eine geringere Zumutbarkeitsgrenze berücksichtigt werden.

Liegen die vorgenannten Voraussetzungen vor, ist es unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem Beruf, zu dem unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt wurde, fortdauern würde.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte im Sinne des § 5 und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Regelungen des § 5 Absätze 2 bis 3 gelten entsprechend.

(3) Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, so werden wir unsere Leistungen einstellen. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit; sie wird nicht vor Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Prämienzahlung - in gleicher Höhe wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit - wieder aufgenommen werden.

(4) Bei Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit beschränken wir unsere Nachprüfungen auf einen Nachweis, dass die versicherte Person noch lebt.

(5) Sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bei Anspruchserhebung oder bei unserer Erklärung gemäß § 6 bereits nicht mehr besteht, gilt die in Absatz 3 genannte Frist für die Einstellung der Leistungen nicht. In diesem Fall bestehen Ansprüche längstens für den Zeitraum vom Eintritt bis zum Wegfall der Berufsunfähigkeit.

§ 8 Wann erhalten Sie eine Wiedereingliederungshilfe?

(1) Wenn unsere Leistungspflicht im Rahmen der Nachprüfung endet, weil die versicherte Person aufgrund neu erworbener Fähigkeiten und Kenntnisse wieder eine Tätigkeit gemäß § 7 konkret ausübt, zahlen wir zum Ende der Leistungspflicht als besondere Wiedereingliederungshilfe einen einmaligen Betrag in Höhe von sechs Monatsrenten, insgesamt aber höchstens 12.000 EUR. Eine Monatsrente entspricht dabei der zuletzt vor Leistungseinstellung gezahlten Monatsrente.

(2) Voraussetzung für die Zahlung der Wiedereingliederungshilfe ist, dass bei Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe die verbleibende Leistungsdauer für die Rente noch mindestens zwölf Monate beträgt.

(3) Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer dieser Versicherung mehrmals geleistet werden.

(4) Wenn unsere Leistungspflicht durch eine medizinische oder berufliche Rehabilitationsmaßnahme endet, so beteiligen wir uns an den Kosten der Rehabilitationsmaßnahme bis zu einer Höhe von drei Monatsrenten, höchstens jedoch 3.000 EUR, soweit die Kosten nicht von Dritten übernommen werden. Diese Leistung kann während der Dauer der Versicherung nur einmal in Anspruch genommen werden. Den Nachweis, dass die Kosten nicht von einem Dritten übernommen wurden, haben Sie als Versicherungsnehmer zu erbringen.

§ 9 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

(1) Solange eine Obliegenheit nach § 5 oder § 7 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder arglistig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(2) Die Ansprüche auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bleiben abweichend von Absatz 1 insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist; dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

(3) Wenn die Obliegenheit später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet, jedoch frühestens nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit.

§ 10 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheines können wir als berechtigt ansehen, Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Empfang zu nehmen.

(2) Wir können verlangen, dass der Inhaber des Versicherungsscheines seine Berechtigung nachweist. In den Fällen des § 4 Absatz 2 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten oder dessen Zustimmung in Textform vorliegt.

III. Überschussbeteiligung

§ 11 Wie sind Sie grundsätzlich an den Überschüssen beteiligt?

(1) Die garantierten Versicherungsleistungen können sich um Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhöhen. An den entstehenden Überschüssen und an den Bewertungsreserven werden wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG nach folgenden Grundsätzen und Maßstäben beteiligen.

(2) Bei der Prämienkalkulation und bei der Berechnung der Rentenhöhe müssen wir vorsichtige Annahmen über die künftige Entwicklung der Kapitalanlagen (Zinsen), des Risikoverlaufs und der Kosten zugrunde legen, damit wir jederzeit die garantierten Leistungen erbringen können. Aus dem Unterschied zwischen den tatsächlichen und den bei der Prämienkalkulation bzw. Berechnung der Rentenhöhe angenommenen

a) Aufwendungen für Versicherungsfälle (Risikoergebnis),

b) Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb (Kostenergebnis) und

c) Nettoerträgen der Kapitalanlagen (Zinsergebnis)

können Überschüsse entstehen. Allerdings ist nicht ausgeschlossen, dass die einzelnen Ergebnisse auch negativ (Verlust) sein können.

Ob und in welcher Höhe Überschüsse entstehen, hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also von uns nicht garantiert werden.

(3) 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 bei unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

An den sich daraus ergebenden Überschüssen werden die Versicherungsnehmer auf der Grundlage der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) angemessen beteiligt.

(4) Die verschiedenen Versicherungsarten (wie z. B. Risiko-, Renten-, Kapitalversicherungen) tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gewinnverbänden zusammengefasst. Gewinnverbände bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gewinnverbände (ggf. kön-

nen auch mehrere zusammengefasst werden) 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 so genannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf abzuschwächen. Die Verwendung der der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge richtet sich nach der jeweils gültigen gesetzlichen Regelung. Gemäß § 140 Absatz 1 VAG darf diese Rückstellung grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden; mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde ist auch eine anderweitige Verwendung (derzeit z. B. zur Abwendung eines drohenden Notstandes im Interesse der Versicherungsnehmer, oder zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste auf Grund von allgemeinen Änderungen der Verhältnisse, oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung, sofern die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen) möglich.

(5) Die Versicherungsnehmer werden bei Rentenbeginn sowie während eines Rentenbezugs an den Bewertungsreserven, die nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, gemäß § 153 VVG beteiligt.

(6) Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen.

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert unserer Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem diese Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind.

(7) Die Prämien Ihrer Versicherung sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle und Kosten benötigt werden. Für die Bildung weiterer Kapitalerträge stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven.

(8) Die Höhe der Bewertungsreserven wird zu monatlichen Stichtagen ermittelt, die für jeweils ein Kalenderjahr im Voraus festgelegt werden.

Die Höhe der Bewertungsreserven zum Bilanzstichtag sowie die maßgeblichen Stichtage für die Ermittlung der Bewertungsreserven werden im Geschäftsbericht veröffentlicht, den Sie jederzeit bei uns anfordern können.

(9) Während des Rentenbezugs erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven entsprechend der Regelungen, die vertraglich für die Verwendung der Überschüsse vereinbart wurden.

(10) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Gewinnverbands, der in Ihrem Versicherungsschein genannt ist (Gewinnanteile). Die Mittel für die Gewinnanteile werden bei der Direktgutschrift aus dem Ergebnis des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Gewinnanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Gewinnanteilsätze in unserem Geschäftsbericht.

Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

(11) Die Gewinnanteile ergeben sich aus der Multiplikation von Gewinnanteilsätzen mit bestimmten Bezugsgrößen.

Weitere Erläuterungen zu den einzelnen Gewinnanteilen, den Bezugsgrößen und zur Verwendung der Gewinnanteile vor und ab Leistungsbeginn enthalten die beiden nachfolgenden Paragraphen.

Soweit die Gewinnanteile zur Leistungserhöhung aus der Überschussbeteiligung verwendet werden, sind hierfür die bei Zuteilung für Ihren Vertrag geltenden Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen maßgeblich. Zu den Kalkulationsgrundlagen gehören unsere Annahmen über Kapitalerträge (Rechnungszins), Risikoverlauf und Kosten.

§ 12 Welche Besonderheiten gelten vor Leistungsbeginn?

(1) In dem vorangehenden Paragraphen haben wir beschrieben, welche Arten von Überschüssen wann entstehen können (Zins-, Risiko- und Kostenergebnis) und wodurch deren Höhe beeinflusst wird.

Vor Leistungsbeginn können jährlich Risikogewinne anfallen, die sich je nach der gemäß Absatz 2 gewählten Gewinnzuteilungsform in Prozent der Prämie ohne Berücksichtigung von Gewinnanteilen (prämienpflichtige Versicherungen mit Gewinnzuteilungsform A) bzw. der Risikoprämie zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres (in allen anderen Fällen) bemisst. Dieser Gewinnanteil berücksichtigt neben den Risikogewinnen auch Kosten- und bei prämienpflichtigen Versicherungen zusätzlich Zinsgewinne oder -verluste.

(2) Diese Risikogewinne werden entsprechend der im Rahmen der tariflichen Möglichkeiten von Ihnen gewählten und in der Kundeninformation dokumentierten Gewinnzuteilungsform verwendet.

Bei Ihrer Versicherung können die folgenden Gewinnzuteilungsformen vereinbart werden:

a) Gewinnzuteilungsform A: Wir verrechnen die Risikogewinne mit den fälligen Prämien. Im Falle der Prämienfreistellung verwenden wir, sofern die Berufsunfähigkeits-Versicherung prämienfrei fortgesetzt werden kann, danach die Gewinnanteile wie die Zinsgewinnanteile gemäß Absatz 3.

b) Gewinnzuteilungsform B: Wir erhöhen bei Eintritt des Versicherungsfalles die Berufsunfähigkeitsrente um einen Bonus, der in Prozent der versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrente festgesetzt wird. Der Bonus wird zusammen mit der versicherten Leistung fällig.

Führt eine Neufestsetzung der Gewinnanteile zu einer Reduzierung des Bonus, so können Sie - sofern noch keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 eingetreten ist - die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb von drei Monaten nach Zugang unserer Mitteilung beantragen. Wir teilen Ihnen schriftlich mit, ab wann die Reduzierung des Bonus wirksam wird und wie hoch die Erhöhungsbeträge für Rente und Prämie sind.

(3) Bei prämienfreien Versicherungen können außerdem Zinsgewinne in Prozent des Deckungskapitals für die versicherte Leistung und des Deckungskapitals für den Rentenzuwachs entstehen.

Wir werden diese Zinsgewinne zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zuteilen und als Prämie für einen Rentenzuwachs zur Erhöhung der versicherten Leistungen verwenden. Diese Erhöhung wird nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und ist für die Zukunft garantiert.

(4) Die jährlichen Verwaltungskosten, die bei der Berechnung des Rentenzuwachses berücksichtigt werden, betragen 0,1 % des gebildeten Rentenzuwachses.

§ 13 Welche Besonderheiten gelten ab Leistungsbeginn?

(1) Während der Fälligkeit der Berufsunfähigkeitsrente bilden wir jährlich einen Rentenzuwachs, der in Prozent der Berufsunfähigkeitsrente einschließlich des Bonus und des erreichten Rentenzuwachses bemessen wird. Die Leistungserhöhung finanziert sich aus dem Ihrer Versicherung zugeteilten Gewinnanteil, der entsprechend den Regelungen des § 11 sowohl die Zins- als auch die Risiko- und Kostengewinne oder -verluste berücksichtigt. Daher können der Gewinnanteil und der Rentenzuwachs den Wert Null annehmen. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum nächsten auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungsstichtag (Beginn eines Versicherungsjahres), wird nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und ist für die Zukunft garantiert.

Haben Sie mit uns eine garantierte Rentensteigerung gemäß § 1 Absatz 1 b) vereinbart, bemisst sich der jährliche Rentenzuwachs in Prozent der um den vereinbarten Prozentsatz erhöhten Berufsunfähigkeitsrente einschließlich des Bonus, der erreichten garantierten Rentensteigerungen und des erreichten Rentenzuwachses. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum nächsten auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungsstichtag, wird nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und ist für die Zukunft garantiert. Der Rentenzuwachs erhöht sich nach dem Zuteilungszeitpunkt zu jedem folgenden Versicherungsstichtag garantiert um den vereinbarten Prozentsatz seines Vorjahreswertes.

(2) Die jährlichen Verwaltungskosten, die bei der Berechnung des Rentenzuwachses berücksichtigt werden, betragen 3 % des gebildeten Rentenzuwachses.

IV. Prämienzahlung

§ 14 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?

(1) Die Prämien zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch jährliche, halbjährliche, vierteljährliche oder monatliche Prämienzahlung (laufende Prämien) entrichten. Die Wahl der Prämienzahlweise hat auch Auswirkungen auf die Summe der Prämien, die Sie insgesamt für Ihren Versicherungsschutz zahlen; das heißt, dass bei gleicher versicherter Rente zum Beispiel eine jährliche Prämienzahlweise in der Summe insgesamt einen geringeren Prämienaufwand erfordert als eine monatliche Prämienzahlweise.

(2) Die Prämie müssen Sie wie vertraglich vereinbart zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode zahlen. Die Versicherungsperiode entspricht der vereinbarten Prämienzahlungsperiode.

(3) Zahlungen der Prämie an uns können nur wirksam auf ein von uns benanntes Konto entrichtet werden. Ein Versicherungsvermittler ist nicht zur Entgegennahme von Zahlungen bevollmächtigt.

(4) Die Übermittlung der Prämien erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(5) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Prämienrückstände verrechnen.

(6) Sie können mit uns eine Vereinbarung in Textform über eine zinslose Stundung der Prämienzahlung für einen Zeitraum von maximal 24 Monaten schließen, wenn die nach Ablauf der Stundung verbleibende Prämienzahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt und Ihr Vertrag mindestens ein Deckungskapital in Höhe der zu stundenden Prämien aufweist.

Die gestundeten Prämien sind zum Ablauf des Stundungszeitraums nachzuzahlen. Auf Wunsch kann vereinbart werden, dass der nachzuzahlende Betrag innerhalb eines Zeitraumes von maximal 12 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten geleistet wird.

Wenn Sie die gestundeten Prämien nach Ablauf des Stundungszeitraums nicht nachzahlen, verrechnen wir sie mit dem Deckungskapital. Dadurch verringern sich die versicherten Leistungen.

Sie können Ihren Versicherungsschutz nach der Verrechnung ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Dabei darf die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente nach der Erhöhung höchstens so hoch sein wie vor der Stundung. Die Erhöhung ist prämienpflichtig. Sie müssen die Erhöhung mit einer Frist von fünf Werktagen zum Ende der Stundung in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen.

(7) Die Prämien Ihrer Versicherung sind insbesondere gemäß der Risikoeinstufung bei Vertragsabschluss auf Basis des angegebenen Berufes der versicherten Person festgelegt worden. Wenn die versicherte Person bis zur Vollendung des 37. Lebensjahres ihren Beruf wechselt oder durch Weiterbildung einen Abschluss erwirbt, der in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union staatlich anerkannt ist, können Sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem Berufswechsel oder dem Abschluss die Einstufung in eine günstigere Risikogruppe für die restliche Vertragslaufzeit überprüfen lassen. Bei Schülern gilt auch ein Wechsel der Schulart oder der Beginn einer Ausbildung oder eines Studiums als Berufswechsel.

Die Überprüfung erfolgt anhand

- einer dann gültigen vereinfachten Gesundheitsprüfung,

- mit Verzicht auf die Prüfung gefährlicher Sportarten und Hobbies sowie auf die Frage nach geplanten Auslandsaufenthalten,

- den Rechnungsgrundlagen und der Einteilung der Risikogruppen zu Vertragsabschluss.

- der für den neuen Beruf zum ursprünglichen Vertragsabschluss geltenden maximal zulässigen Endalter für die Versicherungs- bzw. Leistungsdauer, wenn diese niedriger sind als im bestehenden Vertrag. Das heißt, dass die Versicherungs- bzw. Leistungsdauer in diesem Fall auf diese für den neuen Beruf geltenden Maximalwerte reduziert werden.

Vereinbarte Zuschläge oder Leistungsausschlüsse bleiben bestehen. Ergibt die Überprüfung eine niedrigere Prämie bei unveränderter Versicherungs- bzw. Leistungsdauer und keine neuen Leistungsausschlüsse, setzen wir die Prämie zum nächsten Prämienzahlungstermin nach Eingang Ihres Antrages herab. Wenn Sie dies nicht wünschen oder die Überprüfung eine höhere Prämie ergibt, führen wir Ihren Vertrag unverändert fort.

§ 15 Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?

(1) Die Kalkulation einer Versicherung geschieht unter Berücksichtigung der Tatsache, dass eine Vielzahl von Verträgen, die gleichartige Risiken absichern, gemeinsam verwaltet wird. Kosten werden daher nach für alle Verträge gleichmäßig geltenden Prinzipien pauschal erhoben.

(2) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen und die laufende Verwaltung des Versicherungsvertrages entstehen Kosten (Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten). Diese Kosten sind bereits bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Angaben zur Höhe dieser Kosten finden Sie in der Kundeninformation.

(3) Die Abschluss- und Vertriebskosten umfassen insbesondere Abschlussprovisionen und Courtagen an die Versicherungsvermittler sowie Aufwendungen für die Aufnahme des Versicherungsvertrages in den Versicherungsbestand und für die ärztlichen Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen.

Für die Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Prämien zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Prämien nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung auf Grund von § 25 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) in Verbindung mit § 169 Absatz 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Prämien beschränkt.

(4) Die Verwaltungskosten umfassen insbesondere die Aufwendungen für die laufende Bearbeitung Ihres Versicherungsvertrages, für die technische Bestandsführung, für laufende Provisionszahlungen und die jährliche schriftliche Information.

Die Verwaltungskosten werden, soweit sie nicht mit der Prämie verrechnet werden, dem Deckungskapital entnommen.

(5) Bei einer Prämienfreistellung (§ 18) ändert sich die Höhe der Verwaltungskosten. Die Änderung hängt von der Summe der tatsächlich gezahlten Prämien ab und kann sowohl eine Absenkung als auch eine Erhöhung der Verwaltungskosten bewirken. Wir werden Ihnen die Höhe der ab Prämienfreistellung von uns erhobenen Verwaltungskosten mitteilen.

(6) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung der prämienfreien Versicherungsleistung vorhanden sind.

§ 16 Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

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

- Durchführung von Vertragsänderungen,

- Erhebung von Mahngebühren aufgrund des Verzugs der Prämienzahlung,

- Rücktritt vom Vertrag aufgrund Nichtzahlung der Einlösungsprämie,

- Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheines sowie Abschriften des Versicherungsscheines bzw. von Erklärungen des Versicherungsnehmers,

- Ermittlung einer geänderten Postanschrift, sofern die Änderung uns nicht mitgeteilt wurde (vgl. § 21),

- Einholung individueller Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht,

- Geldtransfer in ein oder aus einem Land außerhalb des SEPA-Zahlungsraums,

- Ausstellung einer Prämienbescheinigung (ab 2. Anforderung im Kalenderjahr),

- Bearbeitung von Lastschriftrückläufern.

(2) Die Höhe der aus den in Absatz 1 genannten Gründen veranlassten Kosten können Sie unserer beiliegenden Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand entnehmen. Die Höhe der Kosten kann von uns nach billigem Ermessen (§ 315 BGB) für die Zukunft angepasst werden. Die jeweils aktuelle Kostenübersicht können Sie jederzeit bei uns auf der Internetseite www.hdi.de/lv-kostenuebersicht einsehen oder bei uns anfordern.

Wir behalten uns vor, für besondere Anlässe, die nicht in der Kostenübersicht stehen, Kostenpauschalen zu nehmen. Diese Anlässe müssen zusätzlichen Aufwand in der Verwaltung verursachen. Wir stellen Ihnen dann die durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung. Die Kosten erheben wir nur, wenn wir sie weder nach dem Gesetz noch weil wir es mit Ihnen vereinbart haben, tragen müssen.

Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschalen an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert und sehen die Kosten als angemessen an. Die Angemessenheit müssen wir darlegen und beweisen. Wenn Sie uns dann nachweisen, dass die Kosten in Ihrem Fall überhaupt nicht angemessen sind, entfallen die Kosten. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Kosten in Ihrem Fall nur in geringerer Höhe angemessen sind, setzen wir die Kosten entsprechend herab.

(3) Uns werden beispielsweise in folgenden Fällen von dritter Seite Kosten in Rechnung gestellt:

- Rückläufer im Lastschriftverfahren,

- Ermittlung einer geänderten Postanschrift, sofern die Änderung uns nicht mitgeteilt wurde (vgl. § 21).

Fallen solche Kosten für Ihren Vertrag an, werden wir Ihnen diese in angefallener Höhe in Rechnung stellen.

§ 17 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Für die Rechtzeitigkeit der Prämienzahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit die Prämie bei uns eingeht. Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem in der Kundeninformation angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich - d. h. ohne schuldhaftes Zögern - nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass die Prämie nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(2) Wird die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt und haben Sie dies zu vertreten, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten.

(3) Ist die Erstprämie 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; dies gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(4) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform mit einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Wird der Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist beglichen und haben Sie dies zu vertreten, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese und alle weiteren Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 18 Wann können Sie Ihre Versicherung prämienfrei stellen?

(1) Sie können

a) jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode

b) sowie innerhalb der Versicherungsperiode mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Schluss der ersten Versicherungsperiode

in Textform verlangen, dass Ihre Versicherung vollständig oder teilweise in eine prämienfreie Versicherung

umgewandelt wird. Bei einer Prämienfreistellung setzen wir die versicherte Berufsunfähigkeitsrente auf eine prämienfreie Rente herab. Der für die Prämienfreistellung erforderliche Mindestbetrag für die versicherte jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach Prämienfreistellung beträgt 300 EUR. Ist eine Prämienfreistellung nicht möglich, erlischt die Versicherung ohne Wert.

Eine teilweise Prämienfreistellung ist nur möglich, sofern die jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach der teilweisen Prämienfreistellung mindestens 300 EUR beträgt. Nach einer teilweisen Prämienfreistellung reduzieren sich die Prämie und die versicherten Leistungen.

(2) Die Prämienfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.

Bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung, bei der prinzipiell in jeder Versicherungsperiode die zu entrichtenden Prämien zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten voll verbraucht werden. Daher steht eine prämienfreie Versicherungsleistung in der Regel nicht zur Verfügung und die Versicherung erlischt ohne Wert, wenn Sie die Prämienzahlung einstellen.

Eine Prämienfreistellung ist allenfalls möglich, sofern dennoch nicht verbrauchte Prämienteile zur Verfügung stehen. Die wirtschaftlichen Auswirkungen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (§ 15), der Verwaltungskosten (§ 15) sowie des in § 19 Absatz 2 beschriebenen Stornoabschlags können Sie der Tabelle der prämienfreien Leistungen in B. II. 4 "Rückkaufswerte und prämienfreie Leistungen" der Kundeninformation entnehmen.

(3) Wir berechnen die prämienfreien Versicherungsleistungen gemäß § 165 Absatz 2 VVG nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation aus dem Deckungskapital der Versicherung nach Abzug eines Stornoabschlags. Für den Stornoabschlag gilt § 19 Absatz 2.

(4) Etwaige Prämienrückstände werden mit dem Deckungskapital verrechnet.

(5) Bei Prämienfreistellung wird der Rentenzuwachs (§ 13) auf Basis seines Deckungskapitals mit den für Ihren Vertrag geltenden Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen (§ 11 Absatz 11) neu berechnet. Nach der Prämienfreistellung entwickelt sich die Überschussbeteiligung gemäß den Regelungen des § 12 weiter.

(6) Sie können innerhalb von zwölf Monaten nach dem Prämienfreistellungstermin in Textform verlangen, dass der Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung unter folgenden Voraussetzungen wieder hergestellt wird (Wiederinkraftsetzung):

a) die Prämienzahlung wird in der ursprünglich vereinbarten Höhe zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihrer Erklärung wieder aufgenommen,

b) die Prämienzahlungsdauer beträgt ab dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung noch mindestens ein Jahr, und

c) zwischen dem Prämienfreistellungstermin und dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung ist nicht der Versicherungsfall nach § 2 eingetreten.

Bei Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten nach einer Prämienfreistellung können Sie die Prämien für den Zeitraum von der Prämienfreistellung bis zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung nachzahlen.

Darüber hinaus können Sie eine Wiederinkraftsetzung mit Gesundheitsprüfung innerhalb von 36 Monaten nach dem Prämienfreistellungstermin in Textform verlangen, wenn die vorgenannten Voraussetzungen unter b) und c) erfüllt sind und die Prämienzahlung zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihrer Erklärung wieder aufgenommen wird. Eine Nachzahlung der Prämien ist in diesem Fall nicht möglich.

Bei Wiederinkraftsetzung ohne Nachzahlung werden Prämie und Leistung mit den zu Vertragsbeginn gültigen Kalkulationsgrundlagen neu berechnet. Dies kann bedeuten, dass sich Ihre versicherte Leistung reduziert, wenn Sie die Prämienzahlung in der ursprünglich vereinbarten Höhe wieder aufnehmen, oder sich Ihre Prämie erhöht, wenn Sie die ursprünglich vereinbarte Leistung wiederherstellen.

Auf das Recht der Wiederinkraftsetzung werden wir im Rahmen der Prämienfreistellung hinweisen.

(7) Abweichend von Absatz 6 verzichten wir nach einer Prämienfreistellung aufgrund von

- Arbeitslosigkeit,

- behördlich bewilligtem Kurzarbeitergeld,

- beruflicher Auszeit von mehr als 12 Monaten (Absatz 8) oder

- Elternzeit

der versicherten Person bei Wiederinkraftsetzung innerhalb von

- 24 Monaten bei Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder beruflicher Auszeit oder

- 36 Monaten bei Elternzeit

auf eine Gesundheitsprüfung.

Voraussetzungen für die Abweichung von Absatz 6:

- Sie haben uns bei Prämienfreistellung den Beginn der Arbeitslosigkeit, der Kurzarbeit, der beruflichen Auszeit oder der Elternzeit nachgewiesen.

- Ihr Vertrag bestand bei Beginn der Arbeitslosigkeit, der Kurzarbeit, der beruflichen Auszeit oder der Elternzeit seit mindestens einem Jahr prämienpflichtig.

- Sie weisen uns nach, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis steht.

- Sie nehmen die Prämienzahlung zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihrer Erklärung bei uns wieder auf.

- Die Prämienzahlungsdauer beträgt nach Wiederinkraftsetzung noch mindestens ein Jahr.

- Zwischen dem Prämienfreistellungstermin und dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung ist der Versicherungsfall nach § 2 nicht eingetreten.

Erreicht Ihre jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach Prämienfreistellung nicht den Mindestbetrag von 300 EUR, verzichten wir bei einer Prämienfreistellung aufgrund von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, beruflicher Auszeit oder Elternzeit abweichend von Absatz 1 für die Dauer von 24 Monaten bei Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, beruflicher Auszeit bzw. 36 Monaten bei Elternzeit auf diesen Mindestbetrag. Dies bedeutet, dass Ihre Versicherung gemäß Absatz 1 erlischt, wenn Sie Ihren Vertrag nicht innerhalb dieses Zeitraums wieder in Kraft setzen.

(8) Eine berufliche Auszeit setzt voraus, dass der Arbeitsvertrag weiter besteht. Ein Beispiel dafür ist das Sabbatical.

V. Vorzeitige Beendigung

§ 19 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

(1) Sie können unter Beachtung der in § 18 Absatz 1 genannten Termine und Fristen Ihre Versicherung jederzeit bis zum Eintritt des Versicherungsfalles nach § 2 vollständig oder teilweise in Textform kündigen. Wenn Sie die Versicherung kündigen, prüfen wir, ob eine Prämienfreistellung möglich ist. Die Auszahlung eines Rückkaufswertes ist ausgeschlossen. Es gelten die Regelungen von § 18. Ist eine Prämienfreistellung nicht möglich, erlischt die Versicherung ohne Wert.

Wenn Sie die Versicherung teilweise kündigen, muss die versicherte jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente für den nicht gekündigten Teil mindestens 300 EUR betragen. Andernfalls ist die Teilkündigung nicht möglich.

(2) Den bei der Berechnung der prämienfreien Leistung (§ 18 Absatz 3) berücksichtigten Stornoabschlag vereinbaren wir mit Ihnen aus den nachfolgend aufgeführten Gründen in der unter B. II. 4 "Rückkaufswerte und prämienfreie Leistungen" der Kundeninformation beziffer-ten Höhe.

Wir halten den Stornoabschlag für angemessen, da eine Kündigung für uns und den verbleibenden Versichertenbestand mit Nachteilen verbunden ist. Sie sollen verursachungsgerecht und nicht nur vom verbleibenden Versichertenbestand getragen werden. Diese Nachteile ergeben sich aus den folgenden Gründen:

- Bei einer vorzeitigen Kündigung entstehen erhöhte Verwaltungskosten, welche wir in der Prämienkalkulation nicht berücksichtigt haben. Diese werden mit dem Stornoabschlag ausgeglichen.

- Die Kündigung führt zu einer Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes. Der Stornoabschlag soll sicherstellen, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Kündigung kein Nachteil entsteht.

- Sofern Sie die Gewinnzuteilungsform A im Rahmen der Überschussbeteiligung (§ 12) gewählt haben, beteiligen wir Sie im Voraus an Gewinnen, die zum Zeitpunkt Ihrer Kündigung noch nicht vollständig entstanden sind. Diese gegebenenfalls noch nicht entstandenen Gewinne werden mit dem Stornoabschlag ausgeglichen.

- Vorzeitige Vertragsauflösungen können je nach Kapitalmarktsituation zu einer Verringerung der Kapitalerträge des verbleibenden Versichertenbestandes führen, die in Abhängigkeit von der Laufzeit Ihres Vertrages durch den Stornoabschlag ausgeglichen werden.

- Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den vorhandenen Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss Ihres Vertrages partizipieren Sie an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit stellt Ihr Vertrag seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung. Bei Kündigung Ihres Vertrages gehen die Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand vorzeitig verloren und werden deshalb im Rahmen des Stornoabschlags in Abhängigkeit von der Laufzeit Ihres Vertrages ausgeglichen.

Die Beweislast für die Angemessenheit des Stornoabschlags tragen wir. Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht und können Sie uns sodann nachweisen, dass die von uns zugrunde gelegten pauschalen Annahmen in Ihrem Einzelfall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder nur teilweise zutreffen bzw. der Abschlag in Ihrem Fall der Höhe nach niedriger zu beziffern ist, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Stornoabschlag.

(3) Eventuelle Prämienrückstände werden bei der Berechnung der prämienfreien Leistung berücksichtigt.

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

VI. Sonstiges

§ 20 Wann können Sie die vereinbarte Dauer Ihrer Versicherung verlängern?

(1) Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung erhöht wird, können Sie - unabhängig davon, ob die versicherte Person in der Deutschen Rentenversicherung versichert ist - in Textform beantragen, dass die Dauer Ihrer Versicherung verlängert wird. Eine Verlängerung ist auch möglich, wenn Sie in einem berufsständigen Versorgungswerk versichert sind und die Regelaltersgrenze hier erhöht wird. Die Verlängerung erfolgt um volle Jahre, höchstens um die auf volle Jahre aufgerundete Zeitspanne, um die sich die Regelaltersgrenze für die versicherte Person erhöht. Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlängert sich die vereinbarte Leistungsdauer entsprechend. Sie können auch die Versicherungsdauer unverändert lassen und nur die Leistungsdauer verlängern.

Die Höhe der garantierten Berufsunfähigkeitsrente bleibt unverändert bestehen. Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir die Prämie bezogen auf die neue Versicherungs- und Leistungsdauer nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu fest. Dabei können wir auch andere als bei Vertragsabschluss verwendete Kalkulationsgrundlagen zugrunde legen. Wir verzichten auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

(2) Eine Verlängerung ist nur möglich, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Sie beantragen die Verlängerung der Dauer Ihrer Versicherung innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der Erhöhung der Regelaltersgrenze.

- Die versicherte Person darf bei der Verlängerung der Dauer höchstens 50 Jahre alt sein.

- Bei Ihrer Versicherung ist die Dauer mindestens bis zum Alter 60 Jahre vereinbart.

- Die Versicherung ist nicht prämienfrei gestellt.

- Der Versicherungsfall ist noch nicht eingetreten.

- Es wurde kein Antrag auf Leistung gestellt.

- Das Endalter der Versicherung darf nach dem Verlängern nicht über dem für Ihren versicherten Beruf versicherbaren Endalter liegen.

§ 21 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

(1) Mitteilungen, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen, soweit nicht durch Gesetz eine strengere Form als die Textform vorgeschrieben ist.

Für uns bestimmte Mitteilungen werden nur und erst dann wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.

(2) Eine Änderung Ihrer Anschrift müssen Sie uns unverzüglich - d. h. ohne schuldhaftes Zögern - mitteilen.

Ihnen können Nachteile entstehen, wenn Sie gegebenenfalls von wichtigen Mitteilungen nicht rechtzeitig Kenntnis erhalten, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(3) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, müssen Sie uns eine in der Bundesrepublik Deutschland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

(5) 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 Versicherungsscheines zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 22 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

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

- bei Vertragsabschluss,

- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder

- auf Nachfrage

unverzüglich - d. h. ohne schuldhaftes Zögern - zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,

- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und

- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

§ 23 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 zurzeit 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 nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen, gilt dies ebenso.

BB-KS: Besondere Bedingungen für die Leistungen wegen Krankschreibung

(LV_BB_KS.2101)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Im Text nehmen wir Bezug auf einige Gesetze. Die Abkürzungen bezeichnen im Einzelnen:

EntgFG: Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz - EntgFG)

Die nachfolgenden Besonderen Bedingungen für die Leistungen wegen Krankschreibung gelten ergänzend zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (AVB), wenn Sie mit uns Versicherungsschutz bei Krankschreibung vereinbart haben.

Gliederung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?
§ 2 Was ist eine Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen?
§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
§ 4 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?
§ 5 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?
§ 6 Wie ist das Verhältnis zur Berufsunfähigkeits-Versicherung?

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Liegt für die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung eine Krankschreibung im Sinne des § 2 vor, erbringen wir für die in Absatz 3 genannte Dauer folgende Versicherungsleistungen:

a) Vollständige Befreiung von der Verpflichtung zur weiteren Prämienzahlung für die gesamte Versicherung, soweit eine solche Verpflichtung bei Beginn des Leistungsanspruchs noch besteht, und

b) Zahlung einer Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente.

Diese Rente zahlen wir jeweils zu den vereinbarten Rentenzahlungsterminen an den Bezugsberechtigten. Wenn der Rentenbeginn nach Absatz 2 nicht mit dem vereinbarten Rentenzahlungstermin zusammenfällt, zahlen wir die erste Rente anteilig bis zum nächsten Rentenzahlungstermin.

Haben Sie für die Berufsunfähigkeitsrente mit uns eine garantierte Rentensteigerung vereinbart, gelten die dort beschriebenen Regelungen auch für die Rente wegen Krankschreibung.

Leistungen wegen Krankschreibung können nur dann verlangt werden, wenn zeitgleich Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden.

(2) Der Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung entsteht frühestens an dem Tag des Beginns der ersten Krankschreibung.

(3) Die Leistungen wegen Krankschreibung erbringen wir, solange

- uns nachgewiesen wird, dass eine Krankschreibung im Sinne des § 2 vorliegt und

- die vertragliche Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung nicht abgelaufen ist und

- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen und

- die versicherte Person lebt und

- die maximale Leistungsdauer wegen Krankschreibung von insgesamt **36 Monaten** nicht überschritten ist.

Ist die versicherte Person mehrfach nach § 2 krankgeschrieben, gilt die Beschränkung auf **36 Monate** für alle eintretenden Krankschreibungen zusammen.

(4) Wenn aus dieser Versicherung kein Anspruch auf Leistungen mehr besteht, muss auch die Prämienzahlung - in gleicher Höhe wie vor Eintritt des Versicherungsfalls - wieder aufgenommen werden.

(5) Leistungen wegen Krankschreibung werden jeweils für den Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Krankschreibung nach § 2 vorgelegt werden.

(6) Wenn Sie bei Abschluss der Versicherung mit uns Ausschlüsse und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes bei Berufsunfähigkeit geschlossen haben, gelten diese entsprechend auch für die Leistungen wegen Krankschreibung. Informationen hierzu entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein.

(7) Sie müssen uns die Krankschreibung in Textform mitteilen. Wird uns die Krankschreibung später als einen Monat nach ihrem Ende mitgeteilt, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn die verspätete Mitteilung nicht verschuldet worden ist.

§ 2 Was ist eine Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Eine Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen liegt von Beginn an vor, wenn

- die versicherte Person für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens sechs Monaten krankgeschrieben ist und

- die versicherte Person während der Krankschreibung keiner beruflichen Tätigkeit nachgeht und

- uns die Krankschreibung mit den in § 4 Absatz 1 genannten ärztlichen Bescheinigungen nachgewiesen wird.

(2) Krankschreibungen in die Zukunft akzeptieren wir höchstens über einen Zeitraum von 5 Wochen.

(3) Für die ersten sechs Monate der Krankschreibung akzeptieren wir abweichend von Absatz 2 auch eine auf die versicherte Person ausgestellte fachärztliche Bescheinigung, aus der sich eine voraussichtliche Dauer ab Beginn der Krankschreibung von mindestens sechs Monaten ergibt. Nach Ablauf von sechs Monaten liegt eine Krankschreibung nur vor, wenn eine aktuelle Bescheinigung nach Absatz 2 vorgelegt wird, wonach die versicherte Person ununterbrochen weiter krankgeschrieben ist.

(4) Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch V stellen keine Unterbrechung der Krankschreibung dar.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht und wo er eintritt. Bei folgenden Ursachen gilt jedoch ein Ausschluss der Leistungspflicht. Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu führen.

(2) Wir leisten nicht, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen krankgeschrieben wird, denen sie während eines Aufenthaltes im Ausland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war (z. B. im Rahmen von humanitären Hilfeleistungen, wie bspw. Ärzte ohne Grenzen);

b) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen. Dieser Ausschluss gilt ebenfalls nicht bei Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr, selbst wenn diese vorsätzlich herbeigeführt wurden;

d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung, es sei denn, dass uns der Anspruchserhebende nachweist, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;

e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Krankschreibung der versicherten Person herbeigeführt haben;

f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.

§ 4 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

(1) Werden Leistungen wegen Krankschreibung verlangt, müssen uns auf Ihre Kosten auf die versicherte Person ausgestellte ärztliche Bescheinigungen entsprechend § 5 EntgFG oder gleichwertige ärztliche Bescheinigungen eingereicht werden, unabhängig davon, ob die versicherte Person Arbeitnehmer ist oder nicht. Die Bescheinigungen müssen zusätzlich folgende Kriterien erfüllen:

- Die Bescheinigungen müssen von einem zugelassenen und praktizierenden Arzt ausgestellt worden sein und Angaben zu Beginn, Dauer und Ende der Krankschreibung sowie zu der bzw. den zugrunde liegenden Diagnosen entsprechend den aktuellen in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen (Diagnoseschlüssel entsprechend der jeweils geltenden internationalen Klassifikation - ICD) enthalten.

- Mindestens eine der Bescheinigungen muss von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein.

(2) Zur Prüfung, ob der Vertrag rechtmäßig zustande gekommen ist (Prüfung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) und ob allgemeine oder individuell vereinbarte Ausschlüsse greifen, können wir zusätzlich auf unsere Kosten weitere sachdienliche Auskünfte (Auskunftsobliegenheit und Aufklärungsobliegenheit) verlangen, insbesondere folgende Unterlagen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Krankschreibung,

- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Ge-

sundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörung,

- Unterlagen über die von der versicherten Person durch Ausbildung und Erfahrung erworbenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse, über ihren Beruf, ihre Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt der Antragstellung der Versicherung und

- sofern die versicherte Person selbstständig ist, Nachweise über die Betriebsstruktur, die betrieblichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und der Mitarbeitersituation des Betriebes zum Zeitpunkt der Antragstellung der Versicherung.

§ 5 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

(1) Solange eine Obliegenheit nach § 4 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder arglistig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(2) Die Ansprüche auf Leistungen wegen Krankschreibung bleiben abweichend von Absatz 1 insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist; dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

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

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur Berufsunfähigkeits-Versicherung?

(1) Solange wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Krankschreibung und Leistungen wegen Berufsunfähigkeit ist ausgeschlossen.

(2) Wenn wir Leistungen wegen Krankschreibung erbringen und nach Abschluss der Leistungsprüfung wegen Berufsunfähigkeit feststellen, dass zum Beginn der ersten Krankschreibung bereits Berufsunfähigkeit vorlag, erbringen wir ab dem Eintritt der Berufsunfähigkeit Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

(3) Wenn wir Leistungen wegen Krankschreibung erbringen und nach Abschluss der Leistungsprüfung wegen Berufsunfähigkeit feststellen, dass der Eintritt der Berufsunfähigkeit nach dem Beginn der ersten Krankschreibung lag, erbringen wir abweichend von Absatz 2 ab dem auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgenden Monatsersten Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

(4) Wurden für einen Zeitraum, für den gemäß der Absätze 2 und 3 Berufsunfähigkeitsleistungen gezahlt werden, bereits Leistungen wegen Krankschreibung erbracht, werden wir die für diesen Zeitraum zu zahlenden Berufsunfähigkeitsleistungen mit den bereits erbrachten Leistungen wegen Krankschreibung verrechnen. Den Zeitraum, für den wir die Leistungen verrechnen, rechnen wir nicht auf die maximale Leistungsdauer von insgesamt 36 Monaten (§ 1 Absatz 3) an.

BB-INF: Besondere Bedingungen für die Leistung bei Berufsunfähigkeit bei Infektionsgefahr

(LV_BB_INF.2101)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Im Bedingungstext verwenden wir die Bezeichnung AVB. Damit sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der zugehörigen Hauptversicherung gemeint. Soweit in den Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die AVB sinngemäß Anwendung.

Im Bedingungstext verwenden wir die Bezeichnungen BB-BUZ. Damit sind die Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gemeint.

Gliederung

§ 1 Welche Bedingungen finden Anwendung?
§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
§ 3 Wann endet die Leistungsverpflichtung?
§ 4 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

§ 1 Welche Bedingungen finden Anwendung?

Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (AVB) bzw. die Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BB-BUZ) Anwendung.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn und solange

- die versicherte Person wegen eines vollständigen oder teilweisen Tätigkeitsverbots nach Absatz 3 zu mindestens 50 % außer Stande ist, ihre berufliche Tätigkeit, so wie sie vor der Infektionsgefahr ausgestaltet war, auszuüben und

- sie auch nicht ausübt.

Das vollständige oder teilweise Tätigkeitsverbot muss sich voraussichtlich ununterbrochen über mindestens sechs Monate erstrecken oder sechs Monate ununterbrochen bestanden haben.

Bei folgenden Berufen reicht es aus, wenn sich das Tätigkeitsverbot vollständig auf die Tätigkeit bezieht, Patienten zu behandeln, zu versorgen oder zu betreuen:

- Human- oder Zahnmediziner

- Student der Human- oder Zahnmedizin

- Medizinisch behandelnder oder pflegerischer Beruf mit Patientenkontakt. Hierzu zählen beispielsweise Krankenschwestern und Krankenpfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Hebammen und Entbindungspfleger und Arzthelferinnen und Arzthelfer.

(2) Der Anspruch auf Leistungen entsteht frühestens mit dem Datum der Einzelanordnung beziehungsweise dem Datum des Hygieneplans nach Absatz 3.

(3) Ein vollständiges oder teilweises Tätigkeitsverbot im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn einer der folgenden Fälle zutrifft:

- Eine auf gesetzlichen Vorschriften beziehungsweise Rechtsverordnung beruhende, an die versicherte Person adressierte, behördliche Einzelanordnung untersagt der versicherten Person ganz oder teilweise die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr.

- Bei Bestehen einer von der versicherten Person aufgrund eigener Infektion ausgehenden Infektionsgefahr für andere wird über den Hygieneplan eines anerkannten Hygienikers belegt, welche beruflichen Tätigkeiten die versicherte Person noch und welche sie nicht mehr ausüben darf.

Ergänzend zu den Obliegenheiten des Paragraphen "Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?" der AVB bzw. BB-BUZ ist uns zum Nachweis des Vorliegens eines Tätigkeitsverbotes die Verfügung oder der Hygieneplan im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

§ 3 Wann endet die Leistungsverpflichtung?

Werden Leistungen aufgrund eines Tätigkeitsverbotes erbracht, endet die Leistungsverpflichtung mit dessen Aufhebung.

Lag der Anerkennung ein Hygieneplan zugrunde und belegt ein aktueller Hygieneplan, dass die berufliche Tätigkeit wieder vollständig oder teilweise ausgeübt werden kann, endet unsere Leistungspflicht, wenn die weitere Prüfung ergibt, dass die versicherte Person wieder zu mindestens 50 % in der Lage ist, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben.

§ 4 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

Abweichend vom Paragraphen "Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?" der AVB bzw. BB-BUZ gilt bei Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen:

Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sowie während einer Karenzzeit sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bzw. den Wegfall der Leistungspflicht nach dem Paragraphen "Was ist versichert?" der AVB bzw. BB-BUZ nachzuprüfen; insbesondere können wir auch einen Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

Wir können auch prüfen, ob die versicherte Person nach dem Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit eine neue berufliche Tätigkeit ausübt. In diesem Fall liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen zutreffen:

a) Die versicherte Person kann auf Grund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse diese Tätigkeit ausüben.

b) Diese ausgeübte berufliche Tätigkeit entspricht der Lebensstellung der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit.

Liegen die vorgenannten Voraussetzungen vor, ist es unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem Beruf, zu dem unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt wurde, fortdauern würde.

BB-NVG: Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie auf Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente

(LV_BB_NVG_BU.2101)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Gliederung

§ 1 Welches Recht bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie? Was haben Sie zu beachten?
§ 2 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie ereignisunabhängig ausüben (freie Phase)?
§ 3 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie ereignisabhängig ausüben (gebundene Phase)?
§ 4 Was ist bei der Ausübung der Nachversicherungsgarantie für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente zu beachten?
§ 5 Wann entfällt die Nachversicherungsgarantie?

§ 1 Welches Recht bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie? Was haben Sie zu beachten?

(1) Mit der Nachversicherungsgarantie haben Sie das Recht, die bestehende Berufsunfähigkeitsrente nach den nachfolgenden Bestimmungen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Dieses Recht besteht nicht, falls der ursprüngliche Vertrag gegen eine vereinfachte Risikoprüfung in Form einer Dienstfähigkeitserklärung zustande gekommen ist oder bei Abschluss keine Fragen zur Gesundheit gestellt wurden.

Der Verzicht auf erneute Gesundheitsprüfung beinhaltet auch den Verzicht auf die Prüfung gefährlicher Sportarten und Hobbies sowie auf die Fragen nach Körpergröße, Gewicht und geplanten Auslandsaufenthalten.

(2) Die in § 4 Absatz 3 genannten Höchstgrenzen für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente gelten stets inkl. einer eventuell vereinbarten Erhöhung der Rente durch Überschussbeteiligung.

(3) Die Ausübung der Nachversicherungsgarantie muss in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) erfolgen.

§ 2 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie ereignisunabhängig ausüben (freie Phase)?

Bis fünf Jahre nach dem Versicherungsbeginn kann die Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung und unabhängig von einem bestimmten Ereignis ausgeübt werden. Falls dieser Vertrag aus einem Umtausch- oder Umwandlungsrecht hervorgegangen ist, endet die freie Phase fünf Jahre nach dem Versicherungsbeginn des ursprünglichen Vertrages. Die freie Phase endet ebenfalls, wenn die versicherte Person das 37. Lebensjahr vollendet hat.

§ 3 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie ereignisabhängig ausüben (gebundene Phase)?

(1) Nach Ablauf der freien Phase können Sie die Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung ausüben, sofern Sie den Eintritt eines der folgenden die versicherte Person betreffenden Anlässe oder Ereignisse innerhalb von zwölf Monaten nach dessen Eintritt nachweisen (z. B. durch eine Urkunde oder ein amtliches Zeugnis):

a) Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes;

b) Heirat;

c) Ehescheidung bzw. Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, sofern die Ehe bzw. die eingetragene Lebenspartnerschaft mindestens zwölf Monate bestand;

d) Tod des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners;

e) Pflegefall des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners;

f) Erreichen der Volljährigkeit;

g) Erstmalige Aufnahme einer Berufsausbildung oder eines staatlich anerkannten Studiums;

h) Erfolgreicher Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums oder einer Berufsausbildung;

i) Erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums oder einer Berufsausbildung, die nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird;

j) Erstmaliger Wechsel von einer nicht selbständigen Tätigkeit in eine selbständige oder freiberufliche Tätigkeit, die nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird;

k) Steigerung des monatlichen Bruttoeinkommens aus nicht selbständiger beruflicher Tätigkeit um mehr als 10 % gegenüber dem durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommen der letzten 12 Monate (jeweils einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld, aber ohne Bonuszahlungen, variablen Gehaltsteilen, Tantiemen oder Sonderzahlungen) oder Steigerung der Summe der Bruttoeinkommen aus selbständiger beruflicher Tätigkeit der beiden letzten Kalenderjahre (im Vergleich zu den beiden davor liegenden Kalenderjahren) um mehr als 20 %;

l) Wegfall der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung;

m) Wegfall oder Kürzung um mindestens 15 % einer berufsständischen Altersversorgung;

n) Wegfall oder Kürzung um mindestens 25 % einer betrieblichen Altersversorgung;

o) Erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung;

p) Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Neugründung bzw. Übernahme einer (bestehenden) Praxis bzw. Kanzlei oder Einstieg als Partner in eine bestehende Praxis bzw. Kanzlei;

q) Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Finanzierung im gewerblichen Bereich bzw. zur Finanzierung einer Immobilie;

r) Übergang aus einem mindestens ein Jahr laufenden Teilzeit- oder befristeten Arbeitsverhältnis in eine unbefristete Vollzeitstelle;

s) Erfolgreiche Absolvierung einer Meisterprüfung;

t) Erstmaliger Wechsel in einen Beruf, der eine Mitgliedschaft in einer öffentlich rechtlichen Körperschaft erfordert und nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird.

u) Ablauf der Versicherungsdauer des Tarifs KL7PL mit einer eingeschlossenen Berufsunfähigkeitsrente, der zusammen mit einem Tarif BV (selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung) abgeschlossen wurde. Bei diesem Ereignis darf maximal bis zu 100 % der bei Vertragsbeginn innerhalb des Tarifs BV vereinbarten Höhe der Berufsunfähigkeitsrente versichert werden.

Wird dieser Nachweis nicht oder nicht fristgerecht erbracht, ist die Ausübung der Nachversicherungsgarantie zu diesem Zeitpunkt ausgeschlossen.

(2) Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie.

§ 4 Was ist bei der Ausübung der Nachversicherungsgarantie für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente zu beachten?

(1) Wenn sich unsere Annahmen für die Prämienkalkulation von Berufsunfähigkeits-Versicherungen bezüglich Kapitalerträgen (Rechnungszins) und Risikoverlauf seit Abschluss des ursprünglichen Vertrages nicht verändert haben, erfolgt die Erhöhung innerhalb des ursprünglichen Vertrages. Ansonsten behalten wir uns vor, dass die Erhöhung durch den Abschluss einer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung oder einer Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Anschlussversicherung) nach den dann gültigen Tarifen auf Grundlage der dann gültigen Kalkulationsgrundlagen erfolgt.

(2) Die Prämie für die Erhöhung errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person sowie der verbleibenden Versicherungs- und Leistungsdauer. Erfolgt die Ausübung der Nachversicherungsgarantie gemäß Absatz 1 über den Abschluss einer Anschlussversicherung, sind für die Erhöhung zusätzlich der zu diesem Zeitpunkt ausgeübte Beruf sowie die dann gültigen Tarife, Versicherungsbedingungen und Steuerregelungen maßgeblich. Sollte der ausgeübte Beruf zum Erhöhungstermin in den für das Neugeschäft gültigen Tarifen nicht mehr versicherbar sein, gilt für die Anschlussversicherung die Prämie der Risikogruppe für Berufe mit dem höchsten Berufsunfähigkeitsrisiko. Etwaige in der bisherigen Versicherung vereinbarte Leistungseinschränkungen und Risikozuschläge gelten stets auch für die Anschlussversicherung.

Für die Anschlussversicherung können - soweit tariflich vorgesehen - folgende Tarifeigenschaften vereinbart werden, falls sie jeweils bereits für die bestehende Versicherung gegolten haben:

- Planmäßige Erhöhung von Prämie und Leistung (Dynamik),

- Weiterführung der Dynamik der Hauptversicherung im Leistungsfall der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung,

- Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall,

- Leistungen wegen Krankschreibung.

(3) Unabhängig von der Art der Erhöhung gilt bei jeder Ausübung der Nachversicherungsgarantie außerdem Folgendes:

a) Pro Ereignis darf maximal bis zu 100 % der zu Vertragsbeginn vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente zusätzlich versichert werden.

b) Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente innerhalb der freien Phase (§ 2) sind insgesamt begrenzt auf maximal 100 % der zu Vertragsbeginn vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente.

c) Wenn die zu Vertragsbeginn vereinbarte jährliche Berufsunfähigkeitsrente mindestens 6.000 EUR beträgt und die versicherte Person das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, gilt die Begrenzung nach a) und b) jedoch nicht bei einer Erhöhung

- nach Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums bzw.

- nach Abschluss einer Ausbildung zum Wirtschaftsprüfer oder Steuerberater

und erstmaliger Aufnahme einer der Ausbildung entsprechenden beruflichen Tätigkeit, wenn die Erhöhung innerhalb von 3 Monaten nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit erfolgt. Die insgesamt bei uns versicherten Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten der versicherten Person dürfen die Grenzen gemäß Buchstabe e) nicht übersteigen.

Ist dieser Vertrag aus dem Umtausch einer Erwerbsunfähigkeits-Versicherung hervorgegangen, so dürfen die insgesamt bei uns versicherten, aus einem Umtausch hervorgegangenen Berufsunfähigkeitsrenten durch eine Erhöhung innerhalb der freien Phase eine Jahresrente von 12.000 EUR nicht übersteigen.

d) Ist die Berufsunfähigkeitsrente zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie niedriger als die zu Vertragsbeginn vereinbarte, gilt zusätzlich zu a) und b): Es dürfen maximal bis zu 100 % der zum Zeitpunkt der Ausübung versicherten Berufsunfähigkeitsrente zusätzlich versichert werden.

e) Die insgesamt bei uns versicherten Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten der versicherten Person dürfen eine Jahresrente von

- 30.000 EUR bei Ausübung der Nachversicherungsgarantie in der freien Phase bzw.

- 36.000 EUR bei Ausübung der Nachversicherungsgarantie in der gebundenen Phase

nicht übersteigen. Sofern für den Beruf der versicherten Person niedrigere Jahresrenten als maximal zulässige Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten tariflich festgelegt sind, dürfen durch die Erhöhung diese niedrigeren Werte nicht überschritten werden. Dies kann im Einzelfall dazu führen, dass Sie die Nachversicherungsgarantie nicht ausüben können, wenn diese Grenzen bereits mit der ursprünglich versicherten Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erreicht sind.

f) Bei Ausübung der Nachversicherungsgarantie über eine Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gilt zusätzlich:

- Sie können die jährliche Prämie der Rentenversicherung um bis zu 1.800 EUR erhöhen.

- Eine versicherte Todesfallleistung erhöht sich durch die Ausübung der Nachversicherungsgarantie auf Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente grundsätzlich nicht. Erfordert die Rentenversicherung jedoch eine Mindest-Todesfallleistung, kann sich Ihre versicherte Todesfallleistung erhöhen. Die Erhöhung ist in diesem Fall auf die Mindest-Todesfallleistung begrenzt.

g) Wenn die Berufsunfähigkeitsrente im Rahmen einer Basisrente versichert ist, müssen nach der Erhöhung weiterhin mehr als 50 % der für den Vertrag zu zahlenden Prämien auf die Altersvorsorge entfallen. Führt das dazu, dass eine Erhöhung nicht bzw. nicht in voller Höhe durchführbar ist, kann dies außerhalb der Basisrente durch den Abschluss einer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung nach den dann gültigen Tarifen auf Grundlage der dann gültigen Kalkulationsgrundlagen ausgeglichen werden.

h) Voraussetzung für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ist, dass ein Bedarf der versicherten Person besteht.

Ein Bedarf besteht nur, sofern zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie die im Falle der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit für die versicherte Person insgesamt zu erwartenden Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zu dem letzten jährlichen Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person stehen. Als Bruttoeinkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeit einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld. Tantiemen, Bonus- oder Sonderzahlungen werden grundsätzlich nicht berücksichtigt. Bei Selbstständigen im Sinne dieser Bedingungen gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb, aus selbstständiger Arbeit oder aus Land- und Forstwirtschaft als Bruttoeinkommen im Sinne dieser Bedingungen.

Für die Ermittlung des Bedarfs verwenden wir als Rechengröße die gewichtete Gesamtleistung. Die gewichtete Gesamtleistung ist die Summe aller zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie für die versicherte Person insgesamt versicherten Leistungen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bei privaten Versicherern sowie der Erhöhungsrente, wobei Versicherungen der privaten Altersversorgung dabei zu 100 %, Versicherungen der Basisversorgung zu 80 % und Direktversicherungen, Pensionskassen- sowie Rückdeckungsversicherungen zu 67 % berücksichtigt werden; privat fortgeführte Direkt- oder Pensionskassenversicherungen gelten diesbezüglich als private Altersversorgung.

Durch die Ausübung der Nachversicherungsgarantie darf die so ermittelte gewichtete Gesamtleistung 60 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit nicht überschreiten.

Wir haben das Recht, das Bestehen des Bedarfs vor jeder Ausübung der Nachversicherungsgarantie zu überprüfen. Wir können von Ihnen verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Überprüfung des Bedarfs erforderlich ist, und dass Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Überprüfung des Bedarfs zu ermöglichen. Hierzu werden wir Ihnen mitteilen, welche Auskünfte und Informationen wir von Ihnen für eine solche Überprüfung benötigen. Sie sind verpflichtet, die von Ihnen gemachten Angaben nachzuweisen. Wird dieser Nachweis nicht oder nicht fristgerecht erbracht, ist die Ausübung der Nachversicherungsgarantie zu diesem Zeitpunkt ausgeschlossen. Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie.

Im Rahmen der Überprüfung sind Sie gesetzlich verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umständen, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben; andernfalls riskieren Sie den Verlust Ihres erhöhten Versicherungsschutzes. Über diese Pflicht und die Rechtsfolgen einer Pflichtverletzung werden wir Sie bei der Überprüfung schriftlich informieren und belehren.

Ist eine andere Person versichert, gelten die vorstehenden Bestimmungen für diese andere versicherte Person entsprechend.

(4) Die Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente bzw. der Abschluss der Anschlussversicherung erfolgt frühestens zur nächsten Prämienfälligkeit nach Zugang Ihrer Mitteilung und spätestens zu Beginn des nächstfolgenden Versicherungsjahres. Haben Sie keinen Erhöhungstermin mitgeteilt, so erfolgt die Erhöhung zu Beginn des nächstfolgenden Versicherungsjahres. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin. Im Falle des Abschlusses einer Anschlussversicherung darf die am Erhöhungstermin auf volle Jahre aufgerundete verbleibende Versicherungs- und Leistungsdauer der bereits bestehenden Versicherung nicht überschritten werden.

(5) Beantragen Sie eine Erhöhung des Versicherungsschutzes, verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung. Die bestehende Berufsunfähigkeitsversicherung und die Anschlussversicherung bilden eine Einheit. Erklären wir zur bestehenden Berufsunfähigkeitsversicherung wegen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung einen Rücktritt, eine Anfechtung, eine Kündigung oder eine Vertragsänderung, wird die Anschlussversicherung von der entsprechenden Erklärung mit erfasst.

§ 5 Wann entfällt die Nachversicherungsgarantie?

Die Ausübung der Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung ist nicht möglich,

- falls der Vertrag zum Zeitpunkt der Ausübung prämienfrei gestellt ist,

- falls die versicherte Person zum Erhöhungstermin gemäß § 4 Absatz 4 das 50. Lebensjahr vollendet hat oder

- falls der Versicherungsfall gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung, den Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, den Besonderen Bedingungen für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit bzw. den Besonderen Bedingungen für die Leistungen wegen Krankschreibung zum Zeitpunkt der Ausübung bereits eingetreten ist. Dies bedeutet auch, dass die Ausübung nicht mehr möglich ist, falls Leistungen nach Eintritt des Versicherungsfalls wieder eingestellt wurden. Stellt sich nach Ausübung der Nachversicherungsgarantie heraus, dass der Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Ausübung bereits eingetreten war, entfällt die Erhöhung rückwirkend.

Weiterhin ist die Ausübung der Nachversicherungsgarantie nicht möglich, sobald ein Antrag auf Leistung gestellt wurde.

ERL-BU: Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit - Erläuterungen und Hinweise zum Versicherungsschutz und zu den Bedingungen

(LV_ERLBU.2101)

Sehr geehrter Kunde,

mit den nachstehenden Erläuterungen möchten wir Ihnen ergänzend zu unseren BU-Bedingungen einige weitere Informationen über Ihren Versicherungsschutz geben und die wichtigsten Leistungsvoraussetzungen noch transparenter darstellen. Die Erläuterungen und Informationen sind zwangsläufig auf verschiedene berufliche Verhältnisse und Situationen ausgerichtet, so dass einzelne Informationen entweder gar nicht oder erst im Laufe der Zeit für Sie bzw. für Ihre Berufsunfähigkeit von Bedeutung sind. Die "Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit" wird im Rahmen dieser Erläuterungen nicht behandelt, da sich diese ausschließlich auf das Ausmaß einer Pflegebedürftigkeit bezieht. Die Erläuterungen gelten sowohl für die selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherung, die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung als auch für die Versicherungen, bei denen das Berufsunfähigkeitsrisiko als integrierte Leistung mitversichert ist; sie sind Bestandteil Ihres Vertrages und bieten Ihnen zusätzliche Rechtssicherheit für den Leistungsfall. In den Erläuterungen verwenden wir für den Begriff "Berufsunfähigkeit" die Abkürzung "BU".

Gliederung

§ 1 Welche Ursachen müssen zur BU geführt haben?

§ 2 Beinhaltet eine gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (AU) zugleich den Nachweis einer BU?

§ 3 Nach welchen Kriterien und von wem wird der Grad der BU ermittelt?

§ 4 Wie lange muss der Zustand der BU anhalten?

§ 5 Kann Demenz zu einer BU im Sinne der Bedingungen führen?

§ 6 Welche Anforderungen werden an den versicherten Beruf gestellt?

§ 7 Welche Kriterien sind bei der BU-Feststellung "Selbständiger" zusätzlich zu berücksichtigen?

§ 8 Welche Bedeutung hat die Umorganisation Ihres Betriebes auf die BU-Feststellung?

§ 9 Wann spielt die Umorganisation bei der BU-Feststellung keine Rolle?

§ 10 Spielt die Umorganisation des Arbeitsplatzes auch bei der BU-Feststellung eines Arbeitnehmers eine Rolle?

§ 11 Welcher Beruf ist für die Feststellung der BU maßgeblich?

§ 12 Können Sie bei BU-Eintritt auf einen anderen Beruf verwiesen werden?

§ 13 Welcher Beruf ist im Falle einer Berufsunterbrechung oder des Ausscheidens aus dem Berufsleben maßgeblich?

§ 14 Welche Bedeutung hat ein vor BU-Eintritt vorgenommener Berufswechsel?

§ 15 Welche medizinischen Nachweise sind für die Feststellung Ihrer BU erforderlich?

§ 16 Wirkt sich die Nichtbeachtung ärztlicher Anordnungen nachteilig auf Ihren Leistungsanspruch aus?

§ 17 Was ist nach Beginn unserer Leistungspflicht zu beachten?

§ 18 Welche Auswirkungen hat die Fortsetzung Ihrer "bisherigen" Berufsausübung nach BU-Eintritt?

§ 19 Welche Auswirkungen hat eine nach BU-Eintritt aufgenommene "neue" berufliche Tätigkeit?

§ 20 Welche Auswirkungen hat die Leistungseinstellung bei Wegfall der Berufsunfähigkeit?

§ 21 In welchem Umfang kann bis zur Feststellung einer BU die weitere Prämienzahlung gestundet werden?

§ 22 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

Anhang: Erläuterung von Fachbegriffen

§ 1 Welche Ursachen müssen zur BU geführt haben?

Entscheidendes Merkmal der Berufsunfähigkeit ist die Beeinträchtigung der Berufsausübung durch Krankheit, Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls. Der entsprechende Krankheitszustand und die Funktionsbeeinträchtigungen müssen medizinisch objektiviert sein und von den behandelnden Ärzten durch ausführliche Behandlungs- sowie Befundberichte nachgewiesen werden. Für unsere Leistungsentscheidung können wir weitere Nachweise anfordern.

§ 2 Beinhaltet eine gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (AU) zugleich den Nachweis einer BU?

Nein, Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit sind unterschiedliche Arten einer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigung und schließen sich typischerweise gegenseitig aus. Die AU als arbeits- und krankenversicherungsrechtlicher Begriff geht grundsätzlich davon aus, dass ihr Zustand nur von vorübergehender Natur ist und die Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit wieder hergestellt ist. Von einer BU hingegen ist auszugehen, wenn der körperlich-geistige Zustand medizinisch objektiv derart beschaffen ist, dass eine günstige Prognose für die Wiederherstellung der verloren gegangenen Fähigkeiten in einem den BU-Bedingungen entsprechenden Zeitraum nicht gestellt werden kann. Eine ärztlich bescheinigte AU beinhaltet demzufolge nicht automatisch auch den Nachweis für eine bedingungsgemäße BU. Dies schließt aber nicht aus, dass die zur AU führenden Gesundheitsstörungen und ihre Funktionseinbußen zugleich auch Ursache einer bedingungsgemäßen BU sein können. Sofern bei Ihnen über einen Zeitraum von voraussichtlich sechs Monaten ununterbrochen eine AU zu erwarten ist, sollten Sie vorsorglich Ansprüche wegen BU anmelden und uns die hierfür erforderlichen Nachweise vorlegen. Unsere Leistungspflicht bei einer Sechsmonatsprognose bleibt hiervon unberührt.

Haben Sie Leistungen wegen Krankschreibung mitversichert, können Sie bei einer ärztlich bescheinigten AU unter bestimmten Voraussetzungen auch bei (noch) nicht nachgewiesener BU Leistungen erhalten. Detaillierte Informationen entnehmen Sie bitte den Besonderen Bedingungen für die Leistungen wegen Krankschreibung.

§ 3 Nach welchen Kriterien und von wem wird der Grad der BU ermittelt?

Der Grad Ihrer BU muss mindestens 50 % betragen. Die Feststellung des BU-Grades erfordert zwingend eine möglichst genaue Klärung der Frage, wie sich die ärztlich nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung auf Ihre Fähigkeit zur Ausübung Ihres konkreten Berufes auswirkt. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, in welchem Umfang diese Auswirkungen die Ihren Beruf prägenden Haupttätigkeiten und Hauptaufgaben treffen und welche Nebentätigkeiten Ihres Berufes hiervon ebenfalls betroffen sind. Erst wenn Ihr konkretes berufliches Belastungsprofil mit all seinen Einzeltätigkeiten und Einzelanforderungen im Detail bekannt ist, können die gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen jeder einzelnen beruflichen Tätigkeit, Aufgabe und Anforderung zugeordnet werden. Die nach dieser Methode festgestellte Beeinträchtigung führt zwangsläufig und zuverlässig zu einem Gesamtbild der beruflichen Einschränkungen und damit zu dem für Sie geltenden Grad der BU. Der BU-Grad wird durch unsere Gesellschaft unter Berücksichtigung der uns bekannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der uns im Einzelnen nachgewiesenen beruflichen Anforderungsprofile festgelegt, wobei wir uns in Einzelfällen berufskundlicher und weiterer medizinischer Beratungen bedienen.

§ 4 Wie lange muss der Zustand der BU anhalten?

Die BU muss nach Art der Gesundheitsstörungen und nach dem Ausmaß ihrer Funktionseinbußen voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu erwarten sein. Hierfür sind von den behandelnden Ärzten ausführliche Behandlungs- sowie Befundberichte beizubringen. Sollten die behandelnden Ärzte diese Prognose nicht stellen wollen oder können, reicht es für die Feststellung bedingungsgemäßer BU auch aus, wenn die BU tatsächlich mindestens sechs Monate ununterbrochen bestanden hat und der Nachweis hierüber geführt wird. Für unsere Leistungsentscheidung können wir weitere Nachweise anfordern. Sofern wir Ihre BU auf Grund einer sechsmonatigen Prognosestellung anerkannt und entsprechende Leistungen gewährt haben, brauchen Sie uns die erbrachten Leistungen nicht zu erstatten, wenn sich durch unsere Nachprüfung der BU herausstellt, dass die BU tatsächlich nicht mindestens ununterbrochen sechs Monate vorgelegen hat und wir die Gewährung weiterer Leistungen einstellen.

Bei Ablauf einer etwaigen vereinbarten Karenzzeit prüfen wir erneut, ob die Voraussetzungen für eine BU weiterhin vorliegen. Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit im Sinne der BU-Bedingungen ein, gelten die im Paragraphen "Was ist versichert?" im Abschnitt "Leistungsbeschreibung" der BU-Bedingungen genannten Voraussetzungen auch für die erneute Berufsunfähigkeit. Beruht die erneute Berufsunfähigkeit auf derselben medizinischen Ursache wie die beendete Berufsunfähigkeit, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten angerechnet.

§ 5 Kann Demenz zu einer BU im Sinne der Bedingungen führen?

Demenz ist der Oberbegriff für Erkrankungsbilder, die mit einem Verlust der geistigen Funktionen wie Denken, Erinnern, Orientierung und Verknüpfen von Denkinhalten einhergehen und die dazu führen, dass alltägliche Aktivitäten nicht mehr eigenständig durchgeführt werden können. Demenz ist eine Krankheit im Sinne des Paragraphen "Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?" der BU-Bedingungen und kann somit zu einen Leistungsanspruch führen, wenn Art, Schwere und Ausmaß dieser Krankheit nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate mindestens zu 50 % außer Stande sein wird, ihrem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen.

Dies ist z. B. erfüllt bei einer Demenz mit mittelschweren Leistungseinbußen ab einem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg oder ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala.

§ 6 Welche Anforderungen werden an den versicherten Beruf gestellt?

Bei dem versicherten Beruf muss es sich um eine im Rahmen der geltenden Rechtsordnung ausgeübte Er-

werbstätigkeit handeln, die auf die für sie geltende Ausübungsdauer angelegt und die auf den Erwerb der Lebenshaltungskosten ausgerichtet ist. Die Art dieser Erwerbstätigkeit sowie die hieraus bezogene Vergütung bestimmen und prägen in aller Regel die wirtschaftlich-soziale Lebensstellung und bilden auch deren Status in der Gesellschaft.

Die folgenden beruflichen Ausprägungen werden wie jeweils beschrieben berücksichtigt.

§ 7 Welche Kriterien sind bei der BU-Feststellung "Selbständiger" zusätzlich zu berücksichtigen?

Zu den "Selbständigen" zählen mitarbeitende Unternehmer, Betriebs- und Geschäftsinhaber, beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF) sowie freiberuflich Tätige, die hinsichtlich ihrer Berufsausübung keiner Fremdbestimmung unterworfen sind. Die BU des "Selbständigen" beurteilt sich gemäß der Rechtsprechung nach der konkreten Gestaltung seines Betriebes, seinen bisher im Betrieb wahrgenommenen Tätigkeits- und Aufgabenfeldern und der im Betrieb etwa bestehenden Möglichkeiten einer Umorganisation der Arbeit oder einer Aufgabenumverteilung. Die hieraus für die Feststellung der BU abgeleiteten zusätzlichen Prüfkriterien erklären sich durch die herausragende berufliche Stellung des "Selbständigen" in seinem Betrieb und seinen besonderen Rechten, die Bestandteile seines Berufes sind und die seinen Beruf prägen.

§ 8 Welche Bedeutung hat die Umorganisation Ihres Betriebes auf die BU-Feststellung?

Wenn Sie im Rahmen Ihres unternehmerischen Freiraums und Ihres Direktionsrechts durch eine mögliche und zumutbare betriebliche Umorganisation

- für sich neue oder andere Tätigkeitsfelder in Ihrem Betrieb schaffen können,

- die gegenüber Ihren bisherigen Tätigkeiten gleichwertig und Ihrer beruflichen Stellung im Betrieb angemessen sind,

- zu deren Ausübung Sie auch die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse besitzen und

- die Sie mit Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung auch ausüben können,

liegen die Voraussetzungen für eine BU im Sinne der BU-Bedingungen nicht vor. Ihre durch vorgenannte Maßnahmen in Ihrem Betrieb geschaffenen neuen Tätigkeitsfelder resultieren allein aus dem zum Bestandteil Ihres Berufes gehörenden "Direktionsrecht" und sind somit nicht Folge einer Verweisung durch unsere Gesellschaft (siehe hierzu auch § 12).

Die Zumutbarkeit einer Umorganisation ist nicht von einer völligen Kostenneutralität abhängig. Gewisse kostenbedingte Einkommensminderungen sind von Ihnen dann hinzunehmen, wenn dadurch Ihr erzieltes Einkommen aus Erwerbstätigkeit nach Umorganisation nicht spürbar unter das Niveau des zuletzt erzielten Einkommens aus Erwerbstätigkeit bei Eintritt der Berufsunfähigkeit absinkt. Eine Entscheidung über die Zumutbarkeit von einkommensmindernden Kosten einer Umorganisation kann gerechterweise nur im konkreten Einzelfall unter Berücksichtigung der bei BU-Eintritt vorliegenden betrieblichen Verhältnisse und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen getroffen werden. Zumutbar sind laufende Einkommensminderungen von weniger als 20 % - bezogen auf das Einkommen aus Erwerbstätigkeit (vor Abzug von Steuern). Zudem sind einmalige einkommensmindernde Kosten zumutbar, sofern sie 25 % aller versicherten BU-Leistungen (versicherte jährliche BU-Renten und Bruttoprämien) einschließlich der versicherten BU-Leistungen bei anderen Versicherern nicht übersteigen. Sollten sich jedoch auf Grund der Rechtsprechung der Oberlandesgerichte oder des Bundesgerichtshofes geringere Zumutbarkeitsbegrenzungen ergeben, wären diese zu berücksichtigen.

§ 9 Wann spielt die Umorganisation bei der BU-Feststellung keine Rolle?

Wenn Sie nachweisen, dass die Umorganisation aus einem der nachstehend genannten Gründe nicht durchführbar ist, spielt die Frage einer Umorganisation für die Feststellung Ihrer BU keine Rolle. Mögliche Gründe sind:

- die Betriebsstruktur oder die Betriebsgröße lassen keine Umorganisation zu,

- die Anzahl der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterstruktur erlauben keine Umorganisation,

- die Umorganisation wäre betriebswirtschaftlich unsinnig oder ist rechtlich unzulässig,

- die Umorganisation erfordert einen erheblichen Kapitaleinsatz,

- die Umorganisation wäre mit unzumutbar hohen Kosten verbunden, die Ihnen eine spürbare und nachhaltige Einkommensminderung bescheren würden,

- durch eine Umorganisation würden Ihnen nur Tätigkeitsfelder verbleiben bzw. geschaffen, für deren Ausübung Ihnen die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse oder die gesundheitlichen Voraussetzungen fehlen,

- durch eine Umorganisation würden Ihnen keine Ihrer Position angemessenen Tätigkeitsfelder, sondern nur noch Verlegenheitsarbeiten verbleiben.

Weitere Informationen können Sie § 8 entnehmen.

Auf Wunsch unterstützen wir Sie bei der Beschaffung und der inhaltlichen Ausgestaltung der von Ihnen hierzu beizubringenden Nachweise.

§ 10 Spielt die Umorganisation des Arbeitsplatzes auch bei der BU-Feststellung eines Arbeitnehmers eine Rolle?

Nein, wenn Sie als Arbeitnehmer tätig sind, unterliegen Sie grundsätzlich der Fremdbestimmung durch Ihren Arbeitgeber. Zu den Bestandteilen Ihrer Berufsausübung als Arbeitnehmer zählen weder ein unternehmerisches Gestaltungsrecht noch das Direktionsrecht, so dass Sie auch nicht das Recht zur Umorganisation Ihres Arbeitsplatzes besitzen. An diesem rechtlichen Status würde auch eine etwaige Zustimmung Ihres Arbeitgebers zur Umorganisation des Arbeitsplatzes nichts ändern. Wir gehen demzufolge bei der BU-Feststellung weder der Frage einer möglichen Umorganisation Ihres Arbeitsplatzes nach noch verlangen wir von Ihnen Nachweise darüber, dass eine Umorganisation nicht möglich ist oder Ihr Arbeitgeber einer möglichen Umorganisation Ihres Arbeitsplatzes die Zustimmung versagt.

§ 11 Welcher Beruf ist für die Feststellung der BU maßgeblich?

Wir legen der BU-Feststellung den von Ihnen zuletzt bei Eintritt der BU ausgeübten Beruf zu Grunde, und zwar in seiner konkreten Ausgestaltung ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen. Hierdurch wird sichergestellt, dass sich die Bewertung der Auswirkungen Ihrer gesundheitsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen nicht nur auf die Tätigkeitsverhältnisse bei BU-Eintritt beschränkt, sondern sich auch auf etwa zuvor aus gesundheitlichen Gründen aufgegebene oder eingeschränkte Aufgaben und Tätigkeiten erstreckt.

§ 12 Können Sie bei BU-Eintritt auf einen anderen Beruf verwiesen werden?

Nein, bei der Erstprüfung Ihrer BU spielt es keine Rolle, ob Sie auf Grund vorhandener Fähigkeiten und Kenntnisse oder auf Grund Ihrer Ausbildung und Erfahrung einen anderen Beruf ausüben könnten (abstrakte Verweisung) oder einen derartigen anderen Beruf bereits ausüben (konkrete Verweisung). Es bestehen also keine Verweisungsrechte, die eine Anerkennung Ihrer BU verhindern können. Der vorgenannte Verweisungsverzicht gilt natürlich auch für "Selbständige", wobei eine etwaige weitere Ausübung ihres Berufes im eigenen Betrieb mit einem anderen Tätigkeits- oder Aufgabenfeld nicht Gegenstand einer Verweisung ist (siehe hierzu auch die Ausführungen in § 7 bis § 9 sowie in Paragraph "Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung, der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. der Besonderen Bedingungen für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit).

§ 13 Welcher Beruf ist bei einer Unterbrechung des Berufs, bei Reduktion auf Teilzeit während der Unterbrechung oder nach Ausscheiden aus dem Berufsleben entscheidend?

Eine Unterbrechung der Berufsausübung kann wegen

- Mutterschutz mit Bezug von Mutterschaftsleistungen,

- gesetzlicher Elternzeit mit Bezug von Elterngeld,

- Pflege von nahen Angehörigen im häuslichen Umfeld mit vollständiger oder teilweiser Freistellung von der Arbeit,

- Betreuung von minderjährigen, pflegebedürftigen nahen Angehörigen außerhalb des häuslichen Umfeldes mit vollständiger oder teilweiser Freistellung von der Arbeit,

- Sabbatjahr bzw. Sabbatical mit ruhendem Arbeitsverhältnis,

- behördlich bewilligter Kurzarbeit oder

- Arbeitslosigkeit

eintreten. Während einer Unterbrechung oder nach Ausscheiden aus dem Berufsleben ist für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit der zuletzt ausgeübte Beruf entscheidend. Dabei berücksichtigen wir die konkreten Anforderungs- und Tätigkeitsprofile unmittelbar vor der Unterbrechung oder dem Ausscheiden. Wurde vor der Unterbrechung eine Vollzeittätigkeit ausgeführt, dann wird diese auch bei einer während der Unterbrechung ausgeübten Teilzeittätigkeit zugrunde gelegt. Bei einer Unterbrechung wegen Pflege oder Betreuung werden die mit der Pflege und Betreuung verbundenen Tätigkeiten bei der Feststellung einer Berufsunfähigkeit nicht berücksichtigt. Bei einer Teilzeittätigkeit werden Tätigkeiten als Hausfrau / Hausmann ebenfalls nicht berücksichtigt.

Wie in § 11 beschrieben, gilt auch hier: Wir berücksichtigen vor der Unterbrechung oder dem Ausscheiden aus gesundheitlichen Gründen aufgegebene oder geänderte Tätigkeiten und Aufgaben.

§ 14 Welche Bedeutung hat ein vor BU-Eintritt vorgenommener Berufswechsel?

Sie sind nicht verpflichtet, uns einen Berufswechsel anzuzeigen. Wenn Sie Ihren Beruf oder Ihre beruflichen Aufgaben- und Tätigkeitsfelder gewechselt oder wesentlich geändert haben und diese berufliche Neuorientierung auf die für die Ausübung des neuen Berufs geltende Dauer angelegt sowie auf den Erwerb der Lebenshaltungskosten ausgerichtet ist, gilt Ihr neuer Beruf bzw. die neue berufliche Tätigkeit als "maßgeblicher Beruf" im Sinne von § 11 für die Feststellung Ihrer BU, und zwar selbst dann, wenn Sie den neuen Beruf bei BU-Eintritt erst kurze Zeit ausgeübt haben.

§ 15 Welche medizinischen Nachweise sind für die Feststellung Ihrer BU erforderlich?

Grundsätzlich benötigen wir zur medizinischen Prüfung und Bewertung Ihrer BU ausführliche Behandlungs- und Befundberichte Ihrer behandelnden Ärzte. Dabei besteht für Sie freie Arztwahl. Bei der medizinischen Auswertung der ärztlichen Unterlagen beraten wir uns mit unseren Gesellschaftsärzten. Lassen sich nach den vorliegenden Arztberichten und nach dem Ergebnis unserer Prüfung das genaue Ausmaß Ihrer gesundheitlichen Funktionseinbußen und damit Ihre beruflichen Leistungseinschränkungen nicht exakt bewerten oder sind die von den Ärzten erhobenen Diagnosen nicht hinreichend medizinisch objektiviert, werden wir die bestehenden Defizite

- durch weitere gezielte Rückfragen bei Ihren Ärzten,

- durch etwaige Ergänzungsuntersuchungen, mit denen wir nach Abstimmung mit Ihnen grundsätzlich nur Ihre Ärzte auf unsere Kosten beauftragen würden, oder

- in Einzelfällen durch eine Begutachtung auf unsere Kosten durch Fachärzte

klären bzw. beseitigen. Über den Grund dieser Nachfragen werden wir Sie zeitnah informieren.

§ 16 Wirkt sich die Nichtbeachtung ärztlicher Anordnungen nachteilig auf Ihren Leistungsanspruch aus?

Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung. Ausgenommen hiervon sind der ärztlich empfohlene Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie ärztlich empfohlene Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten. Lässt die versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete Maßnahmen zur Heilung oder Minderung der Berufsunfähigkeit (z. B. Suchtentzug, Diäten, operative Behandlungsmaßnahmen) nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen.

§ 17 Was ist nach Beginn unserer Leistungspflicht zu beachten?

Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus die Aufnahme einer Berufstätigkeit nach Eintritt einer BU, sei es in Ihrem bisherigen oder in einem anderen (neuen) Beruf, anzuzeigen. Erst wenn wir Sie im Rahmen der bedingungsgemäß vorgesehenen Nachprüfung Ihrer BU danach fragen, ob Sie nach Eintritt Ihrer BU eine berufliche Tätigkeit ausüben, in welchem Beruf dies geschieht und wie die Tätigkeit ausgestaltet ist, sind Sie zur Auskunft verpflichtet. Der Zeitpunkt der Nachprüfung wird individuell nach Sachverhalt (z. B. Beruf, Alter der versicherten Person, Krankheitsbild) festgelegt. Zu gegebener Zeit werden wir auf Sie zukommen. Die Einstellung der Leistung aufgrund einer Nachprüfung erfolgt frühestens nach 6 Monaten gerechnet ab dem Beginn unserer Leistungspflicht. Einzelheiten zur Nachprüfung, die sich natürlich auch auf die medizinische Seite der BU erstreckt, ergeben sich aus dem Paragraphen "Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?" im Abschnitt "Leistungsauszahlung" der BU-Bedingungen.

§ 18 Welche Auswirkungen hat die Fortsetzung Ihrer "bisherigen" Berufsausübung nach BU-Eintritt?

Eine völlige Aufgabe Ihrer Berufstätigkeit ist nicht Voraussetzung für den Eintritt bedingungsgemäßer BU. Sie verlieren Ihren Anspruch auf die anerkannten Leistungen grundsätzlich auch dann nicht, wenn Sie unter Einsatz übermäßiger Anstrengungen oder unter Aufzehrung Ihrer verbliebenen gesundheitlichen Substanz Ihre Berufstätigkeit mit dem bisherigen vollständigen beruflichen Belastungsprofil oder nur mit den durch Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung nicht betroffenen Tätigkeitsfeldern fortsetzen, vorausgesetzt natürlich, der vertraglich vereinbarte BU-Mindestgrad wird nach ärztlichen Feststellungen erreicht.

Aber Achtung! Die bloße Tatsache, dass Sie nach wie vor und über einen längeren Zeitraum Ihren bisherigen Beruf in vollem Umfange uneingeschränkt trotz ärztlich bestätigter gesundheitlicher Funktionseinbußen ausüben, kann als Wiederherstellung Ihrer Berufsfähigkeit angesehen werden. Insofern kann also die Tatsache der vollen Berufsausübung als Nachweis wieder erlangter Berufsfähigkeit höher bewertet werden, als eine entgegenstehende ärztliche Aussage über Ihre Berufsunfähigkeit. Würden wir im Rahmen der Nachprüfung Ihrer BU auf einen solchen Sachverhalt treffen, wäre eine eingehende medizinische Überprüfung Ihrer BU angezeigt.

§ 19 Welche Auswirkungen hat eine nach BU-Eintritt aufgenommene "neue" berufliche Tätigkeit?

Wenn Sie sich nach Eintritt des Versicherungsfalles aus eigener Entscheidung und ohne Einflussmöglichkeit durch uns beruflich neu orientiert haben, können wir auch bei Fortdauer der BU in Ihrem früheren Beruf die BU-Leistungen mit künftiger Wirkung beenden, dies aber nur, wenn alle nachfolgend genannten Kriterien erfüllt werden, und zwar:

- Sie müssen nach Eintritt der BU

- neue berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse erworben haben (z. B. durch ein Studium, eine neue Berufsausbildung, durch "learning by doing" auf Grund praktischer Berufsausübung oder durch andere Maßnahmen),

- Sie müssen auf der Basis dieser neu erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse tatsächlich eine neue berufliche Tätigkeit ausüben,

- die neuen beruflichen Aufgaben- und Tätigkeitsfelder müssen Sie auf Grund Ihrer gesundheitlichen Verhältnisse auch ausüben können,

- die Lebensstellung auf Grund der neuen beruflichen Tätigkeit muss der Lebensstellung Ihres früheren Berufes entsprechen (zur vergleichenden Betrachtung zweier Lebensstellungen siehe die Ausführungen in § 6 und in Paragraph "Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung, der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. der Besonderen Bedingungen für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit).

§ 20 Welche Auswirkungen hat die Leistungseinstellung bei Wegfall der Berufsunfähigkeit?

Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne der BU-Bedingungen nicht mehr vor, so werden wir unsere Leistungen einstellen. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit; sie wird nicht vor Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam, frühestens jedoch ab dem darauf folgenden Rentenzahlungstermin. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Prämienzahlung wieder aufgenommen werden. Ist nach Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung keine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert, ist die Prämienzahlung zu Beginn des darauf folgenden Prämienzahlungsabschnittes wieder aufzunehmen.

§ 21 In welchem Umfang kann bis zur Feststellung einer BU die weitere Prämienzahlung gestundet werden?

Da die Feststellung der BU erfahrungsgemäß eine vorher nicht bestimmbare Zeit in Anspruch nehmen kann, stunden wir Ihnen auf Antrag die an sich weiterhin zu entrichtenden Prämien für die Dauer unserer Leistungsprüfung, ohne hierfür Stundungszinsen zu beanspruchen (die Stundung ist für die Dauer einer etwa vereinbarten Karenzzeit nicht möglich). Die zinslose Prämienstundung endet also mit Bekanntgabe unserer Entscheidung über Ihren Leistungsanspruch.

Sollte Ihr Leistungsanspruch nicht anerkannt werden, müssten die Prämienzahlung wieder aufgenommen und etwa gestundete Prämien beglichen werden.

Weitere Informationen finden Sie im Paragraphen "Was ist versichert?" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung, der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. der Besonderen Bedingungen für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit.

§ 22 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

Wenn Sie Leistungen aus dieser Versicherung beantragen, haben Sie Anspruch auf Unterstützung:

Wir helfen gerne, insbesondere bei Fragen

- zum Verfahren der Leistungsprüfung,

- zum genauen Versicherungsumfang und zu Leistungsvoraussetzungen,

- zur Beschreibung der bisherigen Berufstätigkeit,

- zur Umorganisation bei Selbständigen

- zum Nachweis der gesundheitlichen Beeinträchtigung und

- zu Ansprechpartnern für medizinische und berufliche Rehabilitation.

Diese Unterstützung können Sie auch gerne telefonisch in Anspruch nehmen.

Im Einzelfall sind wir nach Abstimmung mit Ihnen gerne bereit die für die Prüfung notwendigen Informationen im Rahmen eines persönlichen Gespräches bei Ihnen (Vor-Ort-Kundenservice) aufzunehmen.

Anhang: Erläuterung von Fachbegriffen

Nachstehend möchten wir Ihnen einige wichtige Fachbegriffe näher erläutern:

- Bezugsberechtigter: Das ist die Person, die die Leistung erhält. Sie bestimmen den Begünstigten im Versicherungsvertrag.

- Fahrlässig: Sie handeln fahrlässig, wenn Sie die erforderliche Sorgfalt nicht beachten.

- Karenzzeit: Wenn Sie eine Karenzzeit vereinbaren, zahlen Sie für Ihren Vertrag eine geringere Prämie. Während der Karenzzeit zahlen wir keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit.

- Rechnungsmäßiges Alter: Das rechnungsmäßige Alter ist die Differenz aus dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem jeweils betrachteten Kalenderjahr.

- Risikogruppe: Die Prämie hängt wesentlich von dem bei Abschluss des Vertrags ausgeübten Beruf der versicherten Person ab. Hierzu ordnen wir die Berufe in verschiedene Risikogruppen ein. Übt die versicherte Person einen gefährlichen Beruf aus, ist die Prämie höher als in einem ungefährlichen Beruf.

- Überschussbeteiligung: Überschüsse sind die Erträge, die wir erwirtschaften abzüglich unserer Aufwendungen. In der Lebensversicherung gibt es im Wesentlichen drei Überschussarten: Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse. An unseren Überschüssen beteiligen wir Sie nach den gesetzlichen Vorschriften.

- Versicherungsdauer: Die Versicherungsdauer ist die Zeitspanne, während der Ihr Versicherungsvertrag besteht.

- Versicherungsnehmer: Der Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat. Er wird als solcher im Versicherungsschein genannt. Die in den Versicherungsbedingungen festgelegten Rechte und Pflichten betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer als Vertragspartner.

- Wohnsitz: Der Wohnsitz ist der Ort, an dem eine Person den Mittelpunkt ihrer Lebensverhältnisse hat.

BB-DYN: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Prämie und Leistungen ohne Gesundheitsprüfung

(LV_BB_DYN_RIS.2101)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Im Bedingungstext verwenden wir die Bezeichnung AVB. Damit sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der zugehörigen Hauptversicherung gemeint.

Diese Besonderen Bedingungen ändern bzw. ergänzen die AVB.

Gliederung

I. Allgemeine Regelungen für die Erhöhung von Prämie und Leistungen

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Prämie?
§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämie und Versicherungsleistungen?
§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?
§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?
§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

II. Besondere Regelungen bei Einschluss von Versicherungsleistungen für den Fall von Berufsunfähigkeit

§ 6 In welchen Fällen ist die Erhöhung abhängig vom Bestehen eines Bedarfs?
§ 7 Was geschieht bei Eintritt von Berufsunfähigkeit?

I. Allgemeine Regelungen für die Erhöhung von Prämie und Leistungen

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

(1) Die Erhöhung der Prämie hängt von dem gewählten Anpassungsmodus ab. In der Kundeninformation nennen wir Ihnen den vereinbarten Anpassungsmodus sowie den vereinbarten Prozentsatz der Erhöhung.

(2) Die Erhöhungsprämie wird jeweils ermittelt aus der zuletzt für diese Versicherung gezahlten laufenden Prämie.

Sofern mit Ihnen vereinbart wurde, dass eine oder mehrere bereits bestehende Versicherungen in das Anpassungsrecht einbezogen werden, werden auch die jeweils entrichteten laufenden Prämien dieser Versicherungen bei der Ermittlung berücksichtigt. Ob eine solche Vereinbarung getroffen wurde, werden wir in Ihrem Versicherungsschein angeben.

(3) Die Prämienerhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistung ohne Gesundheitsprüfung.

Da sich die vereinbarten Anpassungen nicht auf die Höhe der Versicherungsleistung, sondern auf die Prämienhöhe beziehen, kann sich die Versicherungsleistung um einen geringeren Prozentsatz als die Prämie erhöhen.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämie und Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhungen der Prämie und der Versicherungsleistungen erfolgen, sofern noch eine Pflicht zur Prämienzahlung besteht, jeweils zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres. Erstmaligen und letztmaligen Erhöhungstermin nennen wir Ihnen in der Kundeninformation.

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt als Vertragsablauf für alle planmäßigen Erhöhungen der Versicherungsleistungen der in der Kundeninformation genannte Vertragsablauf der Anfangsversicherung.

(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 am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person, der restlichen Prämienzahlungsdauer, einem eventuell vereinbarten Prämienzuschlag und den jeweils für Ihren Vertrag zum Erhöhungszeitpunkt geltenden Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen. Hierdurch können sich die Bezeichnung des Tarifs, der Gewinnzuteilungsform sowie die entsprechenden Eingruppierungsmerkmale (z. B. die Tarifgeneration) gegenüber der Anfangsversicherung ändern.

Zu den Kalkulationsgrundlagen gehören unsere Annahmen über Kapitalerträge (Rechnungszins), Risikoverlauf (Sterblichkeit) und Kosten.

Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Prämie (§ 1 Absatz 3).

(2) Wenn bei Ihrer Versicherung auch die Leistung auf Grund eines Zusatztarifs mitversichert ist oder später mitversichert wird, erhöhen sich - soweit nichts anderes vereinbart ist - die Versicherungsleistungen der Zusatzversicherungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung.

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

(1) Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Versicherungsbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, auch für die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

Dies gilt entsprechend auch für die Verteilung der bei der Prämienkalkulation in Ansatz gebrachten Abschluss- und Vertriebskosten (Paragraph "Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?" im Abschnitt "Prämienzahlung" der AVB).

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen für die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht im Antrag bzw. in der unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag und der Selbsttötung (Paragraph "In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?" im Abschnitt "Leistungsbeschreibung" der AVB) 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 die erste erhöhte Prämie nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

(2) Sie können den Erhöhungen beliebig oft widersprechen, ohne Ihr Recht auf zukünftige Erhöhungen zu verlieren.

(3) Für die Erhöhungen der Versicherungsleistungen für den Fall von Berufsunfähigkeit gelten weitere Regelungen, die im Abschnitt II. beschrieben werden. Dieses gilt jedoch nicht mehr, wenn im Zeitpunkt der Erhöhung keine Leistung für den Fall von Berufsunfähigkeit mitversichert ist.

II. Besondere Regelungen bei Einschluss von Versicherungsleistungen für den Fall von Berufsunfähigkeit

§ 6 In welchen Fällen ist die Erhöhung abhängig vom Bestehen eines Bedarfs?

(1) Voraussetzung für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ist, dass ein Bedarf der versicherten Person besteht.

Ein Bedarf besteht nur, sofern zum Zeitpunkt der Erhöhung die im Falle der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit für die versicherte Person insgesamt zu erwartenden Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zu dem letzten jährlichen Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person vor der Erhöhung stehen. Als Bruttoeinkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeit einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld. Tantiemen, Bonus- oder Sonderzahlungen werden grundsätzlich nicht berücksichtigt. Bei Selbstständigen im Sinne dieser Bedingungen gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb, aus selbstständiger Arbeit oder aus Land- und Forstwirtschaft als Bruttoeinkommen im Sinne dieser Bedingungen.

(2) Für die Ermittlung des Bedarfs nach Absatz 1 verwenden wir als Rechengröße die gewichtete Gesamtleistung. Die gewichtete Gesamtleistung ist die Summe aller zum Zeitpunkt der Erhöhung für die versicherte Person insgesamt versicherten Leistungen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bei privaten Versicherern sowie der Erhöhungsrente, wobei Versicherungen der privaten Altersversorgung dabei zu 100 %, Versicherungen der Basisversorgung zu 80 % und Direktversicherungen, Pensionskassen- sowie Rückdeckungsversicherungen zu 67 % berücksichtigt werden; privat fortgeführte Direkt- oder Pensionskassenversicherungen gelten diesbezüglich als private Altersversorgung. Die so ermittelte gewichtete Gesamtleistung darf den in Absatz 3 beschriebenen Höchstsatz nicht überschreiten. Wird der Höchstsatz überschritten, entfällt das Erhöhungsrecht; das heißt, dass die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente zu diesem Zeitpunkt nicht erfolgen kann.

(3) Der Höchstsatz für die gewichtete Gesamtleistung nach Absatz 2 beträgt 65 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit bis zu einem Bruttoeinkommen von 84.000 EUR zzgl. 32,5 % des Teils des letzten jährlichen Bruttoeinkommens, der 84.000 EUR übersteigt.

(4) Sofern wir nach unseren Unterlagen feststellen, dass eine künftige Erhöhung gemäß Absatz 1 entfällt, weil durch die Erhöhung der Höchstsatz gemäß Absatz 3 überschritten würde, werden wir Ihnen dies mitteilen. In diesem Fall ist eine künftige Erhöhung nur möglich, wenn Sie uns nachweisen, dass gleichwohl ein Bedarf besteht, z. B. weil sich Ihr jährliches Bruttoeinkommen erhöht hat.

Darüber hinaus haben wir das Recht, die Voraussetzung des Bestehens eines Bedarfs vor jeder Erhöhung zu überprüfen.

Wir können von Ihnen verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Überprüfung des Bedarfs erforderlich ist, und dass Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Überprüfung des Bedarfs zu ermöglichen. Hierzu werden wir Ihnen mitteilen, welche Auskünfte und Informationen wir von Ihnen für eine solche Überprüfung benötigen.

Das Bestehen des Bedarfs ist von Ihnen nachzuweisen. Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie. Wird von Ihnen der Nachweis des Bedarfs im Rahmen der Überprüfung nicht oder nicht fristgerecht erbracht, sind weitere Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente ab dem Zeitpunkt der Überprüfung durch unsere Gesellschaft ausgeschlossen.

Im Rahmen der Überprüfung sind Sie gesetzlich verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben; andernfalls riskieren Sie den Verlust Ihres erhöhten Versicherungsschutzes. Über diese Pflicht und die Rechtsfolgen einer Pflichtverletzung werden wir Sie bei der Überprüfung schriftlich informieren und belehren.

Ist eine andere Person versichert, gelten die vorstehenden Bestimmungen für diese andere versicherte Person entsprechend.

(5) Sofern eine Erhöhung durchgeführt wurde, ohne dass wir Ihnen mitgeteilt haben, dass der Höchstsatz überschritten ist, oder von unserem Recht auf Überprüfung nach Absatz 4 Gebrauch gemacht haben, gilt der Nachweis des Bedarfs für diese Erhöhung als erbracht.

(6) Das Recht auf Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente nach dem gewählten Anpassungsmodus lebt auf Ihren Antrag hin wieder auf, sofern Sie nachweisen, dass die in Absatz 1 genannte Voraussetzung zur Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente wieder erfüllt ist, und die Berufsunfähigkeit noch nicht eingetreten ist. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

(7) Ist eine Berufsunfähigkeitsrente zu einer Risikoversicherung auf den Todesfall mitversichert, und ist die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ausgeschlossen, weil nach der Überprüfung gemäß Absatz 4 kein Bedarf besteht bzw. Sie den Bedarf nicht oder nicht fristgerecht nachgewiesen haben, so werden bei der Ermittlung der Erhöhungsprämie abweichend von § 1 Absatz 2 die Prämienanteile für die Berufsunfähigkeitsrente nicht mit berücksichtigt.

(8) Alle übrigen versicherten Leistungen, für die eine Erhöhung vereinbart ist, können unabhängig vom Bedarf erhöht werden.

§ 7 Was geschieht bei Eintritt des Versicherungsfalles wegen Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung?

Wenn eine Versicherungsleistung für den Fall von Berufsunfähigkeit mitversichert ist oder später mitversichert wird bzw. Leistungen wegen Krankschreibung mitversichert sind, erfolgen nach Eintritt des Versicherungsfalles keine Erhöhungen innerhalb einer vereinbarten Karenzzeit oder solange Sie auf Grund eines eingetretenen Versicherungsfalles von der Verpflichtung zur Prämienzahlung befreit sind. Nach Eintritt des Versicherungsfalles noch durchgeführte Erhöhungen entfallen rückwirkend. Nach Meldung des Leistungsfalles stehen Erhöhungen ab Eintritt des Versicherungsfalles unter Vorbehalt. Sobald verbindlich und abschließend festgestellt ist, dass das versicherte Risiko nicht eingetreten ist, entfällt der Vorbehalt und die Erhöhungen sind endgültig vereinbart.

Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand

(LV_KOST.1602)

Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand bei uns verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Die nachfolgenden Kosten gelten, sofern die Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder Besondere Bedingungen Ihres Vertrages die entsprechenden Anlässe vorsehen. Weitere Informationen können Sie dem Paragraphen „Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?“ entnehmen. Außerdem können uns auch von dritter Seite Kosten in Rechnung gestellt werden. Fallen solche Kosten für Ihren Vertrag an, werden wir Ihnen diese in angefallener Höhe in Rechnung stellen.

Anlass	Betrag (je Vorgang)
Ausstellung einer Leistungsübersicht (ab 2. Anforderung im Kalenderjahr)	10,00 EUR
Durchführung von Vertragsänderungen, die eine Neuberechnung erfordern (z.B. Wiederinkraftsetzung, Prämienanpassungen, Hinausschieben des Rentenbeginns)	1 % der Summe aller bereits gezahlten und zukünftig noch zu zahlenden Prämien zuzüglich 1 % der Summe aller geleisteten Sonderzahlungen, max. 100,00 EUR
Durchführung von Vertragsänderungen, die keine Neuberechnung erfordern (z.B. Änderung des Bezugsrechts)	15,00 EUR
Erhebung von Mahngebühren aufgrund des Verzugs der Prämienzahlung	5,00 EUR
Rücktritt vom Vertrag aufgrund Nichtzahlung der Einlösungsprämie	10 % der Prämien der ersten 12 Monate ab Versicherungsbeginn bzw. 3 % der Einmalprämie
Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheins	25,00 EUR
Ausstellung einer Abschrift des Versicherungsscheins	20,00 EUR
Ausstellung von Abschriften der Erklärungen des Versicherungsnehmers (z.B. Korrespondenz mit Rechtsanwälten)	8,00 EUR
Durchführung von Abtretungen/Verpfändungen	30,00 EUR
Vereinbarung eines Ratenzahlungsplans	wird derzeit nicht erhoben
Einrichtung eines Stundungskontos	20,00 EUR
Ermittlung einer geänderten Postanschrift, sofern die Änderung uns nicht mitgeteilt wurde	10,00 EUR
Einholung individueller Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht	15,00 EUR
Vereinbarung eines Verwertungsausschlusses nach Vertragsabschluss	7,50 EUR
Geldtransfer in ein oder aus einem Land außerhalb des SEPA-Zahlungsraums	20,00 EUR
Durchführung von Deckungskapitalübertragungen in der betrieblichen Altersversorgung	wird derzeit nicht erhoben
Ausstellung einer Prämienbescheinigung (ab 2. Anforderung im Kalenderjahr)	7,50 EUR
Bearbeitung von Lastschriftrückläufern	5,00 EUR
Übertragung von Fondsanteilen	1 % des Geldwertes der übertragenen Fondsanteile, max. 150,00 EUR

HDI Lebensversicherung AG
www.hdi.de

☐ Direktpolicierung

Vermittelt durch:
☐ w ☐ m Name

Vermittler-/Orga-Nr. 1

Tel.-Nr.
Für evtl. Rückfragen zum Antrag bitte Telefon-Nr. und E-Mailadresse angeben!

E-Mail

Registrierungs-Nr.

easy Version-Nr. 4.60
Bitte unbedingt angeben!

Aktion

VSM ☐ Police über Vertrieb

Ergänz. Angaben AO: Vermittler-Nr. 2

Prov/% A-Vgt. 1 Prov/% A-Vgt. 2

Lead-ID Interessenten-ID

1623 9709 5181 9312 ☐ abweichend: unverbindliche Anfrage
siehe Punkt 1 der Wichtigen Hinweise

Antrag auf eine private Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsvorsorge

EGO Top BV19, BVZ21
EGO Basic EV17

Bitte füllen Sie zusätzlich zum Antrag immer auch die Gesundheitserklärung aus!
(bei EGO Top: Formular 7010180008, bei EGO Basic: Formular 7010180044)

Bitte geben Sie bei allen Adressangaben den gewöhnlichen Aufenthaltsort/Wohnsitz an.

Versicherungsnehmer (VN)

☐ w ☐ m Name Vorname

Straße Haus-Nr. PLZ Ort

Geburtsdatum (Tag Monat Jahr) Nationalität (Länderkennz.)

Beruf
Bei Studenten gilt hier das angestrebte Berufsziel und bei Auszubildenden der Ausbildungsberuf.
Branche

☐ Angestellter ☐ Beamter ☐ Selbständiger ☐ Student/Auszubildender ☐ Schüler

Tel.-Nr. E-Mail

HDI-Partner-Nr.
Bitte angeben, wenn bekannt!

Versicherte Person (VP)
soweit nicht mit VN identisch

☒ w ☐ m Name Vorname

Straße Haus-Nr. PLZ Ort KEINEANGABE-

Geburtsdatum 01.01.1994 (Tag Monat Jahr) Nationalität (Länderkennz.)

Beruf Assistenzarzt/Assistenzärztin
Bei Studenten gilt hier das angestrebte Berufsziel und bei Auszubildenden der Ausbildungsberuf.
Branche

☒ Angestellter ☐ Beamter ☐ Selbständiger ☐ Student/Auszubildender ☐ Schüler

Tel.-Nr. E-Mail

HDI-Partner-Nr.
Bitte angeben, wenn bekannt!

Tarifauswahl

☐ **EGO Top** (Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung) (BV)

☐ **EGO Basic** (Selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung) (EV)

☒ **EGO Top** (Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit zeitlich begrenzten Leistungen wegen Krankschreibung) (BVZ)

☐ Zusatzversicherung bei schwerer Krankheit oder bei Tod
nur bei EGO Basic

Allgemeine Vertragsdaten

Versicherungsbeginn 01.10.2021 (Tag Monat Jahr)

Vertragsart: **Einzel** ☐ abweichend:
Bitte den Vertragspartner und die Vertrags-/Gruppennummer angeben!

Vertrags-/Gruppennummer

Vertragspartner

Vertragsdaten Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsvorsorge

Versicherungsendalter der Rente 67 Jahre

Leistungsendalter der Rente 67 Jahre

Karenzzeit (0-24 Monate)
nur bei EGO Top

Monatliche, garantierte Rente 2.500,00 EUR

Gewinnform: **Prämienanrechnung (A)** ☐ abweichend: Bonusrente (B)

Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall: **Keine**

abweichend: ☐ 1% ☒ 2% ☐ 3%

Prämienzahlung

Prämienzahlungsweise: **monatlich** abweichend: ☐ 1/4-jährlich ☐ 1/2-jährlich ☐ jährlich

Gesamt-Bruttoprämie gemäß Zahlungsweise 174,28 EUR

Gesamt-Effektivprämie (nicht garantiert) gemäß Zahlungsweise 130,71 EUR

Original an Versicherer
1. Kopie für Vertrieb
2. Kopie für Versicherungsnehmer

Bitte in GROSSBUCHSTABEN ausfüllen
(schwarz oder blau; Umlaute sind erlaubt)
und zutreffende Kästchen ankreuzen!

07010190035-202105

Dynamische Anpassung

Jährliche Erhöhung der Prämie ohne Gesundheitsprüfung um 5 % (Dynamikform P 5 %)

☒ abweichend: anderer Prozentsatz (3-5%) 3,00 ☐ keine jährliche Erhöhung gewünscht

Bezugsrecht

im Todesfall nur bei EGO Basic mit Einschluss „Zusatzversicherung bei schwerer Krankheit oder bei Tod"

Im Erlebensfall: ☐ VN ☐ VP ☐ an die nachfolgend namentlich bezeichnete Person

Vorname, Name _____ Geburtsdatum ___ Tag ___ Monat ___ Jahr

Im Todesfall: ☐ VN (sofern nicht VP)

☐ in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgend Berechtigten: 1. der Ehegatte, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes verheiratet ist bzw. der Lebenspartner, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebt, 2. leibliche, eheliche und ihnen gesetzlich gleich gestellte Kinder zu gleichen Teilen, 3. die Eltern zu gleichen Teilen, 4. die Erben

☐ an die nachfolgend namentlich bezeichnete Person

Vorname, Name _____ Geburtsdatum ___ Tag ___ Monat ___ Jahr

Bankdaten

☒ Lastschrift
Bitte füllen Sie zusätzlich die unten folgenden Daten aus.

abweichend: Überweisung ☐ mit Aufforderung ☐ ohne Aufforderung

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ00000051890

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die HDI Lebensversicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der HDI Lebensversicherung AG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Die fälligen Prämien werden ab sofort von Ihrem Konto abgebucht. Dies gilt auch für die jetzt fälligen Prämien. Der Kontoauszug gilt als Quittung.
Frist für die Vorabinformation: Die HDI Lebensversicherung AG informiert den Zahlungspflichtigen (Versicherungsnehmer) spätestens fünf Tage vor dem Abbuchungstermin über den anstehenden Einzug. Die Mandatsreferenz wird Ihnen die HDI Lebensversicherung AG separat mitteilen.

Bitte bei Lastschrift immer vollständig ausfüllen und unterschreiben!

☐ w ☐ m Name _____ Vorname _____
Kontoinhaber, sofern nicht mit VN identisch

Straße _____ Haus-Nr. ____ PLZ _____ Ort _____

IBAN D E _____
Länder-code | Prüfziffer

BIC _____ Kreditinstitut _____

Ort _____

Datum 18.06.2021 Unterschrift Kontoinhaber ✗ _____
Der Kontoinhaber muss immer unterschreiben, auch wenn er mit dem VN identisch ist.

Sondervereinbarungen: ☐ Sammelinkasso ☐ Lastschrift erst ab Folgeprämie

HDI-Partner-Nr. _____
Bitte angeben, wenn bekannt!

Besondere Vereinbarungen

Die folgenden besonderen Vereinbarungen werden nur gültig bei schriftlicher Bestätigung:

_____

Vorläufiger Versicherungsschutz

Es besteht vorläufiger Versicherungsschutz gemäß den Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz sowie den im Vertragsvorschlag enthaltenen Vertragsbestimmungen und Kundeninformationen. Bei einer unverbindlichen Anfrage werden diese Vertragsbestimmungen und Kundeninformationen zusammen mit dem Vertragsvorschlag vom Versicherer übersandt.

Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung gegenüber der HDI Lebensversicherung AG
(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die HDI Lebensversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.
Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Kundenservicegesellschaften oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der HDI Lebensversicherung AG unentbehrlich. **Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.**
Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützten Daten
- durch die HDI Lebensversicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der HDI Lebensversicherung AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. **Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HDI Lebensversicherung AG – siehe Gesundheitserklärung, sofern diese notwendig ist**
2. **Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten – siehe Gesundheitserklärung, sofern diese notwendig ist**
3. **Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HDI Lebensversicherung AG**

Die HDI Lebensversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung – siehe Gesundheitserklärung, sofern diese notwendig ist

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft des TALANX Konzerns oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.
Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist auf einer Folgeseite der Einwilligungserklärung aufgeführt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.hdi.de eingesehen oder bei unserem Datenschutzbeauftragten (TALANX AG, HDI-Platz 1, 30659 Hannover, E-Mail: privacy@talanx.com) angefordert werden.
Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die HDI Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die HDI Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des TALANX Konzerns und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen – siehe Gesundheitserklärung, sofern diese notwendig ist

3.4 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS) – siehe Gesundheitserklärung, sofern diese notwendig ist

3.5 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.
Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.
Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.
Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die HDI Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. **Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt – siehe Gesundheitserklärung, sofern diese notwendig ist**

Erklärungen

Sofern der von mir gewünschte Versicherungsbeginn vor dem Ablauf der Frist zum Widerruf meiner Vertragserklärung liegt, bin ich damit einverstanden, dass nach Zustandekommen des Vertrages die Erstprämie fällig wird und damit der Versicherungsschutz beginnt. Für die von mir gewünschte Versicherung gelten die im Vertragsvorschlag enthaltenen Angaben und Versicherungsbedingungen sowie Zusatzbestimmungen eines etwaigen zugrunde liegenden Rahmenabkommens. Ich habe die wichtigen Hinweise zur unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag und Datenschutzhinweise auf den Folgeseiten zur Kenntnis genommen.

Ort _____

Datum 18.06.2021

Unterschrift Versicherungsnehmer ✗ _____
bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter (i.d.R. beide Elternteile)

Unterschrift Versicherte Person ✗ _____
sofern vom VN abweichend; bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter (i.d.R. beide Elternteile)

Unterschrift Minderjähriger ✗ _____
ab Vollendung des 16. Lebensjahres aus datenschutzrechtlichen Gründen erforderlich

Hiermit bestätige ich, dass es sich bei dem Versicherungsnehmer um den Antragsteller handelt.

Zielmarkt

nur bei Berufsunfähigkeitsvorsorge

Die Antragstellerin/der Antragsteller passt zum Zielmarkt. ☐ nein ☐ ja

Falls nein, bitte begründen:

☐ Die Wahl des Produktes erfolgte auf ausdrücklichen Kundenwunsch. Es handelt sich nicht um eine Empfehlung des Vermittlers. Die Kundenentscheidung wurde hinreichend im Beratungsprotokoll dokumentiert.

☐ Die Vermittlerin/der Vermittler empfiehlt – abweichend vom Zielmarkt – das Produkt aus folgenden Gründen:

_____

Unterschrift Vermittler ✗ _____

Empfangsbestätigung

nicht bei unverbindlicher Anfrage

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, eine Kopie des Antragsformulars sowie einen persönlichen Vertragsvorschlag zu dem beantragten Tarif einschließlich Produktinformationsblatt, Kundeninformation, Anlagen zur Kundeninformation und Versicherungsbedingungen in folgender Form erhalten zu haben:

☐ Datenträger (CD, USB-Stick, etc.) ☐ Papier ☐ SMS (Downloadlink) ☐ E-Mail (Kennwort als SMS)

Ort _____

Datum 18.06.2021

Unterschrift Versicherungsnehmer ✗ _____

Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

(LV_VVS_D.1601)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

zu der umseitig von Ihnen beantragten Lebensversicherung bzw. Ihrer unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag gewähren wir Ihnen vorläufigen Versicherungsschutz gemäß den nachfolgenden Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung.

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

In den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede („Sie") grundsätzlich die/den Versicherungsnehmer/in als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

1. Sofern Sie einen Antrag auf Abschluss einer Versicherung (Antrag) gestellt bzw. eine unverbindliche Anfrage für einen Vertragsvorschlag zu einer Versicherung (Versicherungsanfrage) an uns gerichtet haben, erbringen wir Leistungen auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes, sofern der Versicherungsfall während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes (§ 3) eintritt und die weiteren Voraussetzungen der nachfolgenden Bestimmungen erfüllt sind. Dies gilt auch dann, wenn erst nach Beendigung des vorläufigen Versicherungsschutzes feststeht, dass der Versicherungsfall während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist.

2. Die Art der Versicherungsleistung und der Umfang des vorläufigen Versicherungsschutzes richten sich nach den Angaben in Ihrem Antrag bzw. Ihrer Versicherungsanfrage. Die Höhe unserer Leistungen ist jedoch auf folgende Beträge begrenzt bzw. wie folgt eingeschränkt, auch wenn Ihr Antrag bzw. Ihre Versicherungsanfrage höhere oder uneingeschränkte Leistungen vorsieht:
- Kapitalleistungen für den Todesfall auf 125.000 EUR (Dies gilt nicht für die Zusatzversicherung bei schwerer Krankheit oder bei Tod.);
- Kapitalleistungen aus der Zusatzversicherung bei schwerer Krankheit oder bei Tod auf 12.000 EUR;
- Überlebens- und Waisenrenten auf insgesamt jährlich 5.000 EUR;
- Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrenten auf jährlich 12.000 EUR; Leistungen wegen Krankschreibung werden nicht erbracht;
- Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit auf 125.000 EUR der Prämiensumme. Leistungen aus einer Prämienbefreiung für den Fall der Berufsunfähigkeit zahlen wir nur, wenn die Hauptversicherung zustande gekommen und solange sie nicht weggefallen ist.
- Tritt der Versicherungsfall vor Vollendung des 7. Lebensjahres der versicherten Person ein, so ist unsere Leistungspflicht auf den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten (z.Z. 8.000 EUR) beschränkt.

3. Sofern mehrere Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz für die versicherte(n) Person(en) bei uns bestehen, gelten die in Absatz 2 genannten Höchstbeträge für alle Verträge zusammen. Übersteigt die Summe der Leistungen aus diesen Verträgen einen Höchstbetrag, so wird der maßgebliche Höchstbetrag in dem Verhältnis auf die einzelnen Verträge aufgeteilt, in dem die einzelvertragliche Leistung zu deren Summe steht. Maßgeblich sind die einzelvertraglichen Leistungen, die ohne eine Zusammenrechnung aus dem vorläufigen Versicherungsschutz fällig geworden wären.
Dies gilt auch dann, wenn mehrere Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz für die versicherte(n) Person(en) bei verschiedenen Versicherungsunternehmen bestehen.

4. Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf
- eine Leistung für den Erlebensfall (Kapitalleistung oder Altersrente),
- eine Leistung aus der Zusatzversicherung bei schwerer Krankheit oder bei Tod, wenn Krebs, Multiple Sklerose oder eine Bypass-Operation vorliegt,

auch wenn die in Ihrem Antrag bzw. Ihrer unverbindlichen Anfrage genannte Versicherung solche Leistungen vorsieht.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

a) der in dem Antrag bzw. der Versicherungsanfrage vorgesehene Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach Unterzeichnung des Antrages bzw. der Versicherungsanfrage liegt,

b) die Angaben im Antrag bzw. in der Versicherungsanfrage zu den persönlichen Daten des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin und der versicherten Person(en), zum Umfang der Versicherung sowie die Angaben in dem Formular „Ergänzung zum Antrag/zur unverbindlichen Anfrage", insbesondere zum Gesundheitszustand der versicherten Person(en), vollständig sind,

c) Sie das Zustandekommen der Hauptversicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben,

d) Ihr Antrag bzw. Ihre Versicherungsanfrage nicht von den von uns angebotenen Versicherungsleistungen und Bedingungen abweicht,

e) die versicherte(n) Person(en) bei Unterzeichnung des Antrages bzw. der Versicherungsanfrage schon das 14. und noch nicht das 70. Lebensjahr vollendet haben.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

1. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bzw. Ihre Versicherungsanfrage bei uns eingeht und die in § 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

2. Der zu diesem Antrag bzw. dieser Versicherungsanfrage gewährte vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

a) ein gleichartiger Versicherungsschutz aus der Versicherung begonnen hat; dies gilt auch dann, wenn die Hauptversicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen zu Stande gekommen ist; hierüber müssen Sie uns unverzüglich informieren;

b) Sie Ihren Antrag bzw. Ihre Versicherungsanfrage zurückgenommen oder angefochten haben;

c) der Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz nach Absatz 3 gekündigt wurde;

d) der Hauptversicherungsvertrag nicht zu Stande kommt, weil Sie Ihre Vertragserklärung nach § 8 VVG widerrufen oder einer Abweichung des Hauptversicherungsvertrages von Ihrem Antrag nach § 5 Absatz 1 und 2 VVG widersprochen haben;

e) Sie nach Übersendung des Versicherungsscheins die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt haben bzw. der Einzug der Prämie im Rahmen des Lastschriftverfahrens nicht möglich war oder Sie diesem widersprochen haben, sofern die Nichtzahlung von Ihnen zu vertreten ist und wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.

3. Für die Kündigung des vorläufigen Versicherungsschutzes gilt:

a) Sie können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

b) Auch wir können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Eine Kündigung erfolgt insbesondere dann, wenn wir Ihren Antrag nicht annehmen bzw. Ihnen auf Ihre Versicherungsanfrage keinen Vertragsvorschlag unterbreiten können oder wenn Sie bei einer Versicherungsanfrage unseren Vertragsvorschlag nicht innerhalb der dort gesetzten Frist angenommen haben.
Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

4. Sofern unsere Leistungspflicht während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist, endet diese in den Fällen des Absatz 2 b) und d) und des Absatz 3 a) mit dem vorläufigen Versicherungsschutz. In den übrigen Fällen bestimmt sich das Ende unserer Leistungspflicht nach § 4.

§ 4 In welchen Fällen endet die Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz und in welchen Fällen ist sie ausgeschlossen?

1. Soweit unsere Leistungspflicht nicht mit der Beendigung des vorläufigen Versicherungsschutzes endet (siehe § 3 Absatz 4), besteht sie bis zum Eintritt der Leistungsfreiheit oder Wegfall der Leistungsvoraussetzungen, längstens jedoch bis zum Ablauf der Versicherungsdauer fort, wobei jeweils die Voraussetzungen des in Ihrem Antrag bzw. Ihrer Versicherungsanfrage genannten Versicherungsvertrages maßgeblich sind.
Darüber hinaus entfällt unsere Leistungspflicht, wenn wir infolge einer Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht berechtigt sind, eine Anfechtung, Kündigung oder den Rücktritt von der Hauptversicherung oder dem Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz zu erklären.
Die Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht können Sie den Formularen für Ihren Antrag bzw. Ihrer Versicherungsanfrage entnehmen.

2. Unsere Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz ist auch in den Fällen des Absatzes 1 ausgeschlossen, sofern der Versicherungsfall auf Umständen beruht, nach denen wir in den Antragsunterlagen bzw. den Formularen für eine Versicherungsanfrage oder den zugehörigen Dokumenten gefragt haben und von denen Sie oder die versicherte(n) Person(en) vor Unterzeichnung des Antrages bzw. der Versicherungsanfrage Kenntnis hatten, auch wenn diese Umstände in dem Antrag bzw. der Versicherungsanfrage angegeben wurden. Dies gilt nicht, wenn die betreffenden Umstände nach unseren Grundsätzen der medizinischen Risikobewertung einer Annahme des gestellten Antrages bzw. einem Vertragsabschluss auf Grund Ihrer Versicherungsanfrage nicht entgegengestanden hätten.

3. Darüber hinaus gelten die Einschränkungen und Ausschlüsse in dem Paragraphen „In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?" der Versicherungsbedingungen, die für die beantragte bzw. in der Versicherungsanfrage genannte Versicherung maßgeblich sind.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir grundsätzlich keine zusätzliche Prämie. Erbringen wir aber Leistungen auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht der Prämie für das erste Versicherungsjahr des in Ihrem Antrag bzw. Ihrer Versicherungsanfrage genannten Versicherungsvertrages. Bei Einmalprämienversicherungen ist dies die Einmalprämie.
Ist die Höhe unserer Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Absatz 2 begrenzt, wird das Entgelt auf Basis des Versicherungsschutzes in Höhe der dort genannten Höchstbeträge berechnet.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

1. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen sowie die weiteren Vertragsbestimmungen für die Hauptversicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen Anwendung, die Gegenstand Ihres Antrages bzw. Ihrer Versicherungsanfrage sind. Dies gilt insbesondere für die dort oder in den weiteren Vertragsunterlagen enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
Die gesetzlich vorgeschriebenen Kundeninformationen und die Versicherungsbedingungen erhalten Sie zusammen mit dem Vertragsvorschlag.

2. Soweit Sie in Ihrem Antrag bzw. Ihrer Versicherungsanfrage eine dritte Person als Bezugsberechtigten angegeben haben, ist diese auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz anspruchsberechtigt.

HDI Lebensversicherung AG
Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln
Tel. 0221 144-2325
www.hdi.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Christopher Lohmann
Vorstand: Dr. Patrick Dahmen (Vorsitzender),
Dirk Böhme, Silke Fuchs, Wolfgang Hanssmann,
Dr. Dominik Hennen, Fabian von Löbbecke, Jens Warkentin

Sitz der Gesellschaft: Köln, Amtsgericht Köln, HRB 603
Deutsche Bank AG
Kto.-Nr. 112 82 22 00 · BLZ 370 700 60
IBAN DE67 3707 0060 0112 8222 00 · BIC DEUTDEDK

Wichtige Hinweise zur unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag

Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage für einen Vertragsvorschlag stellen, stellen die von Ihnen in diesem Formular gemachten Angaben und Erklärungen noch keine verbindliche Vertragserklärung dar; sie sind dennoch erforderlich und wahrheitsgemäß abzugeben, damit wir für Sie einen Vertragsvorschlag erstellen können. Ihre Angaben und Erklärungen werden zu einer verbindlichen Vertragserklärung, sobald wir Ihnen unser Vertragsangebot durch Übersendung eines Vertragsvorschlages, der sämtliche erforderlichen Unterlagen und Informationen enthält, übermittelt haben und Sie das dem Vertragsvorschlag beigefügte Formular einer Annahmeerklärung an uns zurückgesandt haben. Hierauf werden wir Sie bei Übersendung des Vertragsvorschlages noch einmal gesondert hinweisen.

Stellen wir im Rahmen der Risikoprüfung fest, dass ein Vertragsvorschlag nicht oder nur unter Erschwerungen (Prämienzuschlag oder Risikoausschluss) erstellt werden kann, erfolgt auf der Grundlage der von Ihnen erteilten Einwilligung zum Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS) eine Meldung hierüber an den jeweiligen Betreiber des HIS.

Hinweise zum Datenschutz

Mit diesen Hinweisen möchten wir Sie über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch den unten benannten Verantwortlichen und die Ihnen nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zustehenden Rechte informieren.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung
HDI Lebensversicherung AG
Charles-de-Gaulle-Platz 1
50679 Köln
Telefon: 0221 144-0, Fax: 0221 144-3833
E-Mail: leben.service@hdi.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der vorgenannten Adresse des Verantwortlichen mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter/Group Data Protection – oder per E-Mail unter privacy@talanx.com

Rechtsgrundlagen und Zwecke der Datenverarbeitung
Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.
Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft" verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.hdi.de/datenschutz abrufen.
Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten personenbezogenen Angaben zum einen zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos im Rahmen der Risikoprüfung (inklusive Risikoausschluss und -erhöhung) und zum anderen im Rahmen der Tarifierung und Annahmeprüfung, die für den Abschluss eines Versicherungsvertrages erforderlich sind. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese personenbezogenen Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere zur Vertragspolicierung, Sanierungsprüfung, Rechnungsstellung, In- und Exkasso, Rückversicherungsabrechnung, Abrechnung gegenüber Dritten wie z. B. Vermittlern, Tarifanpassung bzw. Tarifoptimierung, Betrugsabwehr und zur Durchführung gesetzlich vorgeschriebener Kontrollen.

Sofern die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht zwingend für den Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages notwendig ist, erfolgen Ihre Angaben auf freiwilliger Basis und sind entsprechend als freiwillige Angabe gekennzeichnet.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife bzw. zur Optimierung bestehender Tarife und interner Prozesse oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit dem oben genannten Verantwortlichen bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung und/oder für umfassende Auskunftserteilungen.
Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.
Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:
- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Sanierungs- und Wiederinkraftsetzungsüberprüfung,
- zur postalischen Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Talanx Konzerns und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,
- zur Weiterentwicklung von Tarifen, Dienstleistungen, und Produkten, sowie internen Prozessen und Anwendungen, auch unter Einsetzung pseudo- und anonymisierter Daten,
- zur automatisierten Steuerung der schriftlichen Kommunikation mit uns zwecks effizienter Zuordnung und Bearbeitung.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht sowie zur Durchführung von gesetzlich notwendigen Kontrollen und gesetzlichen Vorgaben. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.
Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten
Rückversicherer: Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.
Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellt Ihnen dieser unter folgendem Link www.hdi.de/datenschutz zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler: Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe: Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste am Ende dieser Hinweise finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister: Wir beauftragen zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil zusätzliche Dienstleister. Dabei handelt es sich um konzernzugehörige und konzernexterne Dienstleister, die uns beispielsweise beim Vertrieb und Marketing, bei der Risikoanalyse, der Policierung, der Antrags- und Bestandsverwaltung, Bonitätsauskunft bei der telefonischen Kundenbetreuung, der Leistungs- oder Schadenregulierung sowie beim Druck- und Versand von Postsendungen unterstützen oder auch Assistance-Leistungen und IT-Services erbringen. Im Schadenfall oder bei der Leistungsbearbeitung übermitteln wir personenbezogene Daten einzelfallabhängig auch an konzernexterne Dienstleister wie z. B. Rechtsanwälte, Gutachter und Dienstleister, die uns bei der Schaden- und Leistungsregulierung unterstützen. Zudem setzen wir auch konzernexterne Dienstleister zur Aktenarchivierung, Datenträgerentsorgung, für den Forderungseinzug und den Zahlungsverkehr ein. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der nachfolgenden „Dienstleisterliste" sowie in der jeweils aktuellen Version der Dienstleisterliste auf unserer Internetseite unter www.hdi.de/dl-liste entnehmen.

Weitere Empfänger: Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung
Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei ist es zur Abwehr von Ansprüchen notwendig, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können. Hierbei ist die Aufbewahrungszeit abhängig von vertraglichen und/oder gesetzlichen Verjährungsfristen und den jeweils entsprechenden Verjährungsvoraussetzungen. Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten für den Zeitraum, in dem wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz.

Betroffenenrechte
Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht
Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.
Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

HDI Lebensversicherung AG
Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln
Tel. 0221 144-2325
www.hdi.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Christopher Lohmann
Vorstand: Dr. Patrick Dahmen (Vorsitzender),
Dirk Böhme, Silke Fuchs, Wolfgang Hanssmann,
Dr. Dominik Hennen, Fabian von Löbbecke, Jens Warkentin

Sitz der Gesellschaft: Köln, Amtsgericht Köln, HRB 603
Deutsche Bank AG
Kto.-Nr. 112 82 22 00 · BLZ 370 700 60
IBAN DE67 3707 0060 0112 8222 00 · BIC DEUTDEDK

Beschwerderecht
Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW
Kavalleriestraße 2-4
40213 Düsseldorf

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft
Bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Leistungsbearbeitung können Angaben zur Versicherten Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermittelt (HIS-Anfrage) werden. Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zur Versicherten Person im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft" (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt.
Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten: www.informa-his.de.

Kontaktdaten:
informa HIS GmbH
Kreuzberger Ring 68
65205 Wiesbaden

Nähere Datenschutzhinweise zur informa HIS GmbH können Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.hdi.de/datenschutz entnehmen, die wir Ihnen auf Anfrage auch per Post übersenden.

Datenübermittlung in ein Drittland
Ihre personenbezogenen Daten können auch außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (Drittland-Übermittlung) von dem oben genannten Verantwortlichen verarbeitet werden.
Die Verarbeitung geschieht stets unter Berücksichtigung der vertraglichen Beschränkungen in Bezug auf Vertraulichkeit und Sicherheit sowie entsprechend den geltenden Gesetzen und Bestimmungen zum Datenschutz. Eine solche Datenübermittlung an Stellen bzw. Staaten außerhalb der Europäischen Union/EWR, insbesondere im Wege von Administrationszugriffen, ist auf der Grundlage der genannten Zwecke und Rechtsgrundlagen möglich.
Eine Datenübermittlung erfolgt in diesen Fällen nur bei Vorliegen geeigneter Garantien im Sinne der Datenschutzgrundverordnung. Geeignete Garantien sind insbesondere ein vorliegender Angemessenheitsbeschluss der EU-Kommission, mit den Dienstleistern vereinbarte EU-Standardvertragsklauseln oder durch das Unternehmen aufgestellte verbindliche Datenschutzvorschriften, welche von den Datenschutzaufsichtsbehörden anerkannt worden sind. Im Falle einer Datenübermittlung auf Grundlage von Art. 49 DSGVO wird hierüber gesondert informiert.

Profiling und automatisierte Einzelfallentscheidungen
Soweit wir automatisierte Abläufe und digitale Assistenzsysteme einsetzen, erfolgt dies grundsätzlich zur Unterstützung unserer internen Abläufe und üblicherweise ist stets ein Mitarbeiter in die Vorgänge und Entscheidungen involviert. In einigen Konstellationen erfolgen aber Abläufe zur schnellen und effizienten Abwicklung auch automatisiert.
Wir verarbeiten dabei Ihre Angaben und Informationen zu Ihren Versicherungsverträgen, um bestimmte Aspekte unserer Kunden- und Vertragsbeziehungen zu analysieren und Wahrscheinlichkeiten im Hinblick auf bestimmte Konstellationen abzuschätzen (sog. Profiling). So können wir schnelle Entscheidungen auf der Grundlage Ihrer Angaben beispielsweise in folgenden Fällen treffen (sog. automatisierte Einzelfallentscheidung):

- Aufgrund gesetzlicher Vorgaben sind wir zur Geldwäsche- und Betrugsbekämpfung verpflichtet. Dabei werden auch Datenauswertungen (u. a. im Zahlungsverkehr) vorgenommen. Diese Maßnahmen dienen zugleich auch Ihrem Schutz.
- Um Sie zielgerichtet über Produkte informieren und beraten zu können, setzen wir Auswertungsinstrumente ein. Diese ermöglichen eine bedarfsgerechte Kommunikation und Werbung einschließlich Markt- und Meinungsforschung.
- Zur Beurteilung Ihrer Bonität können sog. „Score-Werte" genutzt werden. Bei einem Scoring wird die Wahrscheinlichkeit unter Nutzung mathematischer Verfahren berechnet, mit der ein Kunde seinen Zahlungsverpflichtungen vertragsgemäß nachkommen wird. Solche Score-Werte unterstützen uns somit z. B. bei der Beurteilung der Bonität, der Entscheidungsfindung im Rahmen von Produktabschlüssen und fließen in unser Risikomanagement ein. Die Berechnung beruht auf mathematisch-statistisch anerkannten und bewährten Verfahren. Nicht verarbeitet werden hierbei Angaben zur Staatsangehörigkeit sowie besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Art. 9 DSGVO.
- Zur effektiven Prämienfindung ziehen wir berechnete Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Verhaltensweisen, wie z. B. das Abschluss- und Stornierungsverhalten, und auch Modelle zur feineren Risikoabschätzung heran.

Die Berechnung der hierfür zugrunde gelegten Wahrscheinlichkeitswerte erfolgt nach mathematisch-statistisch anerkannten und bewährten Verfahren. Technische und organisatorische Maßnahmen sowie interne Prüfmechanismen stellen die Richtigkeit der Berechnungen sicher. Die automatisierten Entscheidungen basieren insbesondere auf den vertraglichen Bedingungswerken zu unseren Versicherungsprodukten und den daraus abgeleiteten Regeln und Grenzwerten.
Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung. So können Sie das Ergebnis der automatisierten Entscheidung durch unsere Mitarbeiter nachprüfen lassen. Diese Rechte bestehen indes nicht, wenn Ihrem Begehren, also z. B. Ihrem Antrag, vollumfänglich stattgegeben wurde.
Sie haben das Recht, jederzeit gegen die Verarbeitung Ihrer Daten, die aufgrund von Art. 6 Abs. 1 f DSGVO (Datenverarbeitung auf der Grundlage einer Interessenabwägung) oder Art. 6 Abs. 1 e DSGVO (Datenverarbeitung im öffentlichen Interesse) erfolgt, Widerspruch einzulegen, wenn dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben. Dies gilt auch für ein auf diese Bestimmung gestütztes Profiling (gegebenenfalls Scoring) im Sinne von Art. 4 Nr. 4 DSGVO.

HDI Lebensversicherung AG
Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln
Tel. 0221 144-2325
www.hdi.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Christopher Lohmann
Vorstand: Dr. Patrick Dahmen (Vorsitzender),
Dirk Böhme, Silke Fuchs, Wolfgang Hanssmann,
Dr. Dominik Hennen, Fabian von Löbbecke, Jens Warkentin

Sitz der Gesellschaft: Köln, Amtsgericht Köln, HRB 603
Deutsche Bank AG
Kto.-Nr. 112 82 22 00 · BLZ 370 700 60
IBAN DE67 3707 0060 0112 8222 00 · BIC DEUTDEDK

Übersicht der Dienstleister der HDI Versicherungen (Stand 01.04.2020)

HDI Lebensversicherung AG, HDI Pensionskasse
Gemäß gesetzlicher Informationspflicht und Datenschutzverhaltensregeln der Deutschen Versicherungswirtschaft

Konzerngesellschaft oder externer Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand			
Dienstleister	**Dienstleistung/Zweck der Beauftragung**	**Gesundheits-daten**	**Auftrag gebende Gesellschaft(en)**
Talanx AG	Zentralfunktionen wie Revision, Recht, Risikomanagement und Compliance	teilweise ja	H-LV, H-PK
HDI Service AG	Postverarbeitung, Scannen, Print-Services, Zahlungsverkehr (Inkasso/Exkasso), Forderungsmanagement, Rechnungswesen, Archivierung und Entsorgung von Datenträgern	teilweise ja	H-LV, H-PK
HDI Systeme AG (IT-Dienstleister im Konzern)	Anwendungsentwicklung/-betrieb, Rechenzentrumsbetrieb, IT-Services	teilweise ja	H-LV, H-PK
IBM Deutschland GmbH (Subdienstleister der HDI Systeme AG)	IT-Rechenzentrum, Infrastrukturbetrieb	teilweise ja	H-LV, H-PK
HDI Deutschland Bancassurance Kundenservice GmbH	Versicherungsbetrieb, z. B. Antrags-, Bestands- und Leistungsbearbeitung	ja	H-LV, H-PK
HDI Kundenservice AG	Versicherungsbetrieb, z. B. Antrags-, Bestands- und Leistungsbearbeitung; Betriebsorganisation, Controlling, Recht, Risikomanagement, Produktsteuern	teilweise ja	H-LV, H-PK
HDI Deutschland Bancassurance Communication Center GmbH	Bestandsverwaltung (Telefonie, Inputmanagement)	ja	H-LV, H-PK
HDI Direkt Service GmbH	Betriebliche Unterstützung, telefonische Kundenbetreuung	ja	H-LV, H-PK
HDI Vertriebs AG	Vertrieb, Marketing, Vergabe von Zeichnungs-, Inkasso und /oder Schadenregulierungsvollmacht	teilweise ja	H-LV, H-PK
Ampega Asset Management GmbH	Kapitalanlagenverwaltung	nein	H-LV, H-PK
HDI Global SE	Rückversicherungsabrechnung, Schadenregulierung in Vermögensschadenhaftpflicht und Unfall	teilweise ja	H-LV
PB Lebensversicherung AG	Vertriebsunterstützung für Autohändler	nein	H-LV
Medicals Direct Deutschland GmbH	Unterstützung bei der BU-Risikoanalyse – Zweitmeinung	ja	H-LV
Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Datenverarbeitung nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist oder die nur regional oder einmalig tätig sind			
Dienstleisterkategorie	**Dienstleistung/Zweck der Beauftragung**	**Gesundheits-daten**	**Auftrag gebende Gesellschaft(en)**
Rechtsanwälte	Bearbeitung von Rechtsfällen	ja	H-LV, H-PK
Lettershops/Druckereien	Druck und Versand von Postsendungen	nein	H-LV, H-PK
Inkassounternehmen	Forderungseinzug	nein	H-LV, H-PK
Entsorgungsunternehmen	Entsorgung von Papier und elektronischen Datenträgern	ja	H-LV, H-PK
Archivierungsunternehmen	Archivierung von Akten	ja	H-LV, H-PK
Sachverständige	Unterstützung bei der Leistungsregulierung/Erstellung medizinischer Gutachten	ja	H-LV, H-PK
Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Stammdaten teilnehmen			
HDI Versicherung AG	Partnerdatenverarbeitung, Online-Services, Kommunikationsmaßnahmen		
HDI Lebensversicherung AG			
HDI Global SE			
HDI Pensionskasse AG			

Hinweis: Personenbezogene Daten werden nur an Dienstleister weitergegeben, wenn und soweit dies im jeweiligen Fall für die Datenverarbeitungszwecke erforderlich ist

HDI Lebensversicherung AG
Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln
Tel. 0221 144-2325
www.hdi.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Christopher Lohmann
Vorstand: Dr. Patrick Dahmen (Vorsitzender),
Dirk Böhme, Silke Fuchs, Wolfgang Hanssmann,
Dr. Dominik Hennen, Fabian von Löbbecke, Jens Warkentin

Sitz der Gesellschaft: Köln, Amtsgericht Köln, HRB 603
Deutsche Bank AG
Kto.-Nr. 112 82 22 00 · BLZ 370 700 60
IBAN DE67 3707 0060 0112 8222 00 · BIC DEUTDEDK

HDI Lebensversicherung AG
www.hdi.de

Gesundheitserklärung

zum Antrag / zur unverbindlichen Anfrage vom: 18 06 2021 (Tag Monat Jahr)

Versicherungs-Nr. (sofern bekannt)

Versicherungsnehmer (VN)

Versicherte Person (VP)

Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:
Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Gründe anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen.
Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 19 ff. VVG sowie unter „Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung" auf den Folgeseiten bzw. auf der Rückseite dieses Dokuments.

Bitte beim Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung immer beantworten:

Angaben zur beruflichen Tätigkeit der VP

Beruf: Assistenzarzt/Assistenzärztin
Bei Studenten gilt hier das angestrebte Berufsziel und bei Auszubildenden der Ausbildungsberuf.

Branche

Risikogruppe: A - top

☒ Angestellter ☐ Beamter ☐ Selbständiger/Freiberufler seit wann? (Tag Monat Jahr)
☐ Auszubildender ☐ Schüler ☐ Student

Fachrichtung Studium

1. Personalverantwortung oder Projektleitungsverantwortung für Personen: 0 (Anzahl)
   Dies gilt für Vollzeitkräfte. Hierunter fallen neben den direkt unterstellten Personen auch diejenigen der darunter liegenden Hierarchieebenen. Die Mitarbeiterkapazität von Teilzeitkräften wird entsprechend addiert und kaufmännisch gerundet.
   Für Projektleitung gilt:
   – mindestens 6 Monate als Projektleiter tätig
   – mindestens 60 % der regelmäßigen Arbeitszeit
   – Weiterbildung zum Projektleiter ist nachweisbar
2. Anteil der Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz an der Gesamttätigkeit: 50 %
   Geben Sie den prozentualen Anteil der üblicherweise in einem Büro (Innendienst) anfallenden Tätigkeiten an.
3. Anteil der körperlichen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit: 50 %
   Geben Sie den prozentualen Anteil der Tätigkeiten an, die üblicherweise nicht einer Bürotätigkeit zugeordnet werden können und keine reine Reisetätigkeit darstellen.
4. Anteil der Reisetätigkeit an der Gesamttätigkeit: 0 %
   Hierzu zählen die Anteile der Dienstreisen.
5. Höchster Bildungsabschluss
   Z. B. Bachelor, Master, Diplom, Examen
6. Abgeschlossene Berufsausbildung
   Z. B. kaufmännisch, handwerklich, technisch; Fortbildung als z. B. Techniker, Meister, Fachwirt

Allgemeine Gesundheitsprüfung

Angaben der versicherten Person (VP)

Bei den nachstehenden in Klammern aufgeführten Angaben handelt es sich lediglich um Beispiele, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. Ergebnisse evtl. durchgeführter Gentests müssen nicht angegeben werden (siehe wichtige Hinweise bezüglich der Informationen zu genetischen Untersuchungen im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) auf der Seite 8)

1. Wurden in den letzten 5 Jahren ein oder mehrere Anträge auf eine Versicherung zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? Das gilt für Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Dread Disease- oder Pflegerenten-Versicherungen. Falls ja: Bitte nennen Sie jeweils den Namen der Versicherungsgesellschaft, das Jahr der Antragstellung oder der Anfrage, die Art der Versicherung, die Höhe der Leistung und mögliche Übernahmebedingungen (Erschwerungen). ☐ nein ☐ ja
2. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt – sowohl im Beruf, wie bei Sport und Freizeit? Zum Beispiel, weil Sie mit Chemikalien oder radioaktiven/explosiven Stoffen zu tun haben. Oder weil Sie Luft-, Motor-, Tauch-, Berg-, Kampf-, Wasser- oder Reitsport betreiben. ☐ nein ☐ ja
3. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt außerhalb Europas, der länger als 3 Monate dauern wird? (Wann, wo, wie lange, beruflicher oder privater Anlass?) ☐ nein ☐ ja

Angaben zur Gesundheit der VP

4. Bitte geben Sie Ihre Körpermaße an: Größe (cm) Gewicht (kg)

Zeitlich nicht befristete Fragen

5. Bestehen körperliche Beeinträchtigungen (wie angeborene Erkrankungen, Missbildungen oder fehlende Gliedmaßen), oder bestehen bleibende Beeinträchtigungen (z. B. Bewegungseinschränkungen, Bandscheibenschädigung, Blindheit, Gehörlosigkeit)? Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder ein offizieller Nachteilsausgleich während der Schulausbildung? Bitte Kopie des Bescheids beifügen. ☐ nein ☐ ja
6. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) festgestellt? ☐ nein ☐ ja
7. Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Blut-, Brust-, Darm-, Hodenkrebs)? ☐ nein ☐ ja

Original an Versicherer · Durchschlag 1 für Vertrieb · Durchschlag 2 für Versicherungsnehmer. Mit schwarzem oder blauem Kugelschreiber in GROSSBUCHSTABEN ausfüllen! Zutreffendes Kästchen ankreuzen!

Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 10 Jahre

8. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär operiert oder stationär behandelt (dazu zählen auch Kur-/Reha-Aufenthalte, Entzugsbehandlungen, Strahlen-/Chemotherapie), oder sind aktuell Operationen oder Behandlungen geplant, oder stehen Untersuchungsergebnisse noch aus? ☐ nein ☐ ja

Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 3 Monate

9. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden? Wie z. B. Rücken- oder Nackenbeschwerden über mindestens 48 Stunden, Schmerzen in der Herzgegend, Engegefühl im Brustraum, Herzrhythmusstörungen, Seh-, Hör-, Gleichgewichts-, Gang-, Sensibilitäts- oder Wahrnehmungsstörungen, Atemnot, Ohnmacht, Blut im Urin oder im Stuhl, psychische Erschöpfungs- oder Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände mit noch nicht geklärter Ursache und allergische Reaktionen. ☐ nein ☐ ja

Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 5 Jahre

10. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen bei Ärzten, sonstigen Behandlern* oder im Krankenhaus statt wegen Krankheiten oder Unfallfolgen:

10a. des Herzens, der Gefäße oder der Kreislauforgane (z. B. ein ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Krampfadern, Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Angina Pectoris)? ☐ nein ☐ ja

10b. der Atmungsorgane: Dies sind Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase oder Rachen (z. B. Asthma, rezidivierende oder chronische Bronchitis, Schlafapnoe)? ☐ nein ☐ ja

10c. der Verdauungsorgane: Dies sind Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z. B. Magen-/Darmgeschwür, Entzündungen, Gallensteine, Fettleber, erhöhte Leberwerte, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarmsyndrom)? ☐ nein ☐ ja

10d. der Nieren, der Harnwege oder der Geschlechtsorgane (z. B. Nierensteine, Nierenversagen, wiederkehrende oder chronische Entzündungen, Blut oder Eiweiß im Urin)? ☐ nein ☐ ja

10e. des Gehirns und des Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, chronischer Kopfschmerz, Migräne)? ☐ nein ☐ ja

10f. der Psyche (z. B. Depressionen, Angstzustände, Schlafstörungen, Essstörungen, Suizidversuch, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Burn-out, Erschöpfungszustände), oder wurden oder werden Sie wegen einer Suchterkrankung (Konsum von Drogen, drogenähnlichen Substanzen, Medikamenten oder Alkohol) behandelt oder beraten? ☐ nein ☐ ja

10g. des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)? ☐ nein ☐ ja

10h. des Blutes oder des lymphatischen Systems und der Milz (z. B. Anämie, Gerinnungsstörungen, Lymphdrüsenentzündung)? ☐ nein ☐ ja

10i. Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, Hepatitis B/C, Tropen- oder Geschlechtskrankheiten)? ☐ nein ☐ ja

10j. gutartige Tumorerkrankungen (z. B. Adenome, Zysten)? ☐ nein ☐ ja

10k. der Haut (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Melanome)? ☐ nein ☐ ja

10l. des Stütz- und Bewegungsapparates wie der Wirbelsäule, der Bandscheiben, der Knochen, der Gelenke, der Muskeln, der Sehnen oder der Bänder (z. B. Rückgratverkrümmung, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, Sehnenscheidenentzündung, Gelenkentzündungen, Gelenkverschleiß, Rheuma, Fibromyalgie)? ☐ nein ☐ ja

10m. der Augen (z. B. Linseneintrübung, Netzhautablösung, erhöhter Augeninnendruck, Laser-Behandlung)? ☐ nein ☐ ja

10n. Besteht eine Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien?
Falls ja: Bitte geben Sie die betreffende Dioptrienzahl an. links _____ +/- rechts _____ +/- ☐ nein ☐ ja

10o. der Ohren (z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Störungen des Gleichgewichtssinns)? ☐ nein ☐ ja

10p. Allergien (z. B. Heuschnupfen, Hausstaub, Tierhaare, Insektengift, chemische Substanzen)? ☐ nein ☐ ja

Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 3 Jahre

11. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 3 Jahre über einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen apothekenpflichtige Medikamente, oder wurden Ihnen solche verordnet? Falls ja: Bitte nennen Sie die Medikamente. Seit wann nehmen Sie diese? Wie hoch ist die Dosis pro Tag? Und weswegen nehmen Sie diese? ☐ nein ☐ ja

Bitte geben Sie Ihren Arzt an, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse berichten kann. (Name, Anschrift, Fachrichtung)

_____

* Unter „sonstige Behandler" sind z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten oder Lern-, Ergo-, Sprachtherapeuten zu verstehen.

Erläuterungen zu den mit „ja" beantworteten Fragen Was? Wann? Wie lange? Bei Gesundheitsangaben auch Diagnose, Behandlung, Folgen? Name und Anschrift behandelnder Ärzte/sonstige Behandler*, Krankenhäuser, Kur-/Rehakliniken? Ergebnis? Folgen?

Bitte bei Platzmangel ein separates, vom VN unterschriebenes Blatt verwenden!

Frage	Erläuterungen

* Unter „sonstige Behandler" sind z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten oder Lern-, Ergo-, Sprachtherapeuten zu verstehen.

Zusätzliche Prüfung für eine Rente bei Berufsunfähigkeit

Angaben zur Angemessenheit

1. Bestehen für Sie schon (Zusatz-)Versicherungen für den Fall der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit, oder wurden solche beantragt? ☐ nein ☐ ja
Falls ja: Nennen Sie bitte jeweils den Namen der Gesellschaft, das Jahr der Antragstellung bzw. der Anfrage, die Schicht (Basisrente, private Absicherung), die Höhe der Leistung und die Art der Versicherung.

Gesellschaften _____ Jahr _____ Schicht _____

Höhe der Leistung / Prämienbefreiung p.a. _____ EUR

Art der Versicherung (BU/EU) _____

Original an Versicherer · Durchschlag 1 für Vertrieb · Durchschlag 2 für Versicherungsnehmer. Mit schwarzem oder blauem Kugelschreiber in GROSSBUCHSTABEN ausfüllen! Zutreffendes Kästchen ankreuzen!

2. Verfügen Sie neben der beantragten Berufsunfähigkeitsversicherung noch über weitere Versorgungsleistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit?

Berufsständisches Versorgungswerk	☐ nein	☐ ja	mtl., ca.	EUR
Beamtenversorgung	☐ nein	☐ ja	mtl., ca.	EUR
Betriebliche Altersversorgung	☐ nein	☐ ja	mtl., ca.	EUR

3a. Bitte geben Sie Ihr Jahresbruttoeinkommen der letzten 3 Jahre an:

Jahr	2018	EUR
Jahr	2019	EUR
Jahr	2020	EUR

3b. Als Berufseinsteiger* geben Sie das aktuelle Monatseinkommen an: EUR

(Als Einkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeit inklusive Weihnachts- und Urlaubsgeld; Tantiemen, Bonus- oder Sonderzahlungen sind grundsätzlich nicht zu berücksichtigen. Bei Selbständigen/Freiberuflern gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb bzw. aus selbständiger Tätigkeit als Einkommen.)

Bei Gesamtrenten – einschließlich bestehender Anwartschaften – von mehr als 30.000 EUR jährlich bitte Einkommmensnachweise der letzten 3 Jahre (z. B. Steuerbescheid, Bestätigung des Steuerberaters, Gehaltsabrechnungen) einreichen.

* Als Berufseinsteiger gilt, wer innerhalb der letzten 12 Monate nach Abschluss eine/s Ausbildung/Studiums eine berufliche Tätigkeit aufgenommen hat.

Allgemeine Angaben – bitte immer ausfüllen

Es wurde eine ärztliche Untersuchung gemäss der Annahmerichtlinien veranlasst.	☐ nein	☐ ja
Für die Gesundheitsfragen wurde zusätzlich ein gesondert unterschriebenes Blatt verwendet.	☐ nein	☐ ja
Haben Sie die Angaben in der Erklärung selbst in dieses Formular eingetragen?	☐ nein	☐ ja
Hat der Vermittler die Angaben in der Erklärung in dieses Formular eingetragen?	☐ nein	☐ ja

Besondere Vereinbarungen

Die folgenden besonderen Vereinbarungen werden nur gültig bei schriftlicher Bestätigung:

Einwilligungs-/Schweigepflicht-entbindungs-erklärung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung gegenüber der HDI Lebensversicherung AG
(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.)

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Der Widerruf ist zu richten an:

HDI Lebensversicherung AG
Charles-de-Gaulle-Platz 1
50679 Köln
E-Mail: leben.service@hdi.de

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HDI Lebensversicherung AG

Ich willige ein, dass die HDI Lebensversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.
Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.
Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Bitte wählen Sie eine der beiden Möglichkeiten aus!

Möglichkeit I:

☐ **Ich willige ein, dass die HDI Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.**

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die HDI Lebensversicherung AG übermittelt werden.
Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die HDI Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die HDI Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.
Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

☐ **Ich wünsche, dass mich die HDI Lebensversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich**
- **in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die HDI Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HDI Lebensversicherung AG einwillige oder**
- **die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.**

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.
Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die HDI Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Bitte wählen Sie ebenfalls **2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes** aus, sofern gewünscht!

☐ **Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).**

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HDI Lebensversicherung AG

Original an Versicherer · Durchschlag 1 für Vertrieb · Durchschlag 2 für Versicherungsnehmer. Mit schwarzem oder blauem Kugelschreiber in GROSSBUCHSTABEN ausfüllen! Zutreffendes Kästchen ankreuzen!

Die HDI Lebensversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die HDI Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die HDI Lebensversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die HDI Lebensversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen) – s. Antragsformular

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die HDI Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, www.informa-his.de betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für HDI Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziffer 2.1).

3.5 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler – s. Antragsformular

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die HDI Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Erklärungen

Ich habe die gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung zur Kenntnis genommen.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift Versicherungsnehmer ✗ _____
ggf. Firmenstempel

Unterschrift Versicherte Person ✗ _____
sofern vom VN abweichend; bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter

Unterschrift Vermittler ✗ _____

Original an Versicherer · Durchschlag 1 für Vertrieb · Durchschlag 2 für Versicherungsnehmer. Mit schwarzem oder blauem Kugelschreiber in GROSSBUCHSTABEN ausfüllen! Zutreffendes Kästchen ankreuzen!

Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht
Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag bzw. Ihre unverbindliche Anfrage auf einen Vertragsvorschlag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.
Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der HDI Lebensversicherung AG, Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzuholen.
Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.
Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.
Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage auf einen Vertragsvorschlag an uns richten, benötigen wir Ihre vollständigen und wahrheitsgemäßen Angaben, um Ihnen ein Angebot zum Abschluss des von Ihnen gewünschten Versicherungsvertrages zu unterbreiten. In diesem Fall beachten Sie bitte, dass unser Vertragsvorschlag nur unter der Bedingung gilt, dass bis zu Ihrer Vertragserklärung, welche in der Annahmeerklärung zu sehen ist, keine Änderungen der im Vorfeld von Ihnen und – soweit nicht personenidentisch – der versicherten Person getätigten Angaben ergeben haben.
Sollten sich bis zu Ihrer Annahmeerklärung Ihre Verhältnisse ändern mit der Folge, dass die von uns gestellten Fragen anders als wie geschehen zu beantworten sind, sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, uns die Änderungen mitzuteilen.
Wir werden Sie und die versicherte Person bei Abgabe der Vertragserklärung ausdrücklich bitten, uns verbindlich zu bestätigen, dass die von uns in Bezug auf den Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet wurden und uns etwaige Änderungen mitzuteilen.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?
Sie sind bei Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
Haben Sie einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages gestellt, so geben Sie mit der Unterzeichnung des Antragsformulars und dessen Weiterleitung an uns Ihre Vertragserklärung ab. Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage für einen Vertragsvorschlag stellen, besteht Ihre Vertragserklärung in der Erklärung der Annahme unseres Vertragsvorschlages uns gegenüber.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes
Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.
Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand
– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.
Bei einem Rücktritt steht uns der Teil der Prämie zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung
Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine prämienfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.
Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung
Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte
Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur 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 der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.
Auf die Ausübung unserer Rechte auf Kündigung oder Vertragsanpassung verzichten wir, wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht unverschuldet verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person
Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

HDI Lebensversicherung AG
Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln
Tel. 0221 144-2325
www.hdi.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Christopher Lohmann
Vorstand: Dr. Patrick Dahmen (Vorsitzender),
Dirk Böhme, Silke Fuchs, Wolfgang Hanssmann,
Dr. Dominik Hennen, Fabian von Löbbecke, Jens Warkentin

Sitz der Gesellschaft: Köln, Amtsgericht Köln, HRB 603
Deutsche Bank AG
Kto.-Nr. 112 82 22 00 · BLZ 370 700 60
IBAN DE67 3707 0060 0112 8222 00 · BIC DEUTDEDK

Wichtige Hinweise bezüglich der Informationen zu genetischen Untersuchungen im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG)

Gem. § 18 I Nr. 1 GenDG sind wir weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages befugt, von der versicherten Person die Vornahme von genetischen Untersuchungen oder Analysen zu verlangen.
Ebenso wenig dürfen wir gem. § 18 I Nr. 2 GenDG die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwerten. Dies ist uns jedoch in den Fällen gestattet, in denen die versicherte Leistung den Betrag von 300.000 EUR oder die versicherte Jahresrente eine Höhe von 30.000 EUR übersteigt.
Das GenDG hat jedoch keinen Einfluss auf die vorvertraglichen Anzeigepflichten gem. § 19 ff. VVG. Es besteht daher eine Auskunftspflicht über bestehende Erkrankungen oder Vorerkrankungen auch dann, wenn im Rahmen der Diagnosestellung ein Gentest eingesetzt wurde.

HDI Lebensversicherung AG
Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln
Tel. 0221 144-2325
www.hdi.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Christopher Lohmann
Vorstand: Dr. Patrick Dahmen (Vorsitzender),
Dirk Böhme, Silke Fuchs, Wolfgang Hanssmann,
Dr. Dominik Hennen, Fabian von Löbbecke, Jens Warkentin

Sitz der Gesellschaft: Köln, Amtsgericht Köln, HRB 603
Deutsche Bank AG
Kto.-Nr. 112 82 22 00 · BLZ 370 700 60
IBAN DE67 3707 0060 0112 8222 00 · BIC DEUTDEDK

HDI Lebensversicherung AG
Charles-de-Gaulle-Platz 1 · 50679 Köln
Tel. +49 221 144-2325
Fax +49 221 144-3833
www.hdi.de
Eingetragen beim Amtsgericht Köln,
HRB 603

Ergänzung ☒ **zum Antrag** ☐ **zur Unverbindlichen Anfrage vom:** 18.06.2021

Tarif: BVZ21

Versicherungsnehmer ☐ w ☐ m ☐ Fa. Name _____ Vorname _____

VP ☒ w ☐ m Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum 01.01.1994

Matrix-Codes

Anmerkung Dieses Blatt ist Bestandteil des Antrages/der Unverbindlichen Anfrage und sichert eine schnelle und sichere Verarbeitung. Bitte reichen Sie diese Seite zusammen mit dem Antrag/der Unverbindlichen Anfrage immer mit ein!