

Frau
Maxima Muster

Kontaktadresse

finaconsil Janine Kreiser
Janine Kreiser
Fetscherstraße 22
01307 Dresden

Telefon:
Mobil:
Telefax:
j.kreiser@finaconsil.de
www.finaconsil.de

28. Februar 2022

Berufsunfähigkeitsversicherung - Individuelle Informationen für Sie

Sehr geehrte Frau Muster,

Sie haben Interesse an einer Berufsunfähigkeitsversicherung gezeigt. Gemäß Ihrer persönlichen Angaben und Wünsche haben wir Ihnen hierzu passende individuelle Informationen zusammengestellt. Diese Unterlagen helfen Ihnen dabei, selbst einzuschätzen, welche Möglichkeiten und Chancen Ihnen eine Berufsunfähigkeitsversicherung bei einem leistungsstarken Versicherer bietet.

Sie haben noch Fragen? Wenden Sie sich an uns - wir freuen uns, wenn wir Ihnen weiterhelfen können.

Mit freundlichen Grüßen

finaconsil Janine Kreiser
Janine Kreiser

Versorgungsvorschlag der LV 1871

Vorteile, Informationen & Berechnungen für Ihren Versicherungsvertrag



Golden BU:
Klassische Berufsunfähigkeitsversicherung

Golden SBUA (23) als Privatversicherung

für

Frau Maxima Muster

vom

28.2.2022

1646050266305

8.76.13/Tarifsoftware Online/A-V/01/19

Auf einen Blick

Golden BU - die Berufsunfähigkeitsrente der LV 1871

Mit der Golden BU der LV 1871 lässt sich für den Fall der Berufsunfähigkeit vorsorgen. Wird die versicherte Person berufsunfähig, leisten wir eine Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente). Diese Rente sichert ein regelmäßiges Einkommen und hilft den Lebensstandard zu erhalten. Zusätzliche Angaben zum Beispiel zur Ausbildung, zum Familienstand oder zu Lebensgewohnheiten können den Beitrag reduzieren.

Optionale Komponenten

- Beitragsdynamik: Die BU-Rente wächst mit – ganz wie mit Ihnen vereinbart. Der Dynamik kann beliebig oft widersprochen werden.
- Verlängerte Leistungsdauer: Sie können eine verlängerte Rentendauer wählen – bis hin zur lebenslangen Leistung.
- Leistung bei Arbeitsunfähigkeit: Wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen. Nach sechs Monaten leisten wir eine Rente in Höhe der BU-Rente.
- Pflegepaket: Pflege-Plus-Option, Pflegebeitragsbefreiung und Pflegebasisschutz sichern Sie für den Fall der Pflegebedürftigkeit ab.
- Unfall-BU: Bei Berufsunfähigkeit durch Unfall wird zusätzlich zur BU-Rente die vereinbarte Unfall-BU-Rente gezahlt.
- garantierte Rentenerhöhung: Diese ist wählbar zwischen einem und drei Prozent der BU-Jahresrente.

In diesem Versorgungsvorschlag bereits berücksichtigte Komponenten sind mit einem "Häkchen" gekennzeichnet. Nicht gekennzeichnete Komponenten stehen Ihnen noch zur Auswahl offen.

★ Ihre Vorteile im Überblick

- Absicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit
- Beitragsgarantie bei Berufswechsel

Alle Angaben in Euro.

* Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.

Seite 1

- Schnelle Leistung bei schwerer Krankheit
- Umfangreiche Nachversicherungsmöglichkeiten ohne erneute Risikoprüfung
- Lebenslange Pflegerente: Dieser sichert für den Fall der Pflegebedürftigkeit zusätzlich ab
- Anspruch auf Beratung und Unterstützung im Leistungsfall
- Wiedereingliederungshilfe bei Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit
- Rehabilitationshilfe (Kostenbeihilfe)
- Infektionsklausel

Ihre Vertragsdaten



Persönliche Daten

Versicherungsnehmer:	Frau Maxima Muster		
Versicherte Person:	Frau Maxima Muster	geb. 1.1.1996	

Dieser Berechnung haben wir folgende Daten zugrunde gelegt:

- ausgeübter Beruf: Assistenzarzt/-ärztin, Berufseinstufung 1+
- Körpergröße: 160 cm
- Gewicht: 60 kg



Laufzeiten

Produktbaustein	Versicherungsbeginn	Ende der Versicherungsdauer	Endalter
Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung	1.3.2022	28.2.2063	67 Jahre

Alle Angaben in Euro.

* Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.

Seite 2

Beitrag

Produktbaustein	monatlicher Bruttobeitrag	monatlicher Zahlbeitrag *)	Beitragszahlungsdauer	erstmals	bis Endalter
Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung	199,74 €	131,83 €	41 Jahre	1.3.2022	67 Jahre
Leistung bei Arbeitsunfähigkeit	in obigen Beitrag enthalten	in obigen Beitrag enthalten			
Lebenslange Pflegerente	ohne Mehrbeitrag	ohne Mehrbeitrag			
Gesamtbeitrag	199,74 €	131,83 €			

Die Beiträge sind gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 5 b) Versicherungsteuergesetz (VersStG) von der Versicherungssteuer befreit.

- Dynamik: jährliche Steigerung um 5 Prozent des Vorjahresbeitrags jedes Jahr
- Der genannte Beitrag gilt bei normalen Gesundheitsverhältnissen. Bei besonders günstigen Gesundheitsverhältnissen ist ein geringerer Beitrag möglich.

Bitte beachten Sie den Punkt „Beitrag“ unter den nachfolgenden Erläuterungen zu unserem Versorgungsvorschlag für Sie.

€ Leistungen

Produktbaustein	Versicherungsdauer	Jährliche garantierte Rente	monatliche garantierte Rente
Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung	41 Jahre	33.600,00 €	2.800,00 €
Leistung bei Arbeitsunfähigkeit		33.600,00 €	2.800,00 €

Für alle nachfolgenden Berechnungen nehmen wir an, dass Sie jede dynamische Erhöhung bis zum Alter 67 beziehungsweise bis zum 41. Versicherungsjahr in Anspruch nehmen.

Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung TAV 23

- Rentenzahlweise: monatlich
- Leistungsdauer der BU-Rente: 41 Jahre bis Endalter: 67 Jahre
- Leistungsdauer bei Arbeitsunfähigkeit: maximal 24 Monate

Alle Angaben in Euro.

* Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.

Seite 3

- garantierte Steigerung der BU-Rente: 2,00 Prozent der Gesamtjahresrente
- lebenslange Pflegerente in der BU
- Überschussverwendung: vollständige Beitragsverrechnung
- BU-Wartezeit: keine

! Bitte beachten Sie dazu auch den Punkt „Leistungen“ in den Erläuterungen zu unserem Versorgungsvorschlag für Sie sowie die individuellen Hochrechnungen.

i Erläuterungen zu unserem Versorgungsvorschlag für Sie

Beitrag

Bei den Beiträgen unterscheiden wir zwischen Bruttobeitrag und Zahlbeitrag:

- **Bruttobeitrag:** Der Bruttobeitrag benennt die Höhe der Beiträge, die für die gesamte Beitragszahlungsdauer garantiert sind. Sie gelten jeweils für die Produktbausteine, die in der Tabelle genannt sind.
- **Zahlbeitrag:** Der Zahlbeitrag bezeichnet die Beiträge, die Sie tatsächlich leisten. Diese fallen geringer aus als der Bruttobeitrag, weil wir unsere Versicherungsnehmer an den Sofortüberschüssen beteiligen. Diese Überschüsse ziehen wir vom Bruttobeitrag ab. **Die Höhe der Sofortüberschüsse ergibt sich nach derzeit festgelegten Anteilsätzen. Für die Folgejahre kann sie nicht garantiert werden. Bei einer Veränderung der Überschussanteilsätze steigt oder sinkt auch der Zahlbeitrag.**

Die Beiträge sind fällig zum 1. eines jeden Monats. Letztmals am 1.2.2063.

Die Höhe Ihres Gesamtbeitrags finden Sie in der Zeile „Gesamtbeitrag“ der Tabelle unter „Beitrag“.

Alle Angaben in Euro.

* Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.

Seite 4

Beitragsdynamik

Sie haben in Ihrem Vertrag eine Beitragsdynamik eingeschlossen. Damit erhöhen sich Ihre Beiträge jährlich um 5 Prozent des Vorjahresbeitrags. Die regelmäßigen Beitragserhöhungen wirken sich auch auf die Leistungen Ihrer Versicherung aus. Wie das konkret aussieht, können Sie der Tabelle zur individuellen Hochrechnung der Dynamik entnehmen.

Beitragsfreistellung

Sie können Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung beitragsfrei stellen. Dann zahlen Sie keine Beiträge mehr. Dadurch reduziert sich die BU-Rente entsprechend.

Leistung bei Berufsunfähigkeit

Ist die versicherte Person berufsunfähig oder pflegebedürftig, zahlen wir eine garantierte Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente). Diese beträgt **2.800,00 Euro** monatlich.

- Die BU-Rente wird jährlich garantiert um 2,00 Prozent erhöht. Diese Erhöhungen enden spätestens zum 28.2.2063.
- Nicht garantierte Erhöhungen der BU-Rente erfolgen durch Überschussanteile und Bewertungsreserven. Aktuell würde sich hieraus ab dem zweiten Rentenjahr jährlich eine Erhöhung um 2,55 Prozent* der Vorjahresrente ergeben.
- Sie müssen keine weiteren Beiträge bezahlen.
- Die BU-Rente und die Beitragsbefreiung zahlen wir bis zum vereinbarten Endalter, solange eine Berufsunfähigkeit besteht.

Leistung bei Arbeitsunfähigkeit

Sie haben mit der Golden BU auch eine Leistung bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart. Diese zahlen wir, wenn die versicherte Person für mindestens sechs Monate ununterbrochen arbeitsunfähig ist. Dann zahlen wir eine Rente in Höhe der BU-Rente. Eine Berufsunfähigkeit muss in diesem Fall nicht vorliegen. Die Rente wegen Arbeitsunfähigkeit zahlen wir maximal 24 Monate lang.

Solange wir diese Leistung erbringen, befreien wir Sie von der Pflicht Beiträge zu zahlen. Danach lebt Ihre Beitragszahlungspflicht wieder auf. Es sei denn, die Arbeitsunfähigkeit geht in eine Berufsunfähigkeit über und wir zahlen eine BU-Rente. Wir befreien Sie bereits

Alle Angaben in Euro.

* Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.

Seite 5

von der Pflicht, Beiträge zu zahlen, wenn die versicherte Person mehr als sechs Wochen arbeitsunfähig ist.

Leistung lebenslange Pflegerente

Unter den folgenden Bedingungen zahlen wir die BU-Rente lebenslang weiter:

- Die versicherte Person ist bei Ablauf der Versicherungsdauer pflegebedürftig.
- Die versicherte Person ist zu diesem Zeitpunkt mindestens 60 Jahre alt.
- Die Pflegebedürftigkeit hat während der vorausgegangenen zehn Jahre ununterbrochen bestanden.

Schnelle Leistung bei schwerer Krankheit

Bei Nachweis einer Krebserkrankung, eines Herzinfarkts, eines Schlaganfalls, einer Querschnittslähmung oder eines vollständigen Sprach-, Seh- oder Hörverlusts erhalten Sie Ihre vereinbarte Rente für einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten. In diesem Zeitraum müssen Sie keine Beiträge zahlen. Es genügt ein vereinfachter Nachweis der schweren Krankheit. Wir entscheiden über die Leistung innerhalb von fünf Arbeitstagen.

Nachversicherungsgarantie

Mit der Nachversicherungsgarantie besteht die Möglichkeit, die versicherte Gesamt-BU-Rente zu erhöhen. Hierfür muss sich die versicherte Person keiner erneuten Risikoprüfung unterziehen. Derzeit ist die Nachversicherung allerdings nicht möglich. Die versicherte BU-Rente ist bereits so hoch, dass eine weitere Erhöhung durch Nachversicherung nicht mehr möglich ist.

Karrieregarantie

Bei Ausübung der Karrieregarantie darf die Gesamt-BU-Rente 5.000,00 Euro monatlich nicht überschreiten.

Alle Angaben in Euro.

*** Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.**

Seite 6

Steuerlicher Hinweis

Wie sich die Leistungen steuerlich auswirken, haben wir in diesem Versorgungsvorschlag nicht berücksichtigt.

Bitte beachten Sie auch die Allgemeinen Angaben über die Steuerregelungen.

Wichtige Hinweise: Garantierte Leistungen und Überschussbeteiligung

Sie haben Anspruch auf diejenigen Leistungen, die ausdrücklich als **garantiert** gekennzeichnet sind. Um diese Leistungsverpflichtung Ihnen gegenüber erfüllen zu können, müssen wir entsprechend vorsichtig kalkulieren. Dadurch entstehen im Allgemeinen Überschüsse, an denen Sie im Rahmen der Überschussbeteiligung teilhaben – zusätzlich zu den garantierten Leistungen. Die Höhe dieser Überschussanteile hängt von den folgenden Faktoren ab: von der Verzinsung der Kapitalanlage, vom Verlauf der Invalidität in unserem Versicherungsbestand und von der Entwicklung unserer Kosten. Da diese Faktoren Schwankungen unterliegen, stellen wir die Überschussanteile für jedes Geschäftsjahr neu fest. Kurzfristige Schwankungen können wir in aller Regel ausgleichen. Bei lang anhaltenden Änderungen ist allerdings eine Anpassung nötig. Die Überschüsse Ihres Vertrags werden mit den Beiträgen verrechnet. Aus diesem Grund kann die Höhe Ihrer **Überschussbeteiligung** und Ihr **Zahlbeitrag nicht garantiert** werden. Ändert sich die Überschussbeteiligung, so beeinflusst das die dynamischen Erhöhungen, soweit Sie sie in Anspruch nehmen.

! Auf Leistungen, die wir inklusive Überschussbeteiligung angegeben haben, können Sie keinen Anspruch erheben.

Individuelle Hochrechnungen

In der folgenden Tabelle finden Sie die Garantiewerte Ihres Vertrags. Diese ergeben sich, wenn Sie Ihren Gesamtvertrag vollständig kündigen oder beitragsfrei stellen. Wenn Sie Ihren Vertrag vollständig kündigen, erlischt die Versicherung. Ein Rückkaufswert wird nicht fällig. Es besteht auch die Möglichkeit, den Vertrag beitragsfrei zu stellen. Dann wird die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt. Hiervon wird ein Abzug einbehalten. Dadurch reduziert sich die BU-Rente. In dieser Tabelle lesen Sie, wie sich der Rückkaufswert des Vertrags in den nächsten Jahren entwickelt. Der Rückkaufswert bildet die Ba-

Alle Angaben in Euro.

* Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.

Seite 7

sis für die beitragsfreie Jahresrente. Zudem finden Sie hier, in welcher Höhe ein Abzug erfolgt. In den individuellen Hochrechnungen ist angenommen, dass Sie die planmäßige Beitragserhöhung in Anspruch nehmen.

In den angegebenen Werten ist die Überschussbeteiligung nicht berücksichtigt. Im Leistungsfall erhöht die Überschussbeteiligung, die Ihrem Vertrag bis zu diesem Zeitpunkt zugebilligt wurde, die garantierten Leistungen.

Garantiewerte bei Beitragsfreistellung des Gesamtvertrages

nach Jahren	Rückkaufswert (gemäß § 169 Abs. 3 VVG)	Beitragsfreie BU-Jahresrente (vor Abzug)	Abzug (gemäß § 169 Abs. 5 VVG)	Minderung beitragsfreie BU-Jahresrente durch Abzug	Beitragsfreie BU-Jahresrente (nach Abzug)
1	780,53	257,70	780,53	257,70	0,00
2	1.561,60	522,60	1.561,60	522,60	0,00
3	2.350,09	797,50	2.350,09	797,50	0,00
4	3.145,27	1.083,00	3.145,27	1.083,00	0,00
5	3.945,98	1.379,50	3.945,98	1.379,50	0,00
6	5.218,59	1.853,50	5.218,59	1.853,50	0,00
7	6.520,36	2.354,40	6.122,60	2.210,80	143,60
8	7.855,40	2.885,60	6.825,45	2.507,30	378,30
9	9.227,36	3.450,50	7.550,24	2.823,40	627,10
10	10.636,73	4.051,70	8.296,74	3.160,40	891,30
11	12.032,08	4.673,50	9.037,41	3.510,30	1.163,20
12	13.400,24	5.313,70	9.766,51	3.872,80	1.440,90
13	14.748,49	5.977,30	10.489,51	4.251,20	1.726,10
14	16.082,99	6.669,40	11.210,87	4.649,00	2.020,40
15	17.479,55	7.422,00	11.972,14	5.083,50	2.338,50
16	18.868,39	8.213,30	12.736,16	5.544,00	2.669,30
17	20.225,21	9.038,00	13.491,68	6.029,00	3.009,00
18	21.604,82	9.922,80	14.267,92	6.553,10	3.369,70
19	22.819,71	10.797,10	14.965,25	7.080,80	3.716,30
20	23.840,80	11.651,40	15.572,06	7.610,30	4.041,10
21	24.634,66	12.472,40	16.072,95	8.137,70	4.334,70
22	25.167,08	13.244,60	16.444,69	8.654,30	4.590,30

Alle Angaben in Euro.

* Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.

Seite 8

nach Jahren	Rückkaufswert (gemäß § 169 Abs. 3 VVG)	Beitragsfreie BU-Jahresrente (vor Abzug)	Abzug (gemäß § 169 Abs. 5 VVG)	Minderung beitragsfreie BU-Jahresrente durch Abzug	Beitragsfreie BU-Jahresrente (nach Abzug)
23	25.401,71	13.948,20	16.682,40	9.160,40	4.787,80
24	25.305,59	14.560,80	16.750,83	9.638,40	4.922,40
25	24.838,96	15.050,60	16.633,85	10.078,90	4.971,70
26	23.970,22	15.381,40	16.301,30	10.460,30	4.921,10
27	22.659,03	15.499,20	15.726,01	10.756,90	4.742,30
28	20.873,36	15.336,90	14.953,80	10.987,40	4.349,50
29	18.590,55	14.806,60	13.971,29	11.127,60	3.679,00
30	15.799,86	13.788,50	12.752,78	11.129,30	2.659,20
31	12.515,06	12.123,80	11.309,94	10.956,40	1.167,40
32	8.770,37	9.582,00	8.770,37	9.582,00	0,00
33	4.636,43	5.826,90	4.636,43	5.826,90	0,00
34	239,39	354,90	239,39	354,90	0,00
35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

! Die Begriffe, die wir im Versorgungsvorschlag verwenden, haben wir im Glossar erläutert. Das Glossar ist in Ihren vorvertraglichen Informationen enthalten.

Individuelle Hochrechnung der Dynamik

In dieser Tabelle lesen Sie, wie sich Ihr Beitrag und Ihre garantierte BU-Rente über die nächsten Jahre entwickeln.

Alle Angaben in Euro.

*** Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.**

Seite 9

ab dem ... ten Jahr	BU-Erhöungsrente	Erhöungsbeitrag*	BU-Gesamtjahresren- te	Gesamtzahlbeitrag inkl. Überschussbe- teiligung nach Erhö- hung*
2	1.660,20	6,59	35.260,20	138,42
3	1.712,00	6,92	36.972,20	145,34
4	1.766,80	7,27	38.739,00	152,61
5	1.821,20	7,63	40.560,20	160,24
6	1.877,10	8,01	42.437,30	168,25
7	1.935,50	8,41	44.372,80	176,66
8	1.991,80	8,83	46.364,60	185,49
9	2.051,80	9,27	48.416,40	194,76
10	2.112,30	9,74	50.528,70	204,50
11	2.174,60	10,23	52.703,30	214,73
12	2.240,00	10,74	54.943,30	225,47
13	2.305,60	11,27	57.248,90	236,74
14	2.370,50	11,84	59.619,40	248,58
15	2.441,00	12,43	62.060,40	261,01
16	2.513,90	13,05	64.574,30	274,06
17	2.579,50	13,70	67.153,80	287,76
18	2.657,10	14,39	69.810,90	302,15
19	2.726,70	15,11	72.537,60	317,26
20	2.804,50	15,86	75.342,10	333,12
21	2.889,50	16,66	78.231,60	349,78
22	2.978,00	17,49	81.209,60	367,27
23	3.077,90	18,36	84.287,50	385,63
24	3.178,90	19,28	87.466,40	404,91
25	3.299,40	20,25	90.765,80	425,16
26	3.427,10	21,26	94.192,90	446,42
27	3.575,50	22,32	97.768,40	468,74
28	3.747,30	23,44	101.515,70	492,18
29	3.938,20	24,61	105.453,90	516,79
30	4.160,90	25,84	109.614,80	542,63
31	4.425,70	27,13	114.040,50	569,76
32	4.744,50	28,49	118.785,00	598,25
33	5.144,70	29,91	123.929,70	628,16
34	5.632,50	31,41	129.562,20	659,57

Alle Angaben in Euro.

*** Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.**

ab dem ... ten Jahr	BU-Erhöhrungsrente	Erhöhrungsbeitrag*	BU-Gesamtjahresren- te	Gesamtzahlbeitrag inkl. Überschussbe- teiligung nach Erhö- hrung*
35	6.278,20	32,98	135.840,40	692,55
36	7.139,40	34,63	142.979,80	727,18
37	8.360,30	36,36	151.340,10	763,54
38	10.203,70	38,18	161.543,80	801,72
39	13.294,30	40,09	174.838,10	841,81
40	19.686,70	42,09	194.524,80	883,90
41	39.866,00	44,20	234.390,80	928,10

! Die Begriffe, die wir im Versorgungsvorschlag verwenden, haben wir im Glossar erläut-
tert. Das Glossar ist in Ihren vorvertraglichen Informationen enthalten.

§ Erforderliche Arztunterlagen

Aufgrund der Höhe der gewünschten Absicherung ist für die versicherte Person eine ärztli-
che Untersuchung erforderlich.

Diese Untersuchung führt ein Arzt/eine Ärztin beziehungsweise ein Heilbehandler/eine Heil-
behandlerin Ihrer Wahl durch.

Erforderliche Unterlagen:

- Bericht des Arztes, der über die Gesundheitsverhältnisse am besten informiert ist. Der
Arztbericht ist nicht erforderlich, wenn dieser Arzt die ärztliche Untersuchung durchführt.
- Ärztliches Zeugnis über die Untersuchung
- Ruhe-EKG
- Labor mit Originalbefund:
- großes Blutbild
- BKS
- GPT
- Gamma-GT
- Gesamt-Cholesterin

Alle Angaben in Euro.

*** Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.**

Seite 11

- HDL-Cholesterin
- Triglyzeride
- Serum-Kreatinin
- Blutzucker (nüchtern) oder HbA1c-Wert
- HIV-Test
- Harnuntersuchung

Die Kosten für diese Untersuchung übernehmen wir. Der Arzt, der die Untersuchung durchführt, kann seine Rechnung direkt an uns stellen. Das Honorar setzt sich wie folgt zusammen:

- Arztbericht 35 Euro
- ärztliches Zeugnis 50 Euro
- alle übrigen Untersuchungen 100 Euro

Alternativ: Untersuchung durch den Service von Medicals Direct

Die Gesundheitsprüfung können Sie auch durch den Service von Medicals Direct Deutschland (M-Check direct) durchführen lassen. In diesem Fall kommt der Service auf Sie zu, um einen Termin an einem Ort Ihrer Wahl zu vereinbaren. Eine versicherungsmedizinisch qualifizierte Pflegefachkraft übernimmt Ihre Gesundheitsprüfung. Dabei konzentriert sie sich auf die vertragsrelevanten medizinischen Aspekte.

Sie möchten diesen Service in Anspruch nehmen? Bitte senden Sie die „Erklärung zum M-Check direct“ mit Ihrer Unterschrift an uns zurück. Kosten entstehen Ihnen dadurch keine – die übernehmen wir.

§ Vertragsgrundlagen

Für den angebotenen Versicherungsvertrag gelten die im Folgenden näher bezeichneten Allgemeinen und/oder Besonderen Versicherungsbedingungen:

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (Golden BU) (L-B12309/01.22)

Alle Angaben in Euro.

*** Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.**

Seite 12

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz für die Berufsunfähigkeitsversicherung bei Unfall (L-B1715/04.12)
- Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen (Dynamik) ohne erneute Risikoprüfung (L-B22301/01.22)

Ihr Ansprechpartner

finaconsil Janine Kreiser
Frau Janine Kreiser
Fetscherstraße 22
01307 Dresden

j.kreiser@finaconsil.de
www.finaconsil.de

1646050266305

8.76.13/Tarifsoftware Online/A-V/14/19

Alle Angaben in Euro.

* Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.

Seite 13

Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871)
Hauptverwaltung: Maximiliansplatz 5 · 80333 München
Briefanschrift: 80326 München

Telefon 089 / 5 51 67 - 0 · Telefax 089 / 5 51 67 - 12 12
info@lv1871.de · www.lv1871.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats
Dr. Peter Hohenemser

Vorstand
Wolfgang Reichel (Vorsitzender des Vorstands),
Dr. Klaus Math, Hermann Schrögenauer

UniCredit Bank AG
SWIFT (BIC): HYVEDEMMXXX
IBAN: DE76 7002 0270 0053 3007 58

Rechtsform
Versicherungsverein auf
Gegenseitigkeit
Sitz München
AG München HRB 194
USt-IdNr.: DE 129274608

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

**Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.
Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen**

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**
einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

**Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.
Der Widerruf ist zu richten an:**

Lebensversicherung von 1871 a. G. München
Maximiliansplatz 5
80333 München

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:
089 / 5 51 67 - 12 12

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten:
kundenservice@lv1871.de

Alle Angaben in Euro.

*** Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.**

Seite 14

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 4,39 € * je Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Alle Angaben in Euro.

*** Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.**

Seite 15

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Beiträge einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der

Alle Angaben in Euro.

*** Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.**

Seite 16

der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;

11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Berufsunfähigkeitsversicherung

Bei dieser Berufsunfähigkeitsversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

Alle Angaben in Euro.

*** Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.**

Seite 17

1. Angaben in Euro zur Höhe der in den Beitrag einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil des Jahresbeitrags unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil des Jahresbeitrags unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe;
4. Angabe in Euro der in Betracht kommenden Rückkaufswerte;
5. Angaben in Euro über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine beitragsfreie oder eine beitragsreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer beitragsfreien oder beitragsreduzierten Versicherung;
6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind; die Angabe hat in Euro zu erfolgen;
7. allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung;
8. den Hinweis, dass der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung übereinstimmt.

Ende der Widerrufsbelehrung

Alle Angaben in Euro.

*** Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.**

Seite 18

Glossar für die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

Im Folgenden erläutern wir Ihnen Fachbegriffe, die wir in den vorvertraglichen Informationen sowie in den Vertragsdokumenten der Berufsunfähigkeitsversicherung verwenden. Nicht alle Begriffe treffen auf Ihren Vertrag zu.

Ablaufmanagement

Das Ablaufmanagement dient zur Sicherung von Börsenerfolgen in den letzten fünf Jahren vor Rentenbeginn. Um das mögliche Risiko von Verlusten zu minimieren, fließt monatlich ein Anteil in einen risikoärmeren Investmentfonds.

Abzug (gemäß § 169 Abs. 5 VVG)

Der Abzug (gemäß § 169 Abs. 5 VVG) ist der vertraglich vereinbarte Betrag, der bei Beitragsfreistellung des Vertrages von dem Rückkaufswert (gemäß § 169 Abs. 3 VVG) abgezogen wird.

Activities of Daily Living (ADL)

Dazu zählen folgende alltägliche Verrichtungen: sich im Zimmer fortbewegen, aufstehen und zu Bett gehen, sich an- und ausziehen, essen und trinken, sich waschen und kämmen oder rasieren, seine Notdurft verrichten.

Anlagestock

Im Fall der Überschussverwendung Fondsguthaben oder der Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung ist die Versicherung vor Ablauf der Aufschubzeit unmittelbar an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (Anlagestock) beteiligt. Dieses Sondervermögen besteht aus Anteilen von Fonds, an die die Leistungen aus Ihrem Vertrag gebunden sind. Wir legen den Anlagestock gesondert von unserem sonstigen Vermögen an.

Auszahlungen aus dem Fondsguthaben

Während der Vertragslaufzeit können Sie Auszahlungen aus dem Fondsguthaben vornehmen. Hierfür sind Voraussetzungen zu beachten.

beitragsfreie BU-Jahresrente (nach Abzug)

Dieser Wert ist die beitragsfreie Rente, die sich nach Abzug der Minderung beitragsfreie BU-Jahresrente ergibt. Im Falle der Berufsunfähigkeit wird diese Rente ausgezahlt.

beitragsfreie BU-Jahresrente (vor Abzug)

Dieser Wert ist die beitragsfreie Rente, die sich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (gemäß § 169 Abs. 3 VVG) ergibt.

Beitragsverrechnung

siehe *Überschussverwendung Beitragsverrechnung*

Beitragszahlungsdauer

Während der Beitragszahlungsdauer leisten Sie die Beiträge zu Ihrer Versicherung.

Bewertungsreserven

Bei der Bewertung unserer Kapitalanlagen können Bewertungsreserven entstehen. Diese ergeben sich, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in unserer Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und ermöglichen es, kurzfristige Schwankungen auf den Kapitalmärkten auszugleichen.

Börsentage

Börsentage sind die Tage, an denen an einer bestimmten Börse Handel stattfindet.

Bonusrente

siehe *Überschussverwendung Bonusrente*

BU-Jahresrente (nach Abzug), beitragsfreie

siehe *beitragsfreie BU-Jahresrente (nach Abzug)*

BU-Jahresrente (vor Abzug), beitragsfreie

siehe *beitragsfreie BU-Jahresrente (vor Abzug)*

Deckungskapital

Hierbei handelt es sich um einen versicherungsrechtlichen Begriff. Er bezeichnet das garantierte Guthaben, das in einer Versicherung zu einem bestimmten Zeitpunkt vorhanden ist.

Dynamik

Wurde eine Beitragsdynamik vereinbart, erhöht sich der Bruttobeitrag/Beitrag jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Sowohl der Beitrag als auch die Leistungen werden durch die Dynamik regelmäßig erhöht. Eine erneute Risikoprüfung ist nicht nötig. Dieser automatischen Erhöhung können Sie ohne Angabe von Gründen widersprechen.

Dynamiknachtrag

Wenn Sie eine Dynamik vereinbart haben, erhalten Sie zum Ende jedes Versicherungsjahres einen Dynamiknachtrag. Dieser informiert Sie über die genaue Höhe der Beitragsanpassung und wie sich die Leistung entwickelt.

Fondsguthaben

Die Anteile an Investmentfonds, die auf Ihren Vertrag entfallen, bilden das Fondsguthaben Ihrer Versicherung.

Hochschule

Dazu zählen alle Universitäten, Fachhochschulen und die Dualen Hochschulen.

Karenzzeit

Anspruch auf Leistungen haben Sie erst mit dem Ablauf der Karenzzeit. Das gilt nur, wenn die Berufsunfähigkeit während dieser Frist ununterbrochen bestanden hat und auch danach noch andauert. Wir erbringen Leistungen nur für die Zeit nach dem Ablauf der Karenzzeit.

Leistungsdauer

Der Zeitraum, in dem wir Leistungen erbringen, wird als Leistungsdauer bezeichnet. Leistungsdauer und Versicherungsdauer können unterschiedlich lang sein.

Minderung beitragsfreie BU-Jahresrente durch Abzug

Dieser Wert stellt den Abzug dar, der nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik in eine Rente umgerechnet wurde. Die beitragsfreie Rente wird um diesen Wert vermindert.

Rechnungsmäßiges Alter

Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem aktuellen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

Rückkaufswert (gemäß § 169 Abs. 3 VVG)

Der Rückkaufswert (gemäß § 169 Abs. 3 VVG) ist das gemäß § 169 Abs. 3 VVG berechnete Deckungskapital des Vertrages, das zur Bildung der beitragsfreien Leistung zur Verfügung steht. Dieses berechnet sich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Eine Auszahlung des Rückkaufwertes (gemäß § 169 Abs. 3 VVG) bei Kündigung erfolgt nicht.

Shift und Switch

Shift und Switch stellen zwei Möglichkeiten dar einen Fondswechsel vorzunehmen. Mit einem Shift kann das bisher angesparte Fondsguthaben in andere Fonds umgeschichtet werden. Es können auch nur die künftigen Beiträge in anderen Fonds angelegt werden. Dies bezeichnet man als Switch. Zur Auswahl stehen Ihnen jeweils die von uns angebotenen Fonds.

Textform

Textform heißt zum Beispiel in Papierform, per E-Mail oder per Fax.

Todesfalleistung

Dies ist der Wert, der bei Tod der versicherten Person ausgezahlt wird.

Überschussbeteiligung

Beiträge und Leistungen werden von uns vorsichtig kalkuliert. Deswegen können sich Überschüsse ergeben, an denen die Versicherungsnehmer zu wesentlichen Teilen beteiligt werden. Hinzu kommt eine Beteiligung an den Bewertungsreserven. Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar sind. Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

Überschussverwendung Beitragsverrechnung

Die Überschussanteile verrechnen wir mit dem Bruttobeitrag. Dadurch ergibt sich ein niedrigerer Zahlbeitrag.

Überschussverwendung Bonusrente

Die Überschussanteile verwenden wir zur Finanzierung einer zusätzlichen Rente für den Leistungsbezug.

Überschussverwendung Fondsguthaben

Die Überschussanteile investieren wir in die von Ihnen gewählten Fonds.

Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung

Die Überschussanteile investieren wir teilweise in die von Ihnen gewählten Fonds und teilweise verrechnen wir sie mit dem Bruttobeitrag. Dadurch ergibt sich ein niedrigerer Zahlbeitrag.

Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung

Die Überschussanteile sammeln wir auf einem separaten Konto verzinst an.

Versicherte Person

Die versicherte Person ist diejenige Person, auf deren Leben oder Gesundheit die Versicherung abgeschlossen wird.

Versicherungsdauer

Wird die versicherte Person in diesem Zeitraum berufsunfähig, zahlen wir die Leistung.

Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer ist diejenige Person, die die Versicherung beantragt. Die Versicherung wird zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer geschlossen.

Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode richtet sich nach der gewählten Zahlungsweise. Bei Jahreszahlung beträgt sie beispielsweise ein Jahr. Bei unterjähriger Beitragszahlung beträgt sie entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr beziehungsweise ein halbes Jahr.

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein dokumentiert einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag. Er wird von uns regelmäßig als Urkunde ausgestellt.

Verzinsliche Ansammlung

siehe *Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung*

Wartezeit

Tritt die Berufsunfähigkeit innerhalb der Wartezeit ein, erhalten Sie keine Leistung. Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung erlischt. Ausnahme: Wird die BU in den ersten drei Jahren ausschließlich durch einen Unfall verursacht, entfällt die Wartezeit.

Sehr geehrte Frau Maxima Muster,
dieses Informationsblatt zu Versicherungsprodukten 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 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 selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung.



Was ist versichert?

✓ Berufsunfähigkeit

Wird die versicherte Person berufsunfähig, zahlen wir eine garantierte Berufsunfähigkeitsrente von monatlich 2.800,00 Euro.

Diese Rente zahlen wir, solange die versicherte Person berufsunfähig ist, längstens bis zum 28.02.2063.

Die versicherte Person ist berufsunfähig, wenn sie infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nicht mehr zu mindestens 50 Prozent ausüben kann beziehungsweise sechs Monate nicht mehr ausüben konnte.

Wir weisen nicht auf eine andere Tätigkeit, die nicht konkret ausgeübt wird (Verzicht auf abstrakte Verweisung).

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

Die versicherte Person ist auch berufsunfähig, wenn sie pflegebedürftig ist. Sie ist pflegebedürftig, wenn sie infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie täglich die Hilfe einer anderen Person in erheblichem Umfang benötigt:

- bei mindestens drei Verrichtungen des täglichen Lebens (zum Beispiel Fortbewegen im Zimmer)
- auch bei Einsatz technischer oder medizinischer Hilfsmittel.

✓ Leistung bei Arbeitsunfähigkeit

Ist die versicherte Person für mindestens sechs Monate ununterbrochen arbeitsunfähig, zahlen wir eine garantierte Rente von monatlich 2.800,00 Euro. Diese Rente zahlen wir, solange die versicherte Person arbeitsunfähig ist, maximal aber für 24 Monate.

Solange wir eine Rente leisten, brauchen Sie keine Beiträge zu zahlen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Individuell ausgeschlossene Vorerkrankungen.



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 eingeschränkt oder ausgeschlossen sein. Dazu zählt zum Beispiel, wenn die Berufsunfähigkeit auf den folgenden Umständen beruht:

- ! Die vorsätzliche Ausführung oder der Versuch einer Straftat durch die versicherte Person.
- ! Die vorsätzliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, die vorsätzliche Selbstverletzung oder die versuchte Selbsttötung.
- ! Teilnahme an inneren Unruhen oder kriegerischen Ereignissen.

Bitte beachten Sie, dass die von uns verwendeten Begriffe der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit nicht mit den Begriffen in der Sozialversicherung und in der Krankentagegeldversicherung übereinstimmen.



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 Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen uns die zur Prüfung notwendigen Unterlagen einreichen, insbesondere zum Beispiel Arztberichte und Informationen über den zuletzt ausgeübten Beruf. Die versicherte Person muss sich gegebenenfalls von weiteren Ärzten untersuchen lassen.
- Im Falle einer Arbeitsunfähigkeit müssen Sie uns eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung einreichen.
- Während der Dauer einer Berufsunfähigkeit müssen Sie uns die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit anzeigen.



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 01.03.2022. Die 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 01.03.2022. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen. Sie sind versichert, wenn die Berufsunfähigkeit bis zum 28.02.2063 eintritt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag in Textform (zum Beispiel Papierform, E-Mail) jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen. Mit Ihrer Kündigung erlischt die Versicherung. Ein Rückkaufswert wird nicht fällig. Sie haben keinen Versicherungsschutz mehr.

Prämie; Kosten

Prämie

Produktbaustein	monatlicher Brutto- beitrag	monatlicher Zahl- beitrag *)	Beitragszahlungs- dauer	erstmalig
Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung	199,74 €	131,83 €	41 Jahre	01.03.2022
Lebenslange Pflegerente	ohne Mehrbeitrag	ohne Mehrbeitrag		
Gesamtbeitrag	199,74 €	131,83 €		

*) Unmittelbar ab Versicherungsbeginn wird Ihr Vertrag zudem an entstehenden Überschüssen beteiligt. Dadurch ermäßigt sich der Bruttobeitrag. In der Folgezeit kann die Ermäßigung jedes Jahr unterschiedlich hoch sein oder auch ganz entfallen.

Abschluss- und Vertriebskosten und übrige Kosten (Verwaltungskosten)

Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie um übrige Kosten (Verwaltungskosten). Dazu gehören zum Beispiel: Aufwände für die Angebotssoftware, Provisions- oder Courtagezahlungen an den Vermittler, das Einrichten des Vertrages, Kundenbetreuung und -service, Vertriebsunterstützung, Risikoprüfung und laufende Vertragsverwaltung. Die Abschluss- und Vertriebskosten sowie die übrigen Kosten sind im kalkulierten Bruttobeitrag von jährlich 2.396,88 Euro bereits enthalten. Bei den übrigen Kosten handelt es sich um Verwaltungskosten.

Wir berechnen folgende Kosten:

Abschluss- und Vertriebskosten

einmalig	2.378,88 €
Prozentsatz der Bruttobeitragssumme	2,42 %

Übrige Kosten (Verwaltungskosten)

jährlich für eine Laufzeit von 41 Jahren	340,89 €
------------------------------------------	----------

Diese Wertangaben basieren auf einer vorsichtigen Kalkulation, zu der wir nach § 138 VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz) gesetzlich verpflichtet sind. Die Wertangaben sind daher in der Regel höher als die tatsächlich entstehenden Kosten. Dadurch entstehen Überschüsse, an denen wir Sie im Rahmen der Überschussbeteiligung angemessen beteiligen.

Sonstige Kosten

Falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die entstehenden Kosten gesondert in Rechnung stellen. Dies erfolgt entweder als pauschaler Abgeltungsbetrag oder in Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten.

Als pauschale Abgeltung legen wir derzeit folgende Beträge zugrunde (Stand: 1.2.2020; eine aktuelle Kostentabelle können Sie jederzeit bei uns anfordern):

Rückläufer Beitragslastschrift	5 Euro
Ausstellen einer Ersatzurkunde	10 Euro
Ausscheiden aus einem beziehungsweise Aufnahme in einen Kollektivvertrag	15 Euro
Abtretung oder Verpfändung jeweils	20 Euro
Umwandlung zur Erlangung eines Pfändungsschutzes, Summenerhöhung, Daueränderung des Vertrags, Schließen einer Beitragslücke, Tarifänderung oder Änderung des Versicherungsnehmers* jeweils	100 Euro
*Änderungen des Versicherungsnehmers aus familien-, erb- oder arbeitsrechtlichen Gründen sind kostenfrei.	
Interne Teilung aufgrund Versorgungsausgleich, maximal	500 Euro



Vertragsinformationen

Informationen zum Versicherer

1. Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Lebensversicherung von 1871 a. G. München
Maximiliansplatz 5
80333 München

vertreten durch den Vorstand:

**Wolfgang Reichel (Vorstandsvorsitzender),
Dr. Klaus Math, Hermann Schrögenauer**

Vorsitzender des Aufsichtsrats:

Dr. Peter Hohenemser

Sitz München, AG München HRB 194

Rechtsform: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871) betreibt unmittelbar und mittelbar alle Arten der Lebensversicherung einschließlich ihrer Zusatzversicherungen sowie Kapitalisierungsgeschäfte und die Verwaltung von Versorgungseinrichtungen.

3. Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG (Sicherungsfonds für die Lebensversicherer), Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt durch den Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die Lebensversicherung von 1871 a. G. München gehört dem Sicherungsfonds an.

Informationen zur angebotenen Leistung

4. Versicherungsbedingungen, wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen und ggf. Besonderen Versicherungsbedingungen können Sie Ihrem Versorgungsvorschlag entnehmen. In den Bedingungen sind Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers enthalten. Einzelheiten enthält Ihr Versorgungsvorschlag unter "Leistungen" und "Erläuterungen zu unserem Versorgungsvorschlag für Sie".

5. Gesamtpreis der Versicherung

In Ihrem Versorgungsvorschlag ist unter "Beitrag" und "Erläuterungen zum Beitrag" der Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile ausgewiesen.

6. Zusätzlich anfallende Steuern, Gebühren oder Kosten

Etwaige zusätzlich anfallende Gebühren oder Kosten finden Sie:

- bei Tarifen mit einem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten in Ihrem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten unter "Prämie; Kosten"
- bei Tarifen mit Basisinformationsblatt in Ihrem Versorgungsvorschlag unter der Überschrift "Ausweis der Kosten"

Informationen über anfallende Steuern entnehmen Sie bitte dem Dokument "Allgemeine Angaben über die Steuerregelungen".

7. Zahlung und Erfüllung

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise des Beitrags sind in Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter den Überschriften "Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?"/"Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?" sowie in Ihrem Versorgungsvorschlag unter "Beitrag" und "Erläuterungen zu unserem Versorgungsvorschlag für Sie" dargestellt.

8. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeit der Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen ist auf 60 Tage befristet.

Informationen zum Vertrag

9. Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen zustande. Im Falle der Antragsstellung ist Ihre Willenserklärung der Antrag, unsere Willenserklärung ist der Versicherungsschein. Mit Zugang unserer Annahmeerklärung, die durch Übersendung des Versicherungsscheins erfolgt, ist der Versicherungsvertrag rechtlich wirksam zustande gekommen. Auf die Einhaltung einer Antragsbindefrist wird verzichtet.

Im Falle einer unverbindlichen Angebotsanfrage durch Sie, ist unsere Willenserklärung das verbindliche Angebot. Ihre Willenserklärung erfolgt durch schriftliche Annahme dieses Angebots. Der Versicherungsvertrag kommt drei Tage nach Absenden Ihrer Annahmeerklärung an uns zustande. Wir dokumentieren den Vertragsschluss nochmals durch die Übersendung eines Versicherungsscheines. Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Versicherungsvertrag zustande gekommen ist und Sie den ersten oder einmaligen Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.

10. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die ausführliche Widerrufsbelehrung finden Sie in Ihrem Versorgungsvorschlag unter "Widerrufsbelehrung".

11. Laufzeit des Vertrages

Angaben zur Laufzeit und gegebenenfalls zur Mindestlaufzeit des Vertrages enthält Ihr Versorgungsvorschlag unter "Laufzeiten" und "Leistungen".

12. Beendigung des Vertrages

Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter den Überschriften "Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?"/"Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?"/"Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?" und "Welchen Stornoabzug erheben wir bei Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung?"/"Welchen Abzug erheben wir bei Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung?"/"Wann erheben wir einen zusätzlichen Selektionsabzug bei Kündigung Ihrer Versicherung?" sowie im "Anhang der AVB zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung".

Falls Sie zur Ihrem Vertrag eine oder mehrere Zusatzversicherungen abschließen, finden Sie Angaben zur Beendigung der Zusatzversicherung(en) in den jeweiligen Besonderen Bedingungen unter der Überschrift "Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?"

13. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Angaben über den Gerichtsstand sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter "Wo ist der Gerichtsstand?" enthalten.

14. Vertrags- und Korrespondenzsprache

Die Vertragsbedingungen und die erforderlichen Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages erfolgen in deutscher Sprache.

Informationen zum Rechtsweg

15. Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Angaben zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und den Voraussetzungen hierfür finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter "An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?". Sie finden dort auch den Hinweis auf die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

16. Zuständige Aufsichtsbehörde

Angaben zur zuständigen Aufsichtsbehörde sowie zur Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter "An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?".

Weitere Informationen zur Lebensversicherung und Berufsunfähigkeitsversicherung

17. Kosten

Angaben zur Höhe der in der Prämie einkalkulierten Kosten entnehmen Sie:

- bei Tarifen mit einem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten Ihrem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten unter "Prämie; Kosten"
- bei Tarifen mit Basisinformationsblatt Ihrem Versorgungsvorschlag unter der Überschrift "Ausweis der Kosten"

Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir außerdem die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag in Rechnung stellen. Die Einzelheiten hierzu sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter "Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?" geregelt.

Die Höhe der Kosten finden Sie:

- bei Tarifen mit einem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten in Ihrem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten unter "Prämie; Kosten"
- bei Tarifen mit Basisinformationsblatt in Ihrem Versorgungsvorschlag unter der Überschrift "Ausweis der Kosten"

18. Überschussermittlung und Überschussbeteiligung

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind unter der Überschrift "Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?"/"Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?" die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe dargestellt.

19. Rückkaufswerte, Umwandlung in prämienfreie oder prämienreduzierte Versicherung

In Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird unter den Überschriften "Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?"/"Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?"/"Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?" angegeben, ob bei Kündigung Ihrer Versicherung ein Rückkaufswert anfällt. Falls Sie zu Ihrem Vertrag eine oder mehrere Zusatzversicherungen abschließen, finden Sie hierzu außerdem Angaben in den jeweiligen Besonderen Bedingungen unter der Überschrift "Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?".

Die in Betracht kommenden Rückkaufswerte, sofern ein Rückkaufswert anfällt, sowie etwaige Leistungen aus einer beitragsfrei gestellten Versicherung sind in Ihrem Versorgungsvorschlag in den Individuellen Hochrechnungen zum Rückkaufswert bzw. zur Beitragsfreistellung dargestellt. Dort ist jeweils auch angegeben, in welchem Ausmaß die Leistungen garantiert sind.

Angaben über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine beitragsfrei gestellte Versicherung finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter den Überschriften "Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?"/"Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?"/"Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?". Falls Sie zu Ihrem Vertrag eine oder mehrere Zusatzversicherungen abschließen, finden Sie hierzu außerdem Angaben in den jeweiligen Besonderen Bedingungen unter der Überschrift "Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?".

20. Steuerregelung

Allgemeine Angaben für die für Ihre Versicherungsart geltende Steuerregelung sind in dem Dokument "Allgemeine Angaben über die Steuerregelungen" enthalten.

21. Effektivkosten

Die Minderung der Wertentwicklung durch Kosten in Prozentpunkten (Effektivkosten) bis zum Beginn der Auszahlungsphase sind bei Lebensversicherungsverträgen, die Versicherungsschutz für ein Risiko bieten, bei dem der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers gewiss ist, in Ihrem Versorgungsvorschlag unter dem Abschnitt "Effektivkosten" ausgewiesen.

22. Hinweis für Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherungen

Der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit ist nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Bereich der Krankentagegeldversicherung identisch.

Allgemeine Angaben über die Steuerregelungen

Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

A Einkommensteuer

1. Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung gegen laufende Beitragszahlungen

Beitragszahlungen

Beiträge zu Selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen können gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 3 a) EStG als Sonderausgaben abgezogen werden. Die Abzugsfähigkeit ist mit anderen abzugsfähigen Beiträgen gemäß § 10 Abs. 4 EStG auf 2.800,- Euro beziehungsweise 1.900,- Euro begrenzt.

Leistungen

Rentenleistungen

Renten aus Selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrente mit dem Ertragsanteil gemäß § 55 EStDV oder bei lebenslanger Zahlung mit dem Ertragsanteil gemäß § 22 Nr. 1 Satz 3a) bb) EStG zu versteuern.

Kapitalleistungen

Die Erträge aus nicht verbrauchten Risiko- und Kostenanteilen werden derzeit nicht als einkommensteuerpflichtig angesehen. Es ist keine Kapitalertragsteuer einzubehalten.

2. Zuwachsversicherungen

Die vorstehenden Ausführungen gelten auch für Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherungen mit dynamischem Zuwachs von Leistung und Beitrag (Zuwachsversicherungen).

3. Pflegepaket

Beitragszahlungen

Bei Einschluss des Pflegepaketes zur Selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung gelten für die Beitragszahlungen zum Pflegepaket die Ausführungen unter 1. entsprechend.

Leistungen

Lebenslange Rentenzahlungen aus dem Pflegebasisschutz, die für die Dauer der Pflegebedürftigkeit bezahlt werden, sind grundsätzlich mit dem Ertragsanteil gemäß § 22 Nr. 1 Satz 3a) bb) EStG zu versteuern.

B Schenkungsteuer

Ansprüche oder Leistungen aus Selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen unterliegen der Schenkungsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers übertragen werden.

Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, unterliegt sie grundsätzlich nicht der Schenkungsteuer.

C Versicherungsteuer

Beiträge zu Versicherungen und Zusatzversicherungen durch die Ansprüche auf Kapital-, Renten oder sonstige Leistungen im Fall der Krankheit, der Pflegebedürftigkeit, der Berufs- oder der Erwerbs-unfähigkeit oder der verminderten Erwerbsfähigkeit begründet werden, sind gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 5 b) VersStG von der Versicherungsteuer befreit, sofern diese Ansprüche der Versorgung der natürlichen Person, bei der sich das versicherte Risiko realisiert (Risikoperson), oder der Versorgung von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder von deren Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung dienen.

Der Versicherer trifft die Entscheidung, ob Beiträge von der Versicherungsteuer gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 5 b) VersStG befreit sind, bei Abschluss des Vertrages anhand der Allgemeinen Vertragsbedingungen und den Angaben des Versicherungsnehmers zu Bezugsrechtsverfügungen. Sofern sich während der Laufzeit des Vertrages Änderungen aufgrund von Bezugsrechtsverfügungen ergeben, erfolgt eine Neubeurteilung.

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der allgemeinen Angaben über die Steuerregelungen können wir keine Gewähr übernehmen. Sie ersetzen nicht die im Einzelfall erforderliche steuerliche Beratung. Die Angaben beruhen auf den nach derzeitigem Stand (Januar 2022) geltenden Rechtsvorschriften; künftige Änderungen sind möglich.

Datenschutzhinweise für die Verarbeitung von Daten im Rahmen von Versicherungsverträgen ab dem 25. Mai 2018

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Lebensversicherung von 1871 a.G. München (LV 1871) und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Lebensversicherung von 1871 a.G. München
Maximiliansplatz 5
80333 München
Telefon: 089/55167-1150
Fax: 089/55167-1212
Email: info@lv1871.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@lv1871.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen 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, den Code of Conduct (CoC)“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Den Code of Conduct können Sie im Internet unter www.lv1871.de in der Rubrik Datenschutz abrufen.

Stellen Sie eine Risikovorabfrage oder einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zur Leistung benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Leistungsfall eingetreten ist oder nicht.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Beauftragen Sie die LV 1871 mit der Beratung oder Erstellung eines Angebots über die betriebliche Altersversorgung so leiten wir Ihre personenbezogenen Daten zu diesem Zwecke an die Unternehmen der LV 1871 Unternehmensgruppe sowie die LV 1871 Unterstützungskasse e.V. weiter.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit der LV 1871 bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen 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 oder Ihre biometrischen Unterschriftsdaten bei Abschluss eines Versicherungsvertrages) 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 berechnete 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,
- zum Werbesoring und zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der LV 1871 Unternehmensgruppe 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 Erstellung von Analysen. Die Analysen helfen uns, unsere Produkte zu verbessern und belastbare Entscheidungen zu treffen. Bevor wir Ihre Vertragsdaten dafür nutzen, anonymisieren oder pseudonymisieren wir sie. Dafür ersetzen wir beispielsweise Ihren Namen durch einen zufällig gewählten Wert. Dadurch sind Sie als Person hinter den Daten entweder gar nicht mehr oder nur mit besonders geschützten Zusatzinformationen zu erkennen.
- zur Prüfung und zum Nachweis Ihrer Identität bei der Abgabe von elektronischen Willenserklärungen.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. 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. Die Informationen hierüber finden Sie auf unserer Homepage www.lv1871.de in der Rubrik Datenschutz.

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. Leistungsdaten 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. Regelmäßig werden folgende Gesundheitsdaten an den Rückversicherer übermittelt: Kennwert zum medizinischen Zuschlag oder Bonus, Raucherkennezeichen, Größe und Gewicht. Von uns übernommene Risiken haben wir bei der General Reinsurance AG, der Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG und bei der E+S Rückversicherung AG versichert. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer und deren Datenschutzhinweise können Sie unter folgenden Links abrufen:

de.genre.com/datenschutz/HinweiseArt14DSGVO/

www.munichre.com/de/service/information-gdpr/index.html

www.es-rueck.de/datenschutz-es

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 Leistungsdaten. 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. Setzt der Sie betreuende Vermittler Untervermittler, Maklerpools oder Finanzvertriebe für die Betreuung und Beratung ein, werden Ihre personenbezogenen Daten auch an diese Stellen übermittelt.

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. Beantragen Sie für Ihren Versicherungsvertrag eine ereignisabhängige oder ereignisunabhängige Nachversicherung, so leiten wir zur Überprüfung der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen dargelegten Voraussetzungen (Gesamtversicherungssumme) Ihre hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten an die Unternehmen der LV 1871 Unternehmensgruppe weiter. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1a) und b) DSGVO.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Antrags- und Leistungsprüfung:

Zur Antrags- oder Leistungsprüfung kann es erforderlich sein, dass wir Ihre Daten an Dritte übermitteln oder bei diesen erheben. Dies geschieht in dem Umfang und auf Grundlage der von Ihnen abgegebenen datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung.

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).

Dienstleisterliste:

Im Internet finden Sie unter www.lv1871.de in der Rubrik Datenschutz eine Dienstleisterliste. In dieser Dienstleisterliste sind die Unternehmen der Unternehmensgruppe aufgeführt, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie die von uns eingesetzten externen Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Sie können diese Informationen auch unter den oben genannten Kontaktdaten anfordern.

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

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.

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:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Promenade 27
91522 Ansbach

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. bei Deckungskapital-Übertragungsverfahren bei Rieserverträgen und in der betrieblichen Altersversorgung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitäts- und Identitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir in unseren konzerninternen Datenbanken sowie bei Auskunfteien Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Weitere Informationen zu den eingesetzten Auskunfteien finden Sie auf unserer Homepage www.lv1871.de in der Rubrik Datenschutz. Bei Versicherungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung werden lediglich Informationen über das allgemeine Zahlungsverhalten der Inhaber bzw. der vertretungsberechtigten Personen des Arbeitgebers bzw. des Versicherungsnehmers bei den Auskunfteien abgefragt.

Datenübermittlung an die SCHUFA und Befreiung vom Berufsgeheimnis:

Die LV1871 übermittelt im Rahmen dieses Vertragsverhältnisses erhobene personenbezogene Daten über die Beantragung, die Durchführung und Beendigung dieses Versicherungsvertrages sowie Daten über nicht vertragsgemäßes Verhalten oder betrügerisches Verhalten an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b und Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO). Übermittlungen auf der Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f DS-GVO dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen der LV 1871 oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Der Datenaustausch mit der SCHUFA dient auch der Durchführung von Kreditwürdigkeitsprüfungen von Kunden. Der Datenaustausch mit der SCHUFA kann auch der Identitäts- sowie der Geldwäscheprüfung dienen. Die LV 1871 kann anhand der von der SCHUFA übermittelten Übereinstimmungsdaten erkennen, ob eine Person unter der vom Kunden angegebenen Anschrift im Datenbestand der SCHUFA gespeichert ist. Die SCHUFA verarbeitet Daten und verwendet sie auch zum Zwecke der Profilbildung (Scoring), um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht) Informationen unter anderem zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Nähere Informationen zur Tätigkeit der SCHUFA können dem SCHUFA-Informationsblatt entnommen oder online unter www.schufa.de/datenschutz eingesehen werden. Bei Versicherungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung werden lediglich die personenbezogenen Daten der Inhaber bzw. der vertretungsberechtigten Personen des Arbeitgebers bzw. des Versicherungsnehmers an die SCHUFA Holding AG übermittelt.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Sollten wir personenbezogene Daten an solche Dienstleister übermitteln, finden Sie detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern auf unserer Homepage www.lv1871.de unter der Rubrik Datenschutz. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, Tel.: +49 (0) 6 11-92 78 0;
Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der SCHUFA ist unter der o.g. Anschrift,
zu Hd. Abteilung Datenschutz oder per E-Mail unter datenschutz@schufa.de erreichbar.

2. Datenverarbeitung durch die SCHUFA

2.1 Zwecke der Datenverarbeitung und berechtigte Interessen, die von der SCHUFA oder einem Dritten verfolgt werden

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten, um berechtigten Empfängern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen zu geben. Hierzu werden auch Scorewerte errechnet und übermittelt. Sie stellt die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit finanziellem Ausfallrisiko gegeben. Die Kreditwürdigkeitsprüfung dient der Bewahrung der Empfänger vor Verlusten im Kreditgeschäft und eröffnet gleichzeitig die Möglichkeit, Kreditnehmer durch Beratung vor einer übermäßigen Verschuldung zu bewahren. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, Seriositätsprüfung, Geldwäscheprävention, Identitäts- und Altersprüfung, Anschriftenermittlung, Kundenbetreuung oder Risikosteuerung sowie der Tarifierung oder Konditionierung. Über etwaige Änderungen der Zwecke der Datenverarbeitung wird die SCHUFA gemäß Art. 14 Abs. 4 DS-GVO informieren.

2.2 Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Einwilligungen sowie auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 Buchstabe f DS-GVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DS-GVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

2.3 Herkunft der Daten

Die SCHUFA erhält ihre Daten von ihren Vertragspartnern. Dies sind im europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Institute, Finanzunternehmen und Zahlungsdienstleister, die ein finanzielles Ausfallrisiko tragen (z.B. Banken, Sparkassen, Genossenschaftsbanken, Kreditkarten-, Factoring- und Leasingunternehmen) sowie weitere Vertragspartner, die zu den unter Ziffer 2.1 genannten Zwecken Produkte der SCHUFA nutzen, insbesondere aus dem (Versand-)Handels-, eCommerce-, Dienstleistungs-, Vermietungs-, Energieversorgungs-, Telekommunikations-, Versicherungs-, oder Inkassobereich. Darüber hinaus verarbeitet die SCHUFA Informationen aus allgemein zugänglichen Quellen wie öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen (Schuldnerverzeichnisse, Insolvenzbekanntmachungen).

2.4 Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden (Personendaten, Zahlungsverhalten und Vertragstreue)

- Personendaten, z.B. Name (ggf. auch vorherige Namen, die auf gesonderten Antrag beauskunftet werden), Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, frühere Anschriften
- Informationen über die Aufnahme und vertragsgemäße Durchführung eines Geschäftes (z.B. Girokonten, Ratenkredite, Kreditkarten, Pfändungsschutzkonten, Basiskonten)
- Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach angemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung
- Informationen zu missbräuchlichem oder sonstigem betrügerischem Verhalten wie Identitäts- oder Bonitätstäuschungen
- Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen
- Scorewerte

2.5 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind im europäischen Wirtschaftsraum, in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Vertragspartner gem. Ziffer 2.3. Weitere Empfänger können externe Auftragnehmer der SCHUFA nach Art. 28 DS-GVO sowie externe und interne SCHUFA-Stellen sein. Die SCHUFA unterliegt zudem den gesetzlichen Eingriffsbefugnissen staatlicher Stellen.

2.6 Dauer der Datenspeicherung

Die SCHUFA speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieser Zeit ist die Erforderlichkeit. Für eine Prüfung der Erforderlichkeit der weiteren Speicherung bzw. die Löschung personenbezogener Daten hat die SCHUFA Regelfristen festgelegt. Danach beträgt die grundsätzliche Speicherdauer von personenbezogenen Daten jeweils drei Jahre taggenau nach deren Erledigung. Davon abweichend werden z.B. gelöscht:

- Angaben über Anfragen nach zwölf Monaten taggenau
- Informationen über störungsfreie Vertragsdaten über Konten, die ohne die damit begründete Forderung dokumentiert werden (z. B. Girokonten, Kreditkarten, Telekommunikationskonten oder Energiekonten), Informationen über Verträge, bei denen die Evidenzprüfung gesetzlich vorgesehen ist (z.B. Pfändungsschutzkonten, Basiskonten) sowie Bürgschaften und Handelskonten, die kreditorisch geführt werden, unmittelbar nach Bekanntgabe der Beendigung.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte nach drei Jahren taggenau, jedoch vorzeitig, wenn der SCHUFA eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder Erteilung der Restschuldbefreiung. In besonders gelagerten Einzelfällen kann auch abweichend eine frühere Löschung erfolgen.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung taggenau nach drei Jahren
- Personenbezogene Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger wählende Speicherung erforderlich ist.

3. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber der SCHUFA das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DS-GVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DS-GVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DS-GVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DS-GVO. Die SCHUFA hat für Anliegen von betroffenen Personen ein Privatkunden ServiceCenter eingerichtet, das schriftlich unter SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln, telefonisch unter +49 (0) 6 11-92 78 0 und über ein Internet-Formular unter www.schufa.de erreichbar ist. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die SCHUFA zuständige Aufsichtsbehörde, den Hessischen Datenschutzbeauftragten, zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden.

**Nach Art. 21 Abs. 1 DS-GVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, widersprochen werden. Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und ist zu richten an
SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln.**

4. Profilbildung (Scoring)

Die SCHUFA-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring wird anhand von gesammelten Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose über zukünftige Ereignisse erstellt. Die Berechnung aller Scorewerte erfolgt bei der SCHUFA grundsätzlich auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der SCHUFA gespeicherten Informationen, die auch in der Auskunft nach Art. 15 DS-GVO ausgewiesen werden. Darüber hinaus berücksichtigt die SCHUFA beim Scoring die Bestimmungen § 31 BDSG. Anhand der zu einer Person gespeicherten Einträge erfolgt eine Zuordnung zu statistischen Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliche Einträge aufwiesen. Das verwendete Verfahren wird als „logistische Regression“ bezeichnet und ist eine fundierte, seit langem praxiserprobte, mathematisch-statistische Methode zur Prognose von Risikowahrscheinlichkeiten.

Folgende Datenarten werden bei der SCHUFA zur Scoreberechnung verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Scoreberechnung mit einfließt: Allgemeine Daten (z.B. Geburtsdatum, Geschlecht oder Anzahl im Geschäftsverkehr verwendeter Anschriften), bisherige Zahlungsstörungen, Kreditaktivität letztes Jahr, Kreditnutzung, Länge Kredithistorie sowie Anschriftendaten (nur wenn wenige personenbezogene kreditrelevante Informationen vorliegen). Bestimmte Informationen werden weder gespeichert noch bei der Berechnung von Scorewerten berücksichtigt, z.B.: Angaben zur Staatsangehörigkeit oder besondere Kategorien personenbezogener Daten wie ethnische Herkunft oder Angaben zu politischen oder religiösen Einstellungen nach Art. 9 DS-GVO. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DS-GVO, also z.B. die Einsichtnahme in die bei der SCHUFA gespeicherten Informationen nach Art. 15 DS-GVO, hat keinen Einfluss auf die Scoreberechnung.

Die übermittelten Scorewerte unterstützen die Vertragspartner bei der Entscheidungsfindung und gehen dort in das Risikomanagement ein. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit erfolgt allein durch den direkten Geschäftspartner, da nur dieser über zahlreiche zusätzliche Informationen – zum Beispiel aus einem Kreditantrag – verfügt. Dies gilt selbst dann, wenn er sich einzig auf die von der SCHUFA gelieferten Informationen und Scorewerte verlässt. Ein SCHUFA-Score alleine ist jedenfalls kein hinreichender Grund einen Vertragsabschluss abzulehnen.

Weitere Informationen zum Kreditwürdigkeitssoring oder zur Erkennung auffälliger Sachverhalte sind unter www.scoring-wissen.de erhältlich.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (Golden BU)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als →Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Versicherungsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Wichtige Fachbegriffe, die im Text mit einem Pfeil „→“ markiert sind, werden im beigefügten Glossar erläutert.

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsumfang	2	§ 23 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	20
§ 1 Was ist versichert?	2	§ 24 Was gilt, wenn die →versicherte Person ihren Wohnsitz und/oder Arbeitsplatz ins Ausland verlegt?	20
§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	3	§ 25 Welche weiteren Auskunftsspflichten haben Sie?	20
§ 3 Was gilt für die Schnelle Leistung bei schwerer Krankheit?	6	Leistungsempfänger	20
§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	6	§ 26 Wer erhält die Versicherungsleistung?	20
§ 5 Was ist Berufsunfähigkeit durch Unfall im Sinne dieser Bedingungen? Wann besteht der Anspruch und in welchen Fällen ist der Anspruch ausgeschlossen?	7	Sonstiges	21
§ 6 Wann sind Sie an Investmentfonds beteiligt und was gilt bei einer Beteiligung?	7	§ 27 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	21
§ 7 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?	8	§ 28 Wo ist der Gerichtsstand?	21
Gestaltungsmöglichkeiten	9	§ 29 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	21
§ 8 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie?	9	§ 30 Welche der vorstehenden Bestimmungen können geändert werden?	21
Beginn des Versicherungsschutzes	13	Besondere Bedingungen für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	22
§ 9 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	13	§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Arbeitsunfähigkeit?	22
Beitragszahlung	13	§ 2 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	22
§ 10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	13	§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	22
§ 11 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	14	§ 4 Wann entsteht der Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit?	23
Regelungen zur Fondsauswahl	14	§ 5 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit verlangen (Obliegenheiten)?	23
§ 12 Wie können Sie Fonds wechseln?	14	§ 6 Was gilt für die Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit?	23
§ 13 Was geschieht bei unplanmäßigen Veränderungen der Fonds?	15	Besondere Bedingungen bei Einschluss des Pflegepakets	24
Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Vertrags	15	§ 1 Was ist im Rahmen des Pflegepakets versichert?	24
§ 14 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?	15	§ 2 Was gilt für den Pflegebasischutz?	24
§ 15 Welchen Abzug erheben wir bei Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung?	16	§ 3 Was gilt für die Pflege-Plus-Option?	24
Kosten für den Versicherungsschutz	16	§ 4 Was gilt für die Pflegebeitragsbefreiung?	24
§ 16 Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?	16	§ 5 Wie ist das Verhältnis zur Berufsunfähigkeitsversicherung und was gilt bei Kündigung und Beitragsfreistellung?	24
§ 17 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	17	§ 6 Was gilt bei Nachversicherung der Berufsunfähigkeitsversicherung?	25
Ihre Pflichten, unsere Rechte und Pflichten	17	Besondere Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV	25
§ 18 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	17	§ 1 Erhöhung der jährlichen BU-Rente	25
§ 19 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung verlangen (Obliegenheiten)?	18	§ 2 Nachversicherung	25
§ 20 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	19	§ 3 Weitere Bestimmungen zu den Erhöhungsmöglichkeiten	25
§ 21 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?	19	§ 4 Weitere Bestimmungen zum Versicherungsumfang	25
§ 22 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?	20		

1646050266305

8.76.13/Tarifsoftware Online/A-V/01/26

Der Versicherungsumfang

§ 1 Was ist versichert?

Leistungsumfang

1. Wird die →versicherte Person während der →Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe § 2), gilt Folgendes:

a) **Haben Sie keine →Wartezeit vereinbart**, zahlen wir die versicherte Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente). Weiterhin befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht.

b) **Haben Sie eine →Wartezeit vereinbart** und wird die →versicherte Person innerhalb der →Wartezeit berufsunfähig, gilt Folgendes:

- Wird die →versicherte Person ausschließlich durch einen Unfall berufsunfähig (vergleiche § 5), zahlen wir die versicherte BU-Rente. Weiterhin befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht. Der Unfall muss während der →Versicherungsdauer eingetreten sein.

- Wird die →versicherte Person aus anderen Gründen berufsunfähig, erbringen wir keine Leistung. Die Berufsunfähigkeitsversicherung (BU-Versicherung) erlischt ab Beginn. Die gezahlten Beiträge erstatten wir.

Tritt die Berufsunfähigkeit nach Ablauf der →Wartezeit ein, erbringen wir die Leistungen gemäß Absatz 1 a).

c) Ob Sie eine →Wartezeit vereinbart haben, finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

2. Die BU-Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

3. Sie haben Anspruch auf Beitragsbefreiung und BU-Rente. Wird die →versicherte Person berufsunfähig, leisten wir ab Beginn des darauffolgenden Monats. Dies gilt vorbehaltlich einer vereinbarten →Karenzzeit gemäß Absatz 4.

4. Haben Sie eine →Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Rente erst mit deren Ablauf. Die →versicherte Person muss während der →Karenzzeit ununterbrochen berufsunfähig gewesen sein und dies bei deren Ablauf weiterhin sein. Wir erbringen Leistungen nur für die Zeit nach Ablauf der →Karenzzeit.

Endet die Berufsunfähigkeit und wird die →versicherte Person danach innerhalb von 24 Monaten erneut berufsunfähig, berücksichtigen wir bereits zurückgelegte →Karenzzeiten. Dies gilt nur, wenn die Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache eintritt.

Ob Sie eine →Karenzzeit vereinbart haben, finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

5. Haben Sie eine garantierte Rentenerhöhung im Leistungsfall vereinbart, erhöhen wir die garantierte BU-Rente jährlich ab Rentenbeginn um den vereinbarten Prozentsatz. Als Basis dient die vereinbarte garantierte BU-Rente des Vorjahres.

Wenn die →versicherte Person nicht mehr berufsunfähig ist, zahlen Sie die gleichen Beiträge wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit.

Sollte die →versicherte Person zu einem späteren Zeitpunkt erneut berufsunfähig werden, leisten wir die BU-Rente in Höhe der zuletzt erreichten garantierten BU-Rente. Sie behalten somit Ihre bisher erreichten garantierten Rentenerhöhungen.

Erhalten Sie eine lebenslange Rente nach § 1 Absatz 10 oder 12, so enden die Erhöhungen der BU-Rente im Rahmen der garantierten Rentenerhöhung mit Ablauf der Versicherungsdauer.

6. Haben Sie die →Überschussverwendung Fondsguthaben, die →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung, die →Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung oder die →Überschussverwendung Bonusrente gewählt, erhalten Sie neben den im →Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen weitere Leistungen aus der →Überschussbeteiligung. Die vereinbarte Überschussverwendung finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

7. Haben Sie eine verlängerte →Leistungsdauer vereinbart, erkennen wir auch nach Ablauf der →Versicherungsdauer geltend gemachte Ansprüche noch an. Voraussetzung ist, dass die →versicherte Person vor Ablauf der →Versicherungsdauer berufsunfähig wurde.

8. Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Wir erstatten Ihnen diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurück. Sobald bei uns die für die Leistungsprüfung erforderlichen Unterlagen gemäß § 19 Absatz 2 eingegangen sind, verzinsen wir die Beiträge ab Beginn des darauffolgenden Monats. Die Verzinsung erfolgt in Höhe des jeweils geltenden Zinssatzes für Depoteinlagen bei der Lebensversicherung von 1871 a. G. München.

Haben Sie die Unterlagen gemäß § 19 Absatz 2 a) und c) eingebracht, stunden wir auf Antrag zinslos die künftig fälligen Beiträge. Die Stundung erfolgt bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht. Lehnen wir die Leistung ab, können Sie die gestundeten Beiträge wie folgt zurückzahlen:

- in Form einer einmaligen Zahlung
- in einem Zeitraum von bis zu 48 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten

Anstelle der zinslosen Rückzahlung der gestundeten Beiträge in der genannten Frist, können Sie die offenen Beiträge auch durch eine Vertragsänderung – wahlweise Verringerung der Versicherungsleistungen oder Erhöhung des zukünftigen Beitrags – gleichen.

Leistungsdauer

9. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt nicht mehr vor (vergleiche § 21 Absatz 3).
- Die →versicherte Person stirbt. In diesem Fall endet die Leistung mit Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person gestorben ist.
- Die vereinbarte →Leistungsdauer läuft ab.

Lebenslange Pflegerente

10. Wir zahlen die BU-Rente lebenslang weiter, wenn die →versicherte Person zum Ablauf der →Versicherungsdauer pflegebedürftig gemäß § 2 Absatz 9 ist. Voraussetzung hierfür ist, dass die →Versicherungsdauer mindestens bis Endalter 60 vereinbart ist. Zudem muss die →versicherte Person innerhalb der letzten zehn Jahre der →Versicherungsdauer ununterbrochen pflegebedürftig gewesen sein. Sofern Sie zusätzlich eine lebenslange BU-Rente vereinbart haben, wird die lebenslange Rente nur einmal erbracht.

11. Haben Sie das Pflegepaket vereinbart, gilt Absatz 10 nicht. Sie erhalten dann die Leistungen nach den Besonderen Bedingungen bei Einschluss des Pflegepakets.

Lebenslange BU-Rente

12. Haben Sie eine lebenslange BU-Rente vereinbart, zahlen wir eine lebenslange Leistung in Form einer Altersrente. Voraussetzung ist, dass Sie zwischen dem 50. Lebensjahr der →versicherten Person und dem Ablauf der →Versicherungsdauer ununterbrochen einen Anspruch auf Berufsunfähigkeitsleistungen hatten.

Die vereinbarte →Leistungsdauer können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.

Falls Sie die MeinPlan-Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder die BU-Option zur Golden IV ausgeübt haben, beachten Sie bitte die Besonderen Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV.

Erhöhte BU-Rente bei Berufsunfähigkeit durch Unfall

13. Haben Sie eine erhöhte BU-Rente bei Berufsunfähigkeit durch Unfall vereinbart, gilt Folgendes:

Wir zahlen die erhöhte Rente, sofern die →versicherte Person ausschließlich durch einen Unfall (vergleiche § 5) berufsunfähig wurde. Voraussetzung hierfür ist, dass sich der Unfall während der →Versicherungsdauer ereignet hat. Zudem müssen Sie die Berufsunfähigkeit innerhalb eines Jahres nach dem Unfall angezeigt haben.

Ist die →versicherte Person bereits infolge anderer Ursachen berufsunfähig geworden, haben Sie keinen Anspruch auf die erhöhte BU-Rente. Der Anspruch ist auch ausgeschlossen, wenn Sie die Versicherung beitragsfrei gestellt haben.

Ob Sie eine erhöhte BU-Rente bei Berufsunfähigkeit durch Unfall vereinbart haben, finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein. Wird die Unfall-Berufsunfähigkeitsrente in Ihrem →Versicherungsschein nicht erwähnt, so haben Sie keine erhöhten Leistungen bei Berufsunfähigkeit durch Unfall vereinbart.

Anspruch auf Beratung und Unterstützung im Leistungsfall

14. Sie haben Anspruch darauf, dass wir Sie bei der Darlegung der Leistungsvoraussetzungen unterstützen und beraten. Zusätzlich helfen wir Ihnen bei der beruflichen Reintegration.

Wir unterstützen Sie insbesondere

- bei der Beschreibung der bisherigen Berufstätigkeit (gegebenfalls auch durch einen persönlichen Besuch)
- beim Nachweis der gesundheitlichen Beeinträchtigung, wenn unklar ist, durch wen die erforderlichen medizinischen Auskünfte zu erteilen sind
- bei Fragen zu einer Rehabilitation (medizinisch und berufskundlich)
- bei Berufsfindungsmaßnahmen, zum Beispiel durch die Benennung der jeweils zuständigen Stellen
- bei Fragen zu einer betrieblichen Umorganisation, soweit die →versicherte Person selbstständig ist

Sonderleistungen

15. Wiedereingliederungshilfe

Endet unsere Leistungspflicht aufgrund der Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit (vergleiche § 2 Absatz 1 b) zahlen wir eine einmalige Wiedereingliederungshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten. Wird die →versicherte Person erneut berufsunfähig, rechnen wir die Wiedereingliederungshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche an. Dies gilt nur, wenn die →versicherte Person innerhalb von sechs Monaten aus gleichem medizinischen Grund berufsunfähig wird. Die Wiedereingliederungshilfe können Sie während der Vertragslaufzeit mehrfach in Anspruch nehmen, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind.

16. Rehabilitationshilfe (Kostenbeihilfe)

Haben Sie eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme mit einer Dauer von mindestens drei Wochen abgeschlossen, zahlen wir eine Kostenbeihilfe von 550 Euro. Diese Maßnahme muss ärztlich verordnet und von einem gesetzlichen oder privaten Kostenträger genehmigt sein. Die Beihilfe kann während der →Versicherungsdauer bis zu dreimal in Anspruch genommen werden.

17. Umorganisationshilfe bei Selbstständigen

Kann eine Berufsunfähigkeit durch zumutbare Umorganisation abgewendet werden (vergleiche § 2 Absatz 2), erbringen wir eine einmalige Umorganisationshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten. Ein Anspruch besteht nur, sofern die Umorganisationsmaßnahme auch tatsächlich durchgeführt wird. Die Umorganisationshilfe zahlen wir nur, wenn die verbleibende →Leistungsdauer für die BU-Rente noch mindestens 12 Monate beträgt. Wird die →versicherte Person erneut berufsunfähig, rechnen wir die Umorganisationshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche an. Dies gilt nur dann, wenn die →versicherte Person innerhalb von sechs Monaten aus gleichem medizinischen Grund berufsunfähig wird.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Berufsunfähigkeit bei Berufstätigen

a) Berufsunfähigkeit

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nicht mehr zu mindestens 50 Prozent ausüben kann beziehungsweise sechs Monate nicht mehr ausüben konnte.

Die Berufsunfähigkeit gilt ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraums als eingetreten.

Wir verzichten auf die Möglichkeit einer sogenannten abstrakten Verweisung.

b) Konkrete Verweisung

Berufsunfähigkeit liegt **nicht** vor, wenn die →versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret ausübt und die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Das Leistungsvermögen der →versicherten Person für die neue Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 a) muss mindestens 50 Prozent betragen.
- Die →versicherte Person muss über die Ausbildung und die Fähigkeiten verfügen, die zur Ausübung der neuen Tätigkeit erforderlich sind.
- Die Tätigkeit muss der bisherigen Lebensstellung der →versicherten Person entsprechen.

Die bisherige Lebensstellung ergibt sich aus dem erzielten Einkommen und der sozialen Wertschätzung des Berufs. Eine der bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit wird ausgeübt, wenn das erzielte Einkommen nicht spürbar unter das Niveau des zuletzt erzielten Einkommens absinkt. Auch die soziale Wertschätzung muss vergleichbar sein. Eine Minderung des Bruttoeinkommens von 20 Prozent oder mehr gegenüber dem Bruttoeinkommen des bisher ausgeübten Berufs ist nicht zumutbar. Sollte die künftige Rechtsprechung geringere Zumutbarkeitsgrenzen festlegen, werden wir diese Grenzen zu Ihren Gunsten anwenden. In begründeten Einzelfällen kann auch eine Einkommenseinbuße unter 20 Prozent unzumutbar sein.

c) Maßgebender Beruf bei Prüfung der Berufsunfähigkeit

Bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 a) und b) ist der zuletzt ausgeübte Beruf maßgebend. Entscheidend ist dabei, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. Hat die →versicherte Person infolge einer fortschreitenden Krankheit oder Kräfteverfalls ihren Beruf leidensbedingt geändert, ist der bei Eintritt des Leidens ausgeübte Beruf maßgebend.

Einen Berufswechsel während der Vertragslaufzeit müssen Sie uns nicht anzeigen. Sie können jedoch die Berufseinstufung der →versicherten Person nach einem Berufswechsel gemäß § 8 Absatz 4 überprüfen lassen.

Berufe im Sinne dieser Bedingungen sind auch die Tätigkeiten von Schülern, Auszubildenden, Studenten und Hausfrauen/-männern. Was Berufsunfähigkeit für diese Berufe bedeutet, haben wir in den Absätzen 3 bis 6 geregelt.

Im Falle einer vorübergehenden Unterbrechung der Berufstätigkeit, zum Beispiel wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, Sabbatical, und der gesetzlichen Pflege- oder Familienpflegezeit, legen wir bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit die zuletzt vor der Unterbrechung ausgeübte Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung zugrunde.

Befindet sich die →versicherte Person im Mutterschutz oder in Elternzeit, legen wir bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit entweder den Beruf Hausfrau/-mann oder die zuletzt vor der Unterbrechung ausgeübte Tätigkeit zugrunde. Wir stellen dabei auf die für Sie vorteilhaftere Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung ab.

Erst wenn sich die →versicherte Person dafür entschieden hat, die Tätigkeit als Hausfrau/-mann dauerhaft auszuüben, gilt dies als Berufswechsel. Bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit legen wir dann die Tätigkeit als Hausfrau/-mann zugrunde.

Bei einem dauerhaften Ausscheiden aus dem Berufsleben (zum Beispiel passive Altersteilzeit) legen wir bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit die zuletzt vor dem Ausscheiden ausgeübte Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung zugrunde.

d) Berufsunfähigkeit bei Teilzeitbeschäftigten

Teilzeitbeschäftigung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die →versicherte Person

- arbeitsvertraglich oder auf selbstständiger Basis wöchentlich weniger als 30 Stunden arbeitet und
- keine Tätigkeit als Schüler/in, Studierende(r) oder Auszubildende(r) ausübt.

Bei der Feststellung des beruflichen Tätigkeitsbildes zur Ermittlung des Grades der Berufsunfähigkeit berücksichtigen wir bei

Teilzeitbeschäftigten neben der Erwerbstätigkeit auch die Tätigkeit im Rahmen der Versorgung von kindergeldberechtigten Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen, falls diese Tätigkeit ausgeübt wird.

2. Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

Bei Selbstständigen gelten zusätzliche Bedingungen für das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit. Neben den Voraussetzungen nach Absatz 1 muss die →versicherte Person auch nach einer zumutbaren Umorganisation des Betriebs außerstande sein, ihren Beruf auszuüben.

Eine Umorganisation ist beispielsweise dann zumutbar, wenn der →versicherten Person die Stellung als Betriebsinhaber/in erhalten bleibt. Zusätzlich dürfen kein erheblicher Kapitaleinsatz erforderlich und keine erheblichen Einkommenseinbußen damit verbunden sein. Eine Umorganisation ist nicht zumutbar, wenn sich dadurch eine Minderung des durchschnittlichen Jahresgewinns vor Steuern der letzten drei Jahre beziehungsweise seit Beginn der Selbstständigkeit, sofern dieser weniger als drei Jahre zurückliegt, von 20 Prozent oder mehr ergibt. Sollte die künftige Rechtsprechung geringere Zumutbarkeitsgrenzen festlegen, werden wir diese Grenzen zu Ihren Gunsten anwenden. In begründeten Einzelfällen kann auch eine Minderung des durchschnittlichen Jahresgewinns vor Steuern der letzten drei Jahre von unter 20 Prozent unzumutbar sein. Gleiches gilt für die einmaligen Kosten, die im Rahmen einer Umorganisation anfallen.

Wir verzichten auf die Prüfung einer Umorganisation des Betriebs,

- bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern, oder
- wenn die →versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in ihrer täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 Prozent kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Tätigkeiten ausübt (zum Beispiel als Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, Rechts- oder Patentanwalt, Notar, Informatiker, Architekt oder Ingenieur), oder
- wenn der Betrieb weniger als fünf Mitarbeiter hat. Ausgenommen sind Geschäftsführer, Praktikanten, Werkstudenten oder Auszubildende, oder
- wenn die →versicherte Person freiberuflich/selbstständig als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt oder Apotheker tätig ist.

3. Berufsunfähigkeit bei Schülern

- a) Schüler im Sinne dieser Bedingungen ist, wer bei Eintritt des Versicherungsfalls
- in Schulausbildung ist,
 - noch keine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein abgeschlossenes Studium hat und
 - kein Auszubildender oder Student im Sinne von Absatz 4 a) beziehungsweise 5 a) ist.

- b) Berufsunfähigkeit bei Schülern liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außerstande ist beziehungsweise sechs Monate außerstande war, am regulären Schulunterricht, so wie er zuletzt ohne gesundheitliche Beeinträchtigung stattgefunden hat, teilzunehmen.

Die Berufsunfähigkeit gilt ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraums als eingetreten.

Bei der Beurteilung, ob der Schüler außerstande ist, am regulären Schulunterricht teilzunehmen, stellen wir auf den konkreten Schullalltag des jeweils betroffenen Schülers ab.

Wir berücksichtigen dabei insbesondere, ob der Schüler

- den Schulweg bewältigen sowie die erforderlichen Verkehrsmittel nutzen kann
- dem Unterricht folgen kann (Aufnahme- und Konzentrationsfähigkeit)
- zur mündlichen und schriftlichen Kommunikation fähig ist

- am Unterricht in bestimmten Fächern (zum Beispiel Sport, Musik) teilnehmen kann, soweit diesen in der besuchten Schulform ein besonderer Stellenwert zukommt
- die Hausaufgaben bewältigen kann

Der Grad der Berufsunfähigkeit hängt ab von der Schulform und der konkret vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigung. Dabei berücksichtigen wir auch, wie das Schulgebäude ausgestattet ist.

Wir verzichten auf die Möglichkeit der Verweisung auf eine andere Schulform (Verzicht auf konkrete und abstrakte Verweisung).

- c) Berufsunfähigkeit liegt **nicht** mehr vor, wenn die →versicherte Person

- Auszubildender oder Student im Sinne von Absatz 4 beziehungsweise 5 wird
- eine berufliche Tätigkeit aufnimmt

Voraussetzung ist, dass dieser Ausbildungs- oder Studiengang beziehungsweise diese Tätigkeit der Lebensstellung der →versicherten Person entspricht, die vor Eintritt der Berufsunfähigkeit bestanden hat.

Der Ausbildungsgang beziehungsweise die Tätigkeit entsprechen der Lebensstellung der →versicherten Person insbesondere dann nicht, wenn sie,

- eine Ausbildung oder Tätigkeit in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen aufnimmt
- eine geringfügige Beschäftigung ausübt

4. Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden

- a) Auszubildender im Sinne dieser Bedingungen ist, wer bei Eintritt des Versicherungsfalls eine Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf absolviert.

- b) Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außerstande ist beziehungsweise seit sechs Monaten außerstande war, die Ausbildung fortzuführen, so wie sie zuletzt ohne gesundheitliche Beeinträchtigung stattgefunden hat.

Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden liegt ebenfalls vor, wenn die →versicherte Person den angestrebten Ausbildungsberuf nicht mehr ausüben kann.

Die Berufsunfähigkeit gilt ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraums als eingetreten.

Wir verzichten auf die Möglichkeit der Verweisung auf eine andere Berufsausbildung oder die Ausübung einer Berufstätigkeit (Verzicht auf abstrakte Verweisung).

- c) Berufsunfähigkeit liegt **nicht** mehr vor, wenn die →versicherte Person

- eine andere Ausbildung oder
- eine berufliche Tätigkeit

konkret aufnimmt. Voraussetzung ist, dass diese Ausbildung beziehungsweise Tätigkeit der Lebensstellung der →versicherten Person entspricht, die vor Eintritt der Berufsunfähigkeit bestanden hat.

Wir legen bei Prüfung der Berufsunfähigkeit den mit der Ausbildung angestrebten Beruf und die damit verbundene Lebensstellung zugrunde.

5. Berufsunfähigkeit bei Studenten

- a) Student im Sinne dieser Bedingungen ist, wer bei Eintritt des Versicherungsfalls in Vollzeit als Student an einer staatlichen oder staatlich anerkannten →Hochschule eingeschrieben ist.

- b) Berufsunfähigkeit bei Studenten liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außerstande ist beziehungsweise seit sechs Monaten außerstande war, das Studium weiter zu betreiben, so wie es zuletzt ohne gesundheitliche Beeinträchtigung stattgefunden hat.

Die Berufsunfähigkeit gilt ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraums als eingetreten.

Bei der Beurteilung, ob die →versicherte Person außerstande ist, das Studium weiter zu betreiben, stellen wir auf den konkreten Studienalltag ab.

Dabei berücksichtigen wir insbesondere, ob die →versicherte Person

- den Vorlesungen folgen kann
- ein gegebenenfalls im Studienplan vorgesehenes Pflichtpraktikum absolvieren kann
- die im Studienplan vorgesehenen Prüfungsleistungen erbringen kann

Wir verzichten auf die Möglichkeit der Verweisung auf ein anderes Studium oder die Ausübung einer Berufstätigkeit (Verzicht auf abstrakte Verweisung).

c) Berufsunfähigkeit liegt **nicht** mehr vor, wenn die →versicherte Person

- einen anderen Studiengang oder
- eine berufliche Tätigkeit

konkret aufnimmt. Voraussetzung ist, dass dieser Studiengang beziehungsweise diese Tätigkeit der Lebensstellung der →versicherten Person entspricht, die vor Eintritt der Berufsunfähigkeit bestanden hat.

Die Lebensstellung bei Studenten ergibt sich aus der Vergütung und sozialen Wertschätzung, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums erreicht wird. Voraussetzung ist, dass die →versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit mindestens die Hälfte der gesetzlich vorgesehenen oder im Durchschnitt üblichen Studienzeiten absolviert hat. Andernfalls bemessen wir die Lebensstellung an derjenigen, die die →versicherte Person mit dem zuletzt erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungsabschnitt erreicht hat, bevor die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

6. Berufsunfähigkeit bei Hausfrauen/-männern

a) Hausfrau/-mann im Sinne dieser Bedingungen ist, wer bei Eintritt des Versicherungsfalles

- nicht erwerbstätig ist
- nicht Schüler, Auszubildender oder Student ist und
- einen Haushalt mit Angehörigen führt.

b) Berufsunfähigkeit bei Hausfrauen/-männern liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außerstande ist beziehungsweise sechs Monate außerstande war, die Tätigkeiten im Haushalt weiter auszuführen, so wie dies zuletzt ohne gesundheitliche Beeinträchtigung stattgefunden hat.

Die Berufsunfähigkeit gilt ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraums als eingetreten.

Wir verzichten auf die Möglichkeit der Verweisung auf die Ausübung einer Berufstätigkeit (Verzicht auf abstrakte Verweisung).

c) Berufsunfähigkeit liegt **nicht** mehr vor, wenn die →versicherte Person eine berufliche Tätigkeit konkret aufnimmt.

Ausgenommen hiervon ist, wenn die →versicherte Person

- eine Tätigkeit in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen aufnimmt oder
- eine geringfügige Beschäftigung ausübt.

7. Berufsunfähigkeit infolge Erwerbsminderung

Wenn die →versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat, gilt Folgendes:

Die →versicherte Person ist ebenfalls berufsunfähig, wenn ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente anerkennt.

8. Berufsunfähigkeit infolge eines Tätigkeitsverbots (Infektionsklausel)

Die →versicherte Person ist auch berufsunfähig, wenn wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr

- ein Tätigkeitsverbot aufgrund gesetzlicher Vorschriften wegen einer Infektionsgefahr erfolgt,
- die zuständige Behörde ein Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz ausspricht oder
- ein Tätigkeitsverbot aufgrund eines Hygieneplans eines anerkannten Hygienikers vorliegt.

Dieses Verbot muss sich auf mindestens 50 Prozent der Tätigkeit beziehen, die die →versicherte Person zuletzt in gesunden Tagen ausgeübt hat.

Das Tätigkeitsverbot muss sich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstrecken.

Berufsunfähigkeit liegt **nicht** mehr vor, wenn

- das Tätigkeitsverbot wieder aufgehoben wurde oder
- die →versicherte Person eine andere Tätigkeit zu mehr als 50 Prozent konkret ausübt und die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Das Leistungsvermögen der →versicherten Person für die neue Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 a) muss mindestens 50 Prozent betragen.

- Die →versicherte Person muss über die Ausbildung und die Fähigkeiten verfügen, die zur Ausübung der neuen Tätigkeit erforderlich sind.

- Die Tätigkeit muss der bisherigen Lebensstellung der →versicherten Person entsprechen (vergleiche § 2 Absatz 1b) Satz 4 bis 8).

Zudem muss sie der Lebensstellung entsprechen, die vor Eintritt des Tätigkeitsverbots bestanden hat (vergleiche § 2 Absatz 1b) Satz 4 bis 8).

9. Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

a) Die →versicherte Person ist ebenfalls berufsunfähig, wenn sie pflegebedürftig ist.

b) Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie der Hilfe einer anderen Person bedarf. Voraussetzung ist, dass diese Hilfe in erheblichem Umfang täglich nötig ist:

- bei mindestens drei der in Absatz 9 c) genannten Verrichtungen (sogenannte →Activities of Daily Living = ADL)
- auch bei Einsatz technischer oder medizinischer Hilfsmittel

Ist die →versicherte Person für mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig, gilt die Pflegebedürftigkeit ab Beginn dieses Zeitraums als eingetreten.

c) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls

Bewertungsmaßstab ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung legen wir die nachstehenden Verrichtungen zugrunde:

Die →versicherte Person benötigt Hilfe beim:

Fortbewegen im Zimmer

Hilfebefürftig ist, wer die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls.

Aufstehen und Zubettgehen

Hilfebefürftig ist, wer nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder ins Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden

Hilfebefürftig ist, wer sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedürftig ist, wer nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße.

Waschen, Kämmen oder Rasieren

Hilfebedürftig ist, wer von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da er selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft

Hilfebedürftig ist, wer die Unterstützung einer anderen Person benötigt. Gründe hierfür sind:

- Er kann sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern.
- Er kann seine Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettenschüssel verrichten.
- Der Darm beziehungsweise die Blase kann nur mit fremder Hilfe entleert werden.

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

d) Pflegebedürftigkeit unabhängig vom Bewertungsmaßstab

Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Verrichtungen liegt Pflegebedürftigkeit vor:

- wenn die →versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf
- wenn die →versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann
- wenn die →versicherte Person infolge einer schweren oder mittelschweren Demenz (Hirnleistungsstörung) kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich selbst oder andere sonst erheblich gefährden würde. Die Diagnose ist durch einen Facharzt für Neurologie auf der Basis einer ausführlichen Untersuchung zu stellen und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 5 („Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“) vorliegen, der über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg ermittelt wird.

e) Vorübergehende Änderung des Gesundheitszustands

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

§ 3 Was gilt für die Schnelle Leistung bei schwerer Krankheit?

1. Erkrankt die →versicherte Person an einer der in Absatz 3 genannten schweren Krankheiten, ist ein vereinfachter Nachweis nach § 19 Absatz 5 für die schnelle Leistung bei schwerer Krankheit ausreichend.

In diesem Fall leisten wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente für einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten und befreien Sie für diesen Zeitraum von der Pflicht, Beiträge zu zahlen. Die Leistung endet nicht, wenn sich die Gesundheit der →versicherten Person vor Ablauf der 18 Monate verbessern sollte.

2. Sie können die schnelle Leistung bei schwerer Krankheit nicht erhalten, wenn

- der Vertrag im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung besteht,
- Sie bereits eine schnelle Leistung bei schwerer Krankheit erhalten oder erhalten haben,
- Sie bereits Leistungen aufgrund von Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit erhalten oder
- der Vertrag zum Zeitpunkt der ersten Diagnose weniger als sechs Monate besteht. Dies gilt auch für Erhöhungen mit Ausnahme von Erhöhungen aus einer →Dynamik.

Eine vereinbarte Wartezeit bei Berufsunfähigkeit nach § 1 gilt auch für die schnelle Leistung bei schwerer Krankheit.

Definition der schweren Krankheiten

3. Wir leisten, wenn die →versicherte Person an einer der folgenden schweren Krankheiten erkrankt:

a) Krebs

Eine Krebserkrankung liegt vor, wenn die →versicherte Person

- eine Chemotherapie oder eine Strahlentherapie begonnen hat oder diese unmittelbar bevorsteht und mindestens eine Metastase festgestellt wurde oder
- sich wegen der Schwere der Erkrankung in einer palliativen Therapie befindet.

b) Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt liegt vor, wenn die →versicherte Person einen Herzinfarkt erleidet, der zu einer anhaltenden Einschränkung der Herzleistung führt. Eine anhaltende Einschränkung der Herzleistung liegt vor, wenn eine Reduktion der Ejektionsfraktion auf weniger als 30 Prozent über mindestens 14 Tage hinweg trotz medikamentöser Behandlung besteht.

c) Schlaganfall

Ein Schlaganfall liegt vor, wenn die →versicherte Person einen Schlaganfall erleidet, der zur Lähmung einer Körperhälfte mit einem Kraftverlust von mindestens 5/6 über mindestens 14 Tage hinweg führt.

d) Querschnittslähmung

Eine Querschnittslähmung liegt vor, wenn die →versicherte Person auf einen Rollstuhl aufgrund einer Querschnittslähmung angewiesen ist.

e) Sprach-/Seh-/Hör-Verlust

Sprach-/Seh-/Hör-Verlust liegt vor, wenn ein vollständiger organischer Sprach-/Seh- oder Hör-Verlust über mindestens 14 Tage vorliegt.

Dauer der Leistung

4. Erkrankt die →versicherte Person an einer der schweren Krankheiten nach Absatz 3, erbringen wir die monatliche Leistung ab Beginn des darauffolgenden Monats. Die Leistung endet, wenn

- wir für 18 Monate schnelle Leistungen bei schwerer Krankheit erbracht haben,
- die vertragliche →Leistungsdauer der Versicherung abgelaufen ist oder
- die →versicherte Person verstorben ist.

Eine vereinbarte →Karenzzeit wird auf den 18-monatigen Zeitraum angerechnet.

5. Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit müssen Sie zusätzlich beantragen. Wir erbringen diese nicht automatisch, wenn die schnellen Leistungen bei schwerer Krankheit enden. Sie können den Antrag auf Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig mit dem Antrag auf eine schnelle Leistung bei schwerer Krankheit oder zu einem späteren Zeitpunkt stellen. Leistungen aufgrund von Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit erbringen wir nicht gleichzeitig mit der schnellen Leistung bei schwerer Krankheit.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.
2. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:
 - a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die →versicherte Person. Verkehrsdelikte und fahrlässige Verstöße sind hiervon ausgenommen.

b) durch folgende von der →versicherten Person vorgenommene Handlungen

- vorsätzliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall
- vorsätzliche Selbstverletzung
- versuchte Selbsttötung.

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die →versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

c) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als →Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der →versicherten Person herbeigeführt haben.

d) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen schädigen. Dabei muss zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig geworden sein.

e) durch innere Unruhen, sofern die →versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn

- die →versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie außerhalb Deutschlands ausgesetzt war. Dies gilt nur, wenn die →versicherte Person an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war.
- die →versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO, UN oder OSZE berufsunfähig wird, während sie an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.

g) unmittelbar oder mittelbar durch

- den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen
- den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Durch diesen Einsatz oder die Freisetzung muss die Gesundheit einer Vielzahl von Personen geschädigt werden. Dabei muss der Einsatz oder das Freisetzen zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führen, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies muss von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt werden.

§ 5 Was ist Berufsunfähigkeit durch Unfall im Sinne dieser Bedingungen? Wann besteht der Anspruch und in welchen Fällen ist der Anspruch ausgeschlossen?

Haben Sie eine →Wartezeit oder eine erhöhte BU-Rente bei Berufsunfähigkeit durch Unfall vereinbart, gelten die folgenden Regelungen zur Berufsunfähigkeit durch Unfall.

Was ist Berufsunfähigkeit durch Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die →versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung der →versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden

Wann besteht der Anspruch und in welchen Fällen ist der Anspruch ausgeschlossen?

3. Grundsätzlich haben Sie Anspruch auf Leistung unabhängig davon, wie es zu dem Unfall gekommen ist.

4. In folgenden Fällen haben Sie keinen Anspruch auf Leistung bei Berufsunfähigkeit durch Unfall:

a) Unfälle der →versicherten Person

- durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen
- durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen

Wir leisten jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch einen Unfall gemäß den Absätzen 1 und 2 verursacht wurden.

b) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Wir leisten jedoch, wenn ein Unfall gemäß Absatz 1 die überwiegende Ursache ist.

c) Gesundheitsschäden durch Strahlen.

d) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der →versicherten Person. Wir leisten jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe infolge eines Unfalls gemäß den Absätzen 1 und 2 veranlasst wurden. Dies gilt auch bei strahlendiagnostischen und -therapeutischen Heilmaßnahmen oder Eingriffen.

e) Infektionen durch

- Insektenstiche oder -bisse
- sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten

Wir leisten jedoch bei

- Tollwut und Wundstarrkrampf und
- Infektionen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der →versicherten Person, für die nach Absatz d) Versicherungsschutz besteht.

f) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

g) Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall gemäß den Absätzen 1 und 2 verursacht wurden.

h) Bauch- oder Unterleibsbrüche. Wir leisten jedoch, wenn sie durch eine unter den Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

§ 6 Wann sind Sie an Investmentfonds beteiligt und was gilt bei einer Beteiligung?

1. Haben Sie gemäß § 7 Absatz 5 als →Überschussverwendung Fondsguthaben oder →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung vereinbart, sind Sie unmittelbar an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (→Anlagestock) beteiligt. Dieses Sondervermögen besteht aus Anteilen von Fonds, an die die Leistungen aus Ihrem Vertrag gebunden sind. Wir legen den →Anlagestock gesondert von unserem sonstigen Vermögen an. Die auf Ihren Vertrag anfallenden Fondsanteile bilden das →Fondsguthaben Ihrer Versicherung.

2. Die Versicherungsleistungen sind vom Wert des →Fondsguthabens Ihrer Versicherung abhängig.

Den Wert des →Fondsguthabens ermitteln wir wie folgt: Die Anteile von Investmentfonds werden mit dem Rücknahmepreis angesetzt. Wir multiplizieren die Anzahl der Fondsanteile in Ihrem Vertrag mit dem am jeweiligen Stichtag ermittelten Rücknahmepreis. Bei im Voraus bekannten Transaktionen, legen wir als Stichtag den Tag der Fälligkeit zugrunde. Sollte dieser Tag kein →Börsentag sein, erfolgt die Umrechnung am darauffolgenden →Börsentag. Bei sofort auszuführenden Transaktionen erfolgt die Umrechnung spätestens am dritten →Börsentag nach Eingang Ihres Auftrages bei uns. Fondsanteile in Fremdwährung werden zu den dabei gültigen Tageskursen in Euro umgerechnet.

3. Soweit die Erträge aus den im →Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar dem →Anlagestock zu. Sie erhöhen damit den Wert der

Fondsanteile. Erträge, die ausgeschüttet werden, rechnen wir in Fondsanteile um. Wir schreiben diese Ihrem Vertrag gut.

- Da die Wertentwicklung des →Fondsguthabens nicht voraussehen ist, können wir den Wert der Versicherungsleistung vor Beginn der Rentenzahlung nicht garantieren.

Sie haben die Chance, insbesondere bei Kurssteigerungen der Investmentfonds im →Anlagestock einen Wertzuwachs zu erzielen. Bei Kursrückgängen tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung. Dies bedeutet, dass die Versicherungsleistung bei einer guten Fondsentwicklung höher sein wird als bei einer weniger guten Fondsentwicklung. Bei Werten, die nicht in Euro geführt werden, können Schwankungen der Währungskurse den Wert des →Fondsguthabens zusätzlich beeinflussen.

§ 7 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

- Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) eine →Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den →Bewertungsreserven.

Die Überschüsse und die →Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs. Wir veröffentlichen sie jährlich im Anhang des Geschäftsberichts.

In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (Absätze 3 und 4),
- wie hoch die auf Ihren Vertrag entfallenden Überschüsse sind und wie sie verwendet werden (Absatz 5),
- wie →Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Absätze 6 und 7),
- warum wir die Höhe der →Überschussbeteiligung Ihres Vertrags nicht garantieren können (Absatz 8) und
- wie wir Sie über die →Überschussbeteiligung informieren (Absätze 9 und 10).

Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

- Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die →Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

Ein Teil der für die →Überschussbeteiligung zur Verfügung stehenden Mittel wird den überschussberechtigten Versicherungsverträgen unmittelbar als Direktgutschrift gutgeschrieben. Einen verbleibenden Rest führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu. Der Rückstellung für Beitragsrückerstattung können aber auch Mittel entnommen und den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben werden. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die →Überschussbeteiligung der →Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags am Überschuss ergeben sich weder aus der Höhe des Rohüberschusses noch aus der Höhe der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung.

Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?

- Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu haben wir gleichartige Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den verschiedenen Versicherungsarten zu berücksichtigen.

Unterscheiden sich die Tarife in einer Bestandsgruppe, so bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände.

Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe BV Berufsunfähigkeitsversicherungen. Haben Sie den Tarif SBUg abgeschlossen, gehört Ihre Versicherung zum Gewinnverband BUg 2022. Haben Sie den Tarif FSBU abgeschlossen, zählt Ihre Versicherung zum Gewinnverband FSBU 2022. Anderenfalls gehört sie zum Gewinnverband BU 2022. Haben Sie das Pflegepaket vereinbart, gehört Ihre Versicherung zusätzlich zum Gewinnverband PRZ 2022 in der Bestandsgruppe PR Pflegerenten-Zusatzversicherungen. Jede einzelne Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppen, denen sie angehört.

Die Verteilung des Überschusses für die auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit auch kein Anspruch auf →Überschussbeteiligung.

- Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinnverbände verteilt wird und setzt die entsprechenden Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihren Gewinnverband entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Wie hoch sind die auf Ihren Vertrag entfallenden Überschüsse und wie werden sie verwendet?

- Den laufenden Überschussanteil weisen wir jeweils zu Beginn jedes Versicherungsmonats zu. Bei viertel-, halb- oder jährlicher Beitragszahlung weisen wir zu Beginn jedes Zahlungszeitraums alle auf den Zahlungszeitraum entfallenden monatlichen Überschussanteile zu. Beenden Sie die Versicherung vor Ablauf des Zahlungszeitraums, bringen wir die bis zum Ende des Zahlungszeitraums zu viel zugewiesenen Überschussanteile wieder in Abzug.

Überschüsse vor Eintritt der Berufsunfähigkeit

Der laufende Überschussanteil besteht aus einem Grundüberschussanteil, der in Prozent des überschussberechtigten Beitrags festgesetzt wird.

Der laufende Überschussanteil kann unterschiedlich verwendet werden.

Je nach Überschussverwendung gilt das Folgende:

Welche Überschussverwendung auf Ihre Versicherung zutrifft, finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

→Überschussverwendung Beitragsverrechnung beziehungsweise →Überschussverwendung vollständige Beitragsverrechnung

Haben Sie als →Überschussverwendung Beitragsverrechnung vereinbart, werden die laufenden Überschussanteile mit Ihren garantierten Beiträgen verrechnet.

→Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung

Haben Sie als →Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung vereinbart, wird der laufende Überschussanteil auf einem separaten Konto angesammelt. Die Höhe der Verzinsung des angesammelten Guthabens ist nicht garantiert.

Erhalten Sie eine BU-Rente führen wir das vorhandene angesammelte Guthaben bis zum Ende des Vertrags fort.

Bei Tod der →versicherten Person, bei Kündigung oder bei Ablauf der Versicherung zahlen wir das vorhandene angesammelte Guthaben aus.

→Überschussverwendung Bonusrente

Haben Sie als →Überschussverwendung Bonusrente vereinbart, werden die laufenden Überschussanteile zur Finanzierung einer zusätzlichen Rente (→Bonusrente) für diejenigen Verträge verwendet, die eine Rente wegen Berufsunfähigkeit erhalten. Die →Bonusrente wird zusammen mit der versicherten BU-Rente

ausgezahlt und ist der Höhe nach garantiert, solange der Anspruch auf Rente fortbesteht. Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit verändert sich bei einer Veränderung der Überschussanteilsätze auch die Höhe der → Bonusrente. Vermindert sich diese → Bonusrente aufgrund einer Veränderung der Überschussanteilsätze, werden wir Sie schriftlich informieren. Sie können in diesem Fall verlangen, dass wir Ihren Vertrag anpassen. Sie müssen dies innerhalb von drei Monaten nach unserer Benachrichtigung geltend machen. In diesem Fall erhöhen wir die garantierte BU-Rente, sodass folgende Gesamrenten gleich hoch sind:

- Summe aus der erhöhten garantierten BU-Rente und der aus dieser mit den veränderten Überschussanteilsätzen gebildeten → Bonusrente
- Summe der ursprünglich garantierten BU-Rente und der aus dieser mit den Überschussanteilsätzen vor der Überschussanpassung gebildeten → Bonusrente

Für den Erhöhungsteil müssen Sie einen Beitrag entrichten. Diesen ermitteln wir gemäß den Rechnungsgrundlagen, die wir bei Vertragsabschluss verwendet haben. Aufsichtsrechtliche Anforderungen bleiben unberührt. Die übrigen Vertragsdaten bleiben unverändert.

Für die Anpassung ist keine Risikoprüfung erforderlich. Es entstehen für Sie daher bei der Prüfung unserer Leistungspflicht keine Nachteile.

Machen Sie von dem Recht, Ihren Vertrag anzupassen, keinen Gebrauch, sinkt die → Bonusrente nach Ablauf der Dreimonatsfrist.

→ Überschussverwendung Fondsguthaben

Haben Sie als → Überschussverwendung Fondsguthaben vereinbart, wird der laufende Überschussanteil als → Fondsguthaben Ihrer Versicherung gemäß § 6 geführt.

Erhalten Sie eine BU-Rente führen wir das vorhandene → Fondsguthaben bis zum Ende der vereinbarten → Versicherungsdauer fort.

Bei Tod der → versicherten Person, bei Kündigung oder bei Ablauf der Versicherung zahlen wir das vorhandene → Fondsguthaben aus.

→ Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung

Ein Teil der Überschussanteile wird dazu verwendet, Ihren garantierten Beitrag zu senken. Der andere Teil der Überschussanteile wird als → Fondsguthaben Ihrer Versicherung gemäß § 6 geführt.

Erhalten Sie eine BU-Rente führen wir das vorhandene → Fondsguthaben bis zum Ende der vereinbarten → Versicherungsdauer fort.

Bei Tod der → versicherten Person, bei Kündigung oder bei Ablauf der Versicherung zahlen wir ein vorhandenes → Fondsguthaben aus.

Überschüsse nach Eintritt der Berufsunfähigkeit

Versicherungen im Rentenbezug erhalten als laufende Überschussanteile Zinsüberschussanteile. Diese setzen wir in Prozent des maßgeblichen → Deckungskapitals fest. Sie werden in eine → Bonusrente umgewandelt, die zusammen mit der versicherten BU-Rente ausgezahlt wird.

Wie entstehen → Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu?

6. → Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Haben Sie als → Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung vereinbart, können → Bewertungsreserven für die angesammelten Überschussanteile entstehen. An diesen → Bewertungsreserven werden wir Sie entsprechend beteiligen. Haben Sie eine andere Überschussverwendung gewählt, erhalten Sie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Beteiligung an den → Bewertungsreserven.

Während einer Rentenzahlung können → Bewertungsreserven bei denjenigen Kapitalanlagen bestehen, die zur Deckung der Rentenzahlungen herangezogen werden. An diesen → Bewertungsreserven werden wir Sie entsprechend beteiligen.

Die Höhe der → Bewertungsreserven ermitteln wir während einer Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit jährlich neu.

7. Haben Sie als → Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung vereinbart, erhalten Sie bei Beendigung Ihres Vertrags eine Beteiligung an den → Bewertungsreserven.

Im Rentenbezug beteiligen wir Sie unabhängig von der gewählten Überschussverwendung über eine angemessen erhöhte laufende → Überschussbeteiligung an den → Bewertungsreserven.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den → Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt. Nähere Erläuterungen zu den für Ihren Vertrag maßgeblichen → Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

Warum können wir die Höhe der → Überschussbeteiligung nicht garantieren?

8. Die Höhe der → Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos, des Kapitalmarkts und der Kosten.

Die Höhe der künftigen → Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

Wie informieren wir über die → Überschussbeteiligung?

9. Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.lv1871.de.

10. Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich. Diese Standmitteilung senden wir Ihnen erstmals nach dem Ende des ersten Versicherungsjahres zu. Dabei berücksichtigen wir die → Überschussbeteiligung Ihres Vertrags. Sie erhalten keine automatische Information, wenn der Stand der → Überschussbeteiligung unverändert bleibt.

Haben Sie die → Überschussverwendung Fondsguthaben, die → Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung oder die → Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung gewählt, geben wir Ihnen auf Wunsch den aktuellen Wert Ihres Guthabens jederzeit an.

Gestaltungsmöglichkeiten

§ 8 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie?

1. Nachversicherungsgarantie

- a) **Was versteht man unter Nachversicherungsgarantie für die Berufsunfähigkeitsversicherung und wann können Sie diese beantragen?**

Sie haben das Recht, die vereinbarte BU-Rente zu erhöhen - ohne erneute Risikoprüfung. Diese Möglichkeit der Erhöhung bezeichnen wir als Nachversicherung. Durch die Nachversicherung erhöht sich Ihr Beitrag. Weitere Änderungen ergeben sich für Ihren Vertrag nicht.

Das bedeutet insbesondere:

- Die Nachversicherung erfolgt auf Basis der Ihrem Vertrag aktuell zugrundeliegenden Berufseinstufung.
- Den Beitrag für die Erhöhung berechnen wir mit den Rechnungsgrundlagen zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses.
- Medizinische Risiken, Hobbys und Freizeitaktivitäten werden wir im Rahmen der Nachversicherung nicht überprüfen. Zwischenzeitlich aufgetretene Erkrankungen oder aufgenommene Freizeitaktivitäten können somit nicht zu einer Beitragserhöhung führen.
- Wir prüfen lediglich, ob die Nachversicherung finanziell angemessen ist (vergleiche Absatz 1 c)).

Ereignisabhängige Nachversicherung

Sie können das Recht auf Nachversicherung beim Eintritt der nachfolgend genannten Ereignisse im Leben der →versicherten Person ausüben. Das ist innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses möglich.

- Eintritt der Volljährigkeit
- Heirat
- Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
- Geburt oder Adoption eines Kindes
- Tod des erwerbstätigen Ehepartners oder des eingetragenen Lebenspartners
- Genehmigung zum Bau eines selbst genutzten Hauses oder Erwerb von selbst genutztem Wohneigentum jeweils mit einem Darlehen von mindestens 100.000 Euro
- Erstmaliger Beginn einer Berufsausbildung
- Erstmaliger Beginn eines Hochschulstudiums, wenn die →versicherte Person nicht vorher eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig - ausgeübt hat
- Abschluss eines Hochschulstudiums oder anerkannten Ausbildungsberufs und Beginn einer Tätigkeit, die dieses Studium oder diese Ausbildung typischerweise voraussetzen
- Erstmaliger Eintritt in das Berufsleben, sofern die →versicherte Person eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig - aufnimmt
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung wie zum Beispiel Master, Promotion oder Facharzt Ausbildung, sofern die →versicherte Person eine der Weiterqualifizierung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt
- Gehaltserhöhung (= Erhöhung des regelmäßigen Bruttoeinkommens) um mindestens zehn Prozent im Zusammenhang mit Arbeitgeberwechsel, Beförderung oder Erhöhung der Arbeitszeit im Rahmen einer Teilzeittätigkeit. Als Beförderung gilt auch, wenn die →versicherte Person eine Weiterbildung erfolgreich absolviert oder einen Meisterbrief erhält
- Wechsel aus einem mindestens ein Jahr laufenden sozialversicherungspflichtigen Teilzeit- oder befristeten Arbeitsverhältnis in eine unbefristete Vollzeitstelle
- Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit, wenn eine Mitgliedschaft in einer für den Beruf zuständigen Kammer und in einer berufsständischen Versorgung besteht
- bei Selbstständigen Steigerung des Gewinns vor Steuern in den letzten drei Geschäftsjahren um durchschnittlich 30 Prozent im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der drei davorliegenden Geschäftsjahre
- erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) mit dem Jahresgehalt am Ende eines Kalenderjahres; maßgeblich ist die BBG der allgemeinen Rentenversicherung des Bundeslandes, in dem die →versicherte Person ihren Arbeitsplatz hat
- Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus der gesetzlichen Rentenversicherung für Handwerker bei Erfüllung der Mindestpflichtversicherungszeit
- Wegfall oder Reduzierung der Ansprüche bei Berufsunfähigkeit aus der betrieblichen Altersversorgung

Ereignisunabhängige Nachversicherung

Sie können das Recht auf Nachversicherung auch ausüben, ohne dass eines der Ereignisse nach Absatz 1 vorliegt. Voraussetzungen hierfür sind jedoch, dass

- in den letzten drei Jahren keine ereignisabhängige oder ereignisunabhängige Nachversicherung für diesen oder einen anderen bei der Lebensversicherung von 1871 a. G. München bestehenden Vertrag erfolgt ist und
- nicht zum gleichen Zeitpunkt eine ereignisabhängige Nachversicherung nach Absatz 1 beantragt wird.

→Wartezeit

Es gilt ab Beginn der jeweiligen ereignisunabhängigen Nachversicherung eine →Wartezeit von drei Jahren. Tritt ein Leistungsfall aufgrund von Berufsunfähigkeit, schwerer Krankheit gemäß § 3 Absatz 3 oder Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf dieser →Wartezeit ein, erbringen wir keine Leistung aus der jeweiligen Nachversicherung. In diesem Fall erlischt diese Nachversicherung. Die hierfür bis zum Eintritt des Leistungsfalls geleisteten Beiträge werden zurückerstattet. Wurde der Leistungsfall jedoch ausschließlich durch einen Unfall verursacht (vergleiche § 5), leisten wir. Der Unfall muss während der →Wartezeit eingetreten sein.

Falls Sie die MeinPlan-Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder die BU-Option zur Golden IV ausgeübt haben, beachten Sie bitte die Besonderen Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV.

b) Wann ist das Recht auf Nachversicherung ausgeschlossen?

Sie können das Recht auf Nachversicherung nicht ausüben, wenn

- Sie Leistungen beantragt haben und wir noch nicht abschließend geprüft haben, ob die Leistungsvoraussetzungen vorliegen
- wir aktuell leisten
- wir bereits aufgrund von Berufsunfähigkeit geleistet haben
- der Vertrag aktuell beitragsfrei ist
- die →versicherte Person älter als 50 Jahre ist - maßgebend ist das →rechnungsmäßige Alter
- der Versicherungsvertrag über einen Kollektivvertrag zustande gekommen ist, der dieses Recht ausdrücklich ausschließt. Ob das Recht auf Nachversicherung ausgeschlossen ist, finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

c) Wie hoch darf die nachzuversichernde jährliche Berufsunfähigkeitsrente sein?

- (1) Wir ermitteln die Obergrenze für die BU-Rente, bis zu der eine Nachversicherung möglich ist. Diese Obergrenze dokumentieren wir in Ihrem →Versicherungsschein. Die Höhe der Obergrenze hängt von den Angaben ab, die Sie bei Antragstellung gemacht haben. Dafür ist insbesondere der Beruf der →versicherten Person entscheidend. In die Obergrenze fallen alle für dieselbe →versicherte Person bei uns bestehenden oder beantragten BU-Renten.

Wenn die →versicherte Person den Beruf wechselt, berechnen wir auf Ihren Wunsch hin die Obergrenze neu. Die Obergrenze werden wir in keinem Fall reduzieren.

Übersteigt die neue Obergrenze die versicherte Jahresrente, ist ab diesem Zeitpunkt eine Nachversicherung bis zu dieser Obergrenze möglich.

- (2) Die jährliche Gesamt-BU-Rente darf 60 Prozent des jährlichen Bruttoarbeitseinkommens der →versicherten Person nicht übersteigen. Darunter fallen alle für dieselbe →versicherte Person bei uns oder anderen Versicherungen bestehenden oder beantragten BU-Renten.

Es gibt Berufe, für die nach unseren Annahmerichtlinien Höchstgrenzen für die versicherbare Jahresrente bestehen. In diesem Fall können Sie die Gesamt-BU-Rente durch Nachversicherung maximal bis zu dieser Höchstgrenze unabhängig vom Arbeitseinkommen aufstocken. Eine Aufstockung ist allerdings generell höchstens bis zur Obergrenze gemäß Absatz (1) möglich.

- (3) Bei der ereignisabhängigen Nachversicherung ist eine Erhöhung der Rente um maximal 50 Prozent möglich. Maßgeblich ist dafür die Rente zu dem Zeitpunkt, an dem Sie die Erhöhung beantragen.
- (4) Bei der ereignisunabhängigen Nachversicherung darf die Erhöhung der Rente jeweils maximal 3.000 Euro jährlich betragen.
- (5) Jede Erhöhung der Rente muss mindestens 600 Euro betragen.

Falls Sie die MeinPlan-Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder die BU-Option zur Golden IV ausgeübt haben, beachten Sie bitte die

Besonderen Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV.

d) Welche Unterlagen sind erforderlich, wenn Sie die Nachversicherung beantragen?

Wenn Sie eine Nachversicherung beantragen, müssen Sie uns folgende Nachweise erbringen:

- zum betreffenden Ereignis
- zum Bruttoarbeitseinkommen
- zur Gesamt-BU-Rente.

e) Welche sonstigen Vereinbarungen gelten für die Nachversicherung?

Im Falle einer Anpassung des Vertrags aufgrund Verminderung der aus Überschussanteilen gebildeten → Bonusrente gelten die Regelungen des Paragraphen „Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?“ Absatz „Verwendung der Überschüsse“.

2. Zukunftsgarantie für Schüler, Studenten und Auszubildende

a) Schüler, Studenten und Auszubildende im Sinne von § 2 Absatz 3 bis 5 haben die Möglichkeit, innerhalb von zwölf Monaten nach Abschluss eines Studiums beziehungsweise einer Ausbildung und Aufnahme einer entsprechenden Tätigkeit, eine Leistung bei Arbeitsunfähigkeit einzuschließen. Wir nehmen dabei keine erneute Risikoprüfung vor.

b) Studenten und Auszubildende im Sinne von § 2 Absatz 4 und 5 haben das Recht, innerhalb von zwölf Monaten nach Abschluss des Studiums beziehungsweise der Ausbildung ihre Berufseinstufung und die Obergrenze für die Nachversicherung überprüfen zu lassen. Schüler im Sinne von § 2 Absatz 3 haben diese Möglichkeit zusätzlich innerhalb von zwölf Monaten nach

- einem Wechsel der Schulform,
- einer Versetzung in die gymnasiale Oberstufe und
- dem erstmaligen Beginn eines Studiums, einer Berufsausbildung oder einer Berufstätigkeit.

Eine Beitragserhöhung und eine Herabsetzung der Obergrenze sind dabei ausgeschlossen. Wir nehmen keine erneute Risikoprüfung vor.

c) Schüler, Studenten und Auszubildende im Sinne von § 2 Absatz 3 bis 5 haben ferner das Recht, innerhalb von zwölf Monaten nach Abschluss eines Studiums beziehungsweise einer Ausbildung und Aufnahme einer entsprechenden Tätigkeit, eine → Dynamik einzuschließen oder eine bestehende → Dynamik zu erhöhen. Wir nehmen keine erneute Risikoprüfung vor. Es können alle Dynamikmodelle und Prozentsätze gewählt werden, die nach unseren Annahmerichtlinien für den dann ausgeübten Beruf zulässig sind.

d) Zudem ist im Rahmen der ereignisabhängigen Nachversicherung eine Erhöhung der zuletzt versicherten BU-Rente um maximal 100 Prozent bei folgenden Ereignissen möglich:

- Erstmaliger Beginn einer Berufsausbildung
- Erstmaliger Beginn eines Hochschulstudiums, wenn die → versicherte Person nicht vorher eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig - ausgeübt hat
- Abschluss eines Hochschulstudiums oder anerkannten Ausbildungsberufs und Beginn einer Tätigkeit, die dieses Studium oder diese Ausbildung typischerweise voraussetzen

Hierbei gilt bereits die gemäß Absatz 2 b) überprüfte Obergrenze, höchstens aber die für den jeweiligen Beruf gültige Höchstrente gemäß Annahmerichtlinie.

e) Falls in Ihrem Versicherungsschein geregelt ist, dass die folgenden Ursachen und Umstände bei der Ermittlung der Berufsunfähigkeit nicht berücksichtigt werden (Ausschlussklausel),

- Gelenke
- Fußdeformitäten
- Sehnen
- Wirbelsäule

- Frakturen ohne Gelenkbeteiligung
- Allergien
- Sehstörungen unter 8 Dioptrien

können Sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem erstmaligen Beginn einer unbefristeten oder mindestens auf sechs Monate befristeten Erwerbstätigkeit (angestellt oder selbstständig) der → versicherten Person überprüfen lassen, ob ein Verzicht auf diese Ausschlussklausel für die Zukunft möglich ist.

Um zu prüfen, ob auf die Klausel verzichtet werden kann, überlassen wir Ihnen einen Fragebogen, der von Ihnen auszufüllen ist. Ferner sind Nachweise über die Erwerbstätigkeit und zusätzlich auf Verlangen über den Gesundheitszustand einzureichen. Die damit verbundenen Kosten sind von Ihnen zu tragen. Die Prüfung, ob ein Verzicht auf die Ausschlussklausel möglich ist, erfolgt auf Grundlage unserer zum Überprüfungszeitpunkt gültigen Annahmerichtlinien. Falls kein Verzicht auf die Klausel möglich ist, legen wir dies unter Vorlage der entsprechenden Annahmerichtlinie dar.

Falls Sie die MeinPlan-Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder die BU-Option zur Golden IV ausgeübt haben, beachten Sie bitte die Besonderen Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV.

3. Karrieregarantie für Berufstätige

a) Ist die → versicherte Person

- als Arbeitnehmer in einem unbefristeten Angestelltenverhältnis beschäftigt und
- hat die BU-Rente die Obergrenze, bis zu der eine Nachversicherung möglich ist, erreicht,

können Sie Ihre BU-Rente trotzdem ohne erneute Risikoprüfung erhöhen. Voraussetzung ist, dass das monatliche regelmäßige Bruttoeinkommen der → versicherten Person im Rahmen einer Gehaltserhöhung im Vergleich zum Vormonat um mindestens fünf Prozent steigt. Sie können die BU-Rente innerhalb von zwölf Monaten nach der Erhöhung des monatlichen regelmäßigen Bruttoeinkommens der → versicherten Person anheben.

b) Die prozentuale Erhöhung der BU-Rente darf maximal so hoch sein wie die prozentuale Erhöhung des monatlichen regelmäßigen Bruttoeinkommens der → versicherten Person. Über die Erhöhung des monatlichen regelmäßigen Bruttoeinkommens der → versicherten Person müssen Sie uns einen Nachweis erbringen.

Die Gesamt-BU-Rente darf infolge der Erhöhung aufgrund der Steigerung des monatlichen regelmäßigen Bruttoeinkommens maximal doppelt so hoch sein wie die Obergrenze für die Nachversicherung. Diese Obergrenze finden Sie in Ihrem → Versicherungsschein.

Zudem darf die Gesamt-BU-Rente 60 Prozent des jährlichen Bruttoarbeitseinkommens der → versicherten Person nicht übersteigen. Darunter fallen alle für dieselbe → versicherte Person bei uns oder anderen Versicherungen bestehenden oder beantragten BU-Renten.

Für Berufe, für die nach unseren Annahmerichtlinien Höchstgrenzen für die versicherbare Jahresrente gelten, darf die Gesamt-BU-Rente durch die Karrieregarantie nur bis zu dieser Höchstgrenze angehoben werden.

c) Sie können die Karrieregarantie nicht ausüben, wenn

- Sie die Gehaltserhöhung nach Abschluss einer Berufsausbildung beziehungsweise eines Hochschulstudiums und Beginn der entsprechenden Tätigkeit erhalten haben
- Sie aufgrund dieser Gehaltserhöhung bereits Ihr Recht auf Nachversicherungsgarantie in Anspruch genommen haben
- zum Zeitpunkt der Ausübung der Karrieregarantie die BU-Rente unterhalb der Obergrenze liegt, bis zu der eine Nachversicherung möglich ist
- Sie Leistungen aufgrund von Berufsunfähigkeit beantragt haben und wir noch nicht abschließend geprüft haben, ob die Leistungsvoraussetzungen vorliegen
- wir bereits aufgrund von Berufsunfähigkeit leisten oder geleistet haben

- die →versicherte Person älter als 50 Jahre ist - maßgebend ist das →rechnungsmäßige Alter
- der Versicherungsvertrag über einen Kollektivvertrag zustande gekommen ist, der dieses Recht ausdrücklich ausschließt. Ob die Karrieregarantie ausgeschlossen ist, finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

4. Überprüfung der Berufseinstufung nach einem Berufswechsel

Bei einem Berufswechsel der →versicherten Person haben Sie das Recht die Berufseinstufung der →versicherten Person und die Obergrenze für die Nachversicherung überprüfen zu lassen. Dies ist frühestens zwölf Monate nach dem Berufswechsel der →versicherten Person möglich. Dazu müssen Sie uns den Fragebogen Berufswechsel einreichen. Wenn die neue berufliche Tätigkeit zu einer verbesserten Berufseinstufung führt, sinkt der künftige zu zahlende Beitrag. Wir ermitteln den neuen Beitrag mit den Rechnungsgrundlagen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gelten. Vereinbarte Zuschläge oder Einschränkungen der Leistungen bleiben unverändert.

Wir können eine Änderung der Berufseinstufung und der Obergrenze für die Nachversicherung von einer erneuten Risikoprüfung abhängig machen.

Können wir Ihnen aufgrund des Berufswechsels der →versicherten Person keinen günstigeren Beitrag beziehungsweise keine höhere Obergrenze anbieten, bleiben Ihr bisheriger Beitrag und Ihre bisherige Obergrenze unverändert. Eine Beitragserhöhung und eine Herabsetzung der Obergrenze schließen wir von vornherein aus.

5. Verlängerungsgarantie

- a) Sie haben das Recht, die →Versicherungsdauer und →Leistungsdauer Ihres Vertrags an eine Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder im berufsständischen Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufes, in dem die →versicherte Person Mitglied ist, anzupassen – ohne erneute Risikoprüfung. Die →Versicherungsdauer und die →Leistungsdauer Ihres Vertrags werden dabei maximal um die Zeitspanne verlängert, um die sich die Regelaltersgrenze für die →versicherte Person verschiebt. Sie können die Dauer nur um volle Jahre verlängern.

Üben Sie die Verlängerungsgarantie aus, berechnen wir den Beitrag für Ihren Vertrag neu. Dabei berücksichtigen wir das Alter der →versicherten Person bei Abschluss des Vertrags, die Restlaufzeit des bisherigen Vertrags einschließlich der Verlängerung sowie gegebenenfalls vereinbarte Zuschläge. Infolge der verlängerten Vertragsdauer erhöhen sich Ihre Beiträge nach Ausübung der Verlängerungsoption. Über die Beitragsanpassung informieren wir Sie in →Textform. Gültige Leistungseinschränkungen gelten auch für die verlängerte →Versicherungsdauer.

- b) Sie können das Recht auf Verlängerung innerhalb von zwölf Monaten
- nach Inkrafttreten einer Regelung in der gesetzlichen Rentenversicherung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze beziehungsweise
 - wenn die →versicherte Person Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk ist, nach Inkrafttreten einer berufsständischen Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze des entsprechenden Kammerberufes
- ausüben.
- c) Sie können das Recht auf Verlängerungsgarantie nicht ausüben, wenn
- Sie Leistungen aufgrund von Berufsunfähigkeit beantragt haben und wir noch nicht abschließend geprüft haben, ob die Leistungsvoraussetzungen vorliegen
 - wir bereits aufgrund von Berufsunfähigkeit leisten oder geleistet haben
 - das bei Vertragsabschluss vereinbarte Endalter weniger als 60 Jahre beträgt
 - der Vertrag beitragsfrei ist

6. Wahlrecht zur Übertragung der Fondsanteile

Haben Sie gemäß § 7 Absatz 5 als →Überschussverwendung Fondsguthaben oder →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung vereinbart, haben Sie folgendes Wahlrecht:

Unsere Leistungen erbringen wir grundsätzlich in Geld. Sie können jedoch abweichend hiervon eine Auszahlung des →Fondsguthabens in Fondsanteile des →Anlagestocks verlangen. Ihr Antrag auf Übertragung der Fondsanteile muss uns spätestens einen Monat vor dem Fälligkeitstag der Auszahlung vorliegen. Zur Ausübung dieses Wahlrechts werden wir Sie rechtzeitig informieren. Auszahlungen unter 1.000 Euro, Bruchteile von Fondsanteilen oder Fondsanteile institutioneller Anlageklassen erbringen wir in jedem Fall in Geld.

Wenn Sie die Übertragung der Fondsanteile verlangen, müssen Sie uns ein bestehendes Wertpapierdepot benennen, auf welches die Anteile übertragen werden können. Die Übertragungskosten tragen in diesem Fall Sie.

7. Wahlrecht zur vorzeitigen Auszahlung des →Fondsguthabens (Teilauszahlung)

Haben Sie gemäß § 7 Absatz 5 als →Überschussverwendung Fondsguthaben oder →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung vereinbart, können Sie folgendes Wahlrecht in Anspruch nehmen:

Sie können sich jederzeit einen Betrag aus Ihrem →Fondsguthaben auszahlen lassen. Eine →Auszahlung muss mindestens 200 Euro betragen.

Wir setzen die →Auszahlung in Euro fest. Den Betrag entnehmen wir anteilmäßig den Investmentfonds Ihres →Fondsguthabens. Maßgeblich für die Wertfestlegung der →Auszahlung ist der Preis der Fondsanteile des →Börsentages, an dem die →Auszahlung ausgeführt wird. Ist eine sofortige Auszahlung gewünscht, legen wir den Preis der Anteileneinheiten spätestens des dritten →Börsentages nach dem der Antrag auf Auszahlung bei uns eingegangen ist zugrunde.

Bitte beachten Sie, dass →Auszahlungen das →Fondsguthaben mindern. Entsprechend vermindern sich auch die Leistungen aus dem →Fondsguthaben. Informationen dazu können Sie der Abrechnung Ihrer →Auszahlung entnehmen.

Es werden Kosten erhoben (vergleiche § 16).

8. Übernahme der Risikoprüfung Ihrer Versicherung für eine neue Basisrentenversicherung mit Berufsunfähigkeitszusatzversicherung

Sie können beantragen, dass wir die zu Ihrer bestehenden Berufsunfähigkeitsversicherung erfolgte Risikoprüfung für eine Basisrentenversicherung mit Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (BUZ) übernehmen.

a) Welche Voraussetzungen gelten?

Sie können beantragen, dass das Ergebnis der Risikoprüfung Ihrer bestehenden Berufsunfähigkeitsversicherung für eine neue Basisrentenversicherung mit BUZ übernommen wird, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Sie kündigen die bestehende Berufsunfähigkeitsversicherung unter der Bedingung, dass eine Basisrentenversicherung mit BUZ mit der →versicherten Person als →Versicherungsnehmer zustande kommt. Die →versicherte Person beantragt gleichzeitig mit der Kündigung der bestehenden Versicherung eine Basisrentenversicherung mit BUZ. Ihre Kündigung der bestehenden Versicherung wird mit Beginn der Basisrentenversicherung mit BUZ wirksam.
- Der Abschluss der Basisrentenversicherung mit BUZ erfolgt in dem Tarif, der zu diesem Zeitpunkt verkaufsoffen ist.
- Der Beitrag und der Umfang des Versicherungsschutzes der Basisrentenversicherung mit BUZ bestimmt sich nach den Angaben zu Ihrer bestehenden Versicherung.
- Nachfolgende Angaben Ihrer bestehenden Versicherung gelten nicht weiter. Es gilt stattdessen:
 - Versicherungsbeginn ist das Datum, zu dem die Basisrentenversicherung mit BUZ beginnen soll.
 - Eintrittsalter ist das Alter der →versicherten Person bei Abschluss der Basisrentenversicherung mit BUZ.

- Die →Versicherungsdauer und die →Leistungsdauer der neuen Berufsunfähigkeitszusatzversicherung entsprechen der restlichen →Versicherungsdauer und restlichen →Leistungsdauer der bestehenden Versicherung.
- Haben Sie zu Ihrer Versicherung Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Pflegepakets oder Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart, entfallen diese bei der Basisrentenversicherung mit BUZ.
- Der Beitrag zur Basisrentenversicherung beträgt - ohne Berücksichtigung des Beitrags zur Berufsunfähigkeitszusatzversicherung - höchstens 3.000 Euro jährlich.

Wollen Sie zusätzliche Leistungen vereinbaren, ist dafür unsere Zustimmung erforderlich.

b) Wie erfolgt die Risikoprüfung zur Basisrentenversicherung mit BUZ?

- Wir legen der neuen Basisrentenversicherung mit BUZ das Ergebnis der Risikoprüfung Ihrer bestehenden Versicherung einschließlich vereinbarter Zuschläge sowie Leistungsausschlüsse zugrunde.
- Haben Sie uns im Rahmen der Antragsstellung der bestehenden Versicherung unzutreffende Angaben über die Risikoverhältnisse der →versicherten Person gemacht (Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht), gelten die Regelungen gemäß § 18 auch für die neue Basisrentenversicherung mit BUZ. Die Fristen nach § 21 Absatz 3 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 18 beginnen bei Abschluss der Basisrentenversicherung mit BUZ nicht neu zu laufen.

c) Wann ist die Übernahme des Ergebnisses der Risikoprüfung für eine Basisrentenversicherung mit BUZ ausgeschlossen?

In folgenden Fällen können Sie nicht verlangen, dass wir die zu Ihrer bestehenden Versicherung erfolgte Risikoprüfung für eine Basisrentenversicherung mit BUZ übernehmen:

- Sie haben Leistungen aufgrund von Berufsunfähigkeit der →versicherten Person beantragt und wir haben noch nicht abschließend geprüft, ob die Leistungsvoraussetzungen vorliegen.
- Wir leisten bereits aufgrund von Berufsunfähigkeit der →versicherten Person.
- Die →versicherte Person ist älter als 40 Jahre - maßgebend ist das →rechnungsmäßige Alter.
- Die bestehende Versicherung ist über einen Kollektivvertrag mit reduzierter Risikoprüfung zustande gekommen.
- Die bestehende Versicherung ist darauf zurückzuführen, dass Sie eine der folgenden Optionen ausgeübt haben:
 - BU-Option der Golden IV,
 - BU-Option der Performer Primus-Rentenversicherung,
 - BU-Option mit Pflegeschutz von MeinPlan Kids,
 - Fortführung der BU-Rente im Rahmen einer selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung bei Beitragsfreistellung der MeinPlan Basisrente nach § 14 Absatz 8 der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit erweiterten Leistungen zu „MeinPlan Basisrente – die fondsgebundene Basis-Rente der LV 1871“.
- Ihre bestehende Versicherung ist beitragsfrei gestellt.
- Ihre Versicherung besteht im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung.
- Das Endalter Ihrer bestehenden Versicherung liegt unter dem Mindest-Endalter, das für den Abschluss einer Basisrentenversicherung mit BUZ vorausgesetzt wird.

Beginn des Versicherungsschutzes

§ 9 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem im →Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (vergleiche § 10 Absatz 2 und 3 und § 11).

Beitragszahlung

§ 10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

1. Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichten. Die →Versicherungsperiode entspricht der Zahlungsweise. Bei Jahreszahlung beträgt sie beispielsweise ein Jahr, bei halbjährlicher Beitragszahlung ein halbes Jahr und so weiter.

2. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Unverzüglich heißt, ohne schuldhaftes Zögern. Der Versicherungsbeginn ist im →Versicherungsschein angegeben.

Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten →Versicherungsperiode fällig.

3. Sie können die Beiträge überweisen oder im Lastschriftverfahren zahlen. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, buchen wir den Beitrag jeweils zu den in Absatz 2 genannten Terminen von dem uns angegebenen Konto ab.

4. Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn wir vereinbart haben, den Beitrag von einem Konto einzuziehen, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:
 - Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
 - Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, können wir künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens verlangen.

5. Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

Stundung

6. Sie können verlangen, dass die Beitragszahlung für Ihre Versicherung ausgesetzt wird. Eine solche Stundung ist für maximal 24 Monate möglich.

Der Versicherungsschutz bleibt während dieser Zeit in vollem Umfang erhalten.

Voraussetzungen für die Stundung sind:

- Der Vertrag besteht mindestens seit einem Jahr und
- seit der letzten Stundung ist mindestens ein Jahr vergangen und
- die nach Ablauf der Beitragsstundung verbleibende →Beitragszahlungsdauer beträgt noch mindestens ein Jahr.

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

Während des Stundungszeitraums fallen keine Zinsen aufgrund der Stundung für Sie an.

Nach Ablauf des Stundungszeitraums können Sie die gestundeten Beiträge zinslos:

- in einem Betrag nachzahlen,

- in monatlichen, vierteljährlichen, halbjährlichen Raten über einen Zeitraum von maximal 48 Monaten nachentrichten. Dies ist nicht möglich, wenn Sie als →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung oder →Fondsguthaben gewählt haben. Oder
- mit einem vorhandenen verzinslich angesammelten Guthaben oder →Fondsguthaben ganz oder teilweise verrechnen lassen.

Anstelle der zinslosen Rückzahlung der gestundeten Beiträge, können Sie die offenen Beiträge auch durch eine Vertragsänderung – wahlweise Verringerung der Versicherungsleistungen oder der Erhöhung des zukünftigen Beitrags – begleichen.

Haben Sie die Beitragszahlung bereits 24 Monate ausgesetzt, müssen Sie alle gestundeten Beiträge nachzahlen, bevor Sie erneut eine Stundung vereinbaren können.

Sie können nicht mehr stunden, wenn Sie bereits eine Stundung für insgesamt 24 Monate in Anspruch genommen haben und die gestundeten Beiträge auf die restliche →Beitragszahlungsdauer verteilt wurden.

Sie können das Recht auf Stundung neu begründen, indem Sie die ausstehenden auf die restliche →Beitragszahlungsdauer verteilten Raten einmalig nachzahlen.

7. Wenn eine Leistung fällig wird, verrechnen wir etwaige Beitragsrückstände mit dieser. Kündigen Sie Ihre Versicherung und ist eine Verrechnung der gestundeten Beiträge nicht möglich, müssen Sie diese in einem Betrag nachzahlen.

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

Erster Beitrag

1. Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
2. Ist der erste Beitrag noch nicht gezahlt, wenn der Versicherungsfall eintritt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in →Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im →Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Pflicht zur Leistung bleibt bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

3. Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in →Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
4. Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.
5. Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag fristlos kündigen, wenn Sie sich noch immer mit Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

6. Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur innerhalb eines Monats nach der Kündigung. Wurde die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden, können Sie innerhalb eines Monats nach Fristablauf nachzahlen.

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

Regelungen zur Fondsauswahl

§ 12 Wie können Sie Fonds wechseln?

Haben Sie gemäß § 7 Absatz 5 als →Überschussverwendung Fondsguthaben oder →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung vereinbart, können Sie Folgendes in Anspruch nehmen:

Umschichtung des →Fondsguthaben (→Shift)

1. Sie können jederzeit Ihr bereits angespartes →Fondsguthaben in andere Fonds umschichten (→Shiften). Sie können aus allen Fonds unserer aktuellen Auswahl wählen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass gleichzeitig auch zukünftige Beiträge in neue Fonds investiert werden. Solange Sie die Anlageaufteilung der künftigen Beiträge nicht ändern (vergleiche Absatz 2), erfolgt die Anlage entsprechend Ihrer bisher gewählten Fondsaufteilung.

Bei der Umschichtung wird das →Fondsguthaben entsprechend Ihrer Festlegung ganz oder teilweise auf die neu bestimmten Fonds übertragen. Wir rechnen dieses in Anteileneinheiten der neu bestimmten Fonds um. Dabei legen wir den Kurs des →Börsentages zugrunde, an dem der Fondswechsel ausgeführt wird.

Die Umschichtung führen wir spätestens am zweiten →Börsentag nach Eingang Ihres Auftrages bei uns durch, jedoch nicht vor dem von Ihnen genannten Termin. Die Umschichtung von →Fondsguthaben auf Fonds, die Ihrem →Fondsguthaben bereits zugrunde liegen, gilt ebenfalls als →Shift. Bei einer Umschichtung fallen keine Ausgabeaufschläge an.

Die Umschichtung Ihres →Fondsguthaben ist immer kostenfrei.

Änderung der Anlageaufteilung (→Switch)

2. Sie können auch nur Ihre künftigen Beiträge in anderen von uns angebotenen Fonds anlegen (→Switchen). Dabei können Sie aus den zur Verfügung stehenden Fonds insgesamt bis zu 20 verschiedene Fonds wählen. Für die Anlageaufteilung muss der Prozentanteil pro Fonds mindestens 3 Prozent betragen. Es sind nur ganzzahlige Prozentsätze möglich. Die Summe der prozentualen Anteile muss 100 Prozent ergeben. Das bereits angesammelte →Fondsguthaben ist von dieser Änderung nicht betroffen und verbleibt in den bisher angesparten Fonds.

Die Änderung führen wir spätestens am zweiten →Börsentag nach Eingang Ihres Auftrages bei uns durch. Ist ein →Switch von Ihnen zu einem späteren Termin gewünscht, wird die Änderung an diesem Termin durchgeführt. Die Änderung Ihrer Anlageaufteilung (→Switch) ist für Sie immer kostenfrei.

3. Bei einem Wechsel Ihrer Fondsanlage (→Shift oder →Switch) bleiben die technischen Daten zu Ihrer Versicherung unverändert. Technische Daten sind beispielsweise der Versicherungsbeginn, der Rentenzahlungsbeginn, der Beitrag, die garantierte →Todesfallleistung sowie eine eventuell vereinbarte →Erlebensfallgarantie.
4. Ihrem →Fondsguthaben dürfen insgesamt bis zu 40 Investmentfonds zugrunde liegen.

Vermögenssicherung zum Ende der →Versicherungsdauer (→Ablaufmanagement)

5. Bei Versicherungen ab einer →Versicherungsdauer von zwölf Jahren bieten wir Ihnen die Möglichkeit eines kostenfreien passiven →Ablaufmanagements an. Dadurch werden die Risiken einer Wertminderung aufgrund von Kursrückgängen reduziert (Sicherung Ihres Börsenerfolges).

Haben Sie das passive →Ablaufmanagement bei Vertragsabschluss vereinbart, beginnen wir fünf Jahre vor dem vereinbarten Ende der →Versicherungsdauer mit der Sicherung Ihres Börsenerfolges. Wir schichten unabhängig vom Kapitalmarktverlauf Ihr →Fondsguthaben monatlich in einen risikoarmen Fonds um. Den risikoarmen Fonds wählen wir aus unserer dann gültigen Fondsauswahl aus. Über den Beginn des →Ablaufmanagements werden wir Sie rechtzeitig informieren. Weitere Informationen und Erläuterungen erhalten Sie mit unserem Schreiben.

Sie können jederzeit das →Ablaufmanagement beenden. Die Frist für die Beendigung zum nächsten Monatsersten beträgt zwei Wochen. Eine erneute Aktivierung ist ebenfalls möglich.

Haben Sie das →Ablaufmanagement nicht bei Vertragsabschluss vereinbart, werden wir Sie dennoch rechtzeitig auf diese Option hinweisen (Ablaufcheck). Sie haben dann die Möglichkeit

das →Ablaufmanagement nachträglich zu beantragen oder einmalig Ihr →Fondsguthaben kostenlos in risikoärmere Investmentfonds umzuschichten.

§ 13 Was geschieht bei unplanmäßigen Veränderungen der Fonds?

1. Das Fondsangebot kann im Laufe der Zeit aus unterschiedlichen Gründen Veränderungen unterworfen sein.

Solche Gründe können beispielsweise sein:

- die Schließung oder Auflösung eines Investmentfonds durch die Fondsgesellschaft
- die nachträgliche Erhebung oder Erhöhung von Kosten, mit denen wir beim Fondseinkauf belastet werden
- die Einstellung von An- und Verkauf
- die Beendigung unserer Kooperation mit der entsprechenden Fondsgesellschaft
- Investmentfonds erfüllen die ursprüngliche Anlagestrategie aus Sicht des Vermögensverwalters oder des Versicherers nicht mehr beziehungsweise entsprechen der Anlagephilosophie des gewählten Portfolios nicht mehr.

2. In solchen Fällen sind wir berechtigt, den betroffenen Investmentfonds aus unserer Auswahl zu entfernen. Dies gilt auch für bereits bestehende Versicherungsverträge.

3. Sollte Ihre Versicherung von einer Änderung nach Absatz 1 oder 2 betroffen sein, werden wir Sie unverzüglich schriftlich benachrichtigen. Ab Zugang einer derartigen Benachrichtigung können Sie innerhalb von vier Wochen einen Investmentfonds aus unserer aktuellen Auswahl benennen, der anstelle des bei uns nicht mehr zur Anlage zur Verfügung stehenden Investmentfonds treten soll. Dies gilt für die Anlage zukünftiger Beträge und gegebenenfalls – je nach Art des Vorfalls – auch für die Umschichtung des bestehenden →Fondsguthabens.

4. Benennen Sie innerhalb der gesetzten Frist keinen Investmentfonds, sind wir berechtigt, einen Wechsel vorzunehmen. Dabei wählen wir einen Investmentfonds, der nach Meinung des Verantwortlichen Aktuars ein vergleichbares Anlageprofil bietet. Einen entsprechenden Investmentfonds sowie den Fondswechselstichtag werden wir Ihnen bereits in der in Absatz 3 genannten Benachrichtigung benennen.

5. Kosten entstehen hierbei für Sie nicht.

Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Vertrags

§ 14 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

1. Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der laufenden →Versicherungsperiode (vergleiche § 10 Absatz 1) in →Textform kündigen. Die Kündigung wird zum Schluss der →Versicherungsperiode wirksam, in der wir Ihre Kündigung erhalten haben. Maßgebend ist der Eingang des Kündigungsschreibens bei uns.

2. Mit Ihrer Kündigung erlischt die Versicherung. Ein Rückkaufswert wird nicht fällig. Haben Sie gemäß § 7 Absatz 5 als →Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung, →Überschussverwendung Fondsguthaben oder →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung vereinbart, zahlen wir davon unberührt das angesammelte Guthaben beziehungsweise das →Fondsguthaben aus. Die Kündigung ist mit dem Nachteil verbunden, dass kein Versicherungsschutz mehr besteht.

3. Ist die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufs unfähig, bleiben Ansprüche aufgrund bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

4. Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie jederzeit in →Textform verlangen, zum Beginn der nächsten →Versicherungsperiode von der Pflicht zur Beitragszahlung befreit zu werden. Die Beitragsfreistellung wird zum Schluss der →Versicherungsperiode wirksam, in der wir Ihren Antrag erhalten haben. Maßgebend ist der Eingang des Schreibens bei uns.

In diesem Fall setzen wir die versicherte BU-Rente auf eine beitragsfreie Rente herab. Sie wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik gemäß § 165 Absatz 2 VVG errechnet.

Ergibt sich eine beitragsfreie BU-Rente von Null Euro, erlischt die Versicherung.

Sie haben die Möglichkeit zu beantragen, dass die Rentenhöhe bei Verkürzung der →Versicherungsdauer beibehalten wird.

5. Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehende Betrag entspricht nicht der Summe der gezahlten Beiträge. Er entspricht dem →Deckungskapital zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung. Dieses berechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation.

Wir legen mindestens den Betrag des →Deckungskapitals zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Haben Sie eine →Beitragszahlungsdauer von weniger als fünf Jahren vereinbart, verteilen wir die Abschluss- und Vertriebskosten auf die →Beitragszahlungsdauer.

Von dem aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehenden Betrag nehmen wir einen →Abzug gemäß § 15 vor.

Weiterhin ziehen wir ausstehende Forderungen (z. B. rückständige Beiträge, Kosten) von dem zur Verfügung stehenden Betrag ab.

6. **Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vergleiche § 16) nur ein geringer Betrag zur Bildung einer beitragsfreien BU-Rente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien BU-Rente zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien BU-Rente können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.**

7. Ist die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berufs unfähig, bleiben Ansprüche aufgrund vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

Befristung der Beitragsfreistellung

8. Sie können jederzeit in →Textform verlangen, zum Beginn der nächsten →Versicherungsperiode von der Pflicht zur Beitragszahlung für einen von Ihnen festgelegten Zeitraum befreit zu werden. Der von Ihnen festgelegte Zeitraum der Beitragsfreistellung darf nicht mehr als sechs Monate betragen. Ist der vereinbarte Zeitraum der Beitragsfreistellung abgelaufen, setzen wir die Beitragszahlung wieder in Kraft, ohne dass Sie dies beantragen müssen.

9. Die Beitragszahlung setzen wir nach Ende der von Ihnen gewählten Frist nicht wieder in Kraft, wenn

- die →versicherte Person berufs unfähig im Sinne von § 2 oder § 5 ist,
- Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart sind und die versicherte Person arbeits unfähig im Sinne von § 2 der Besonderen Bedingungen für die Leistung bei Arbeitsunfähigkeit ist oder
- die verbleibende →Beitragszahlungsdauer weniger als ein Jahr beträgt.

10. Wird die Beitragszahlung nach Ablauf der von Ihnen gewählten Frist wieder in Kraft gesetzt, führen wir den Vertrag mit der BU-Rentenhöhe fort, die vor der Beitragsfreistellung vereinbart war. Wir berechnen Ihren Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu. Falls der Beitrag höher sein sollte

1646050266305

8.76.13/Tarifsoftware Online/A-V/15/26

als der Beitrag vor der Beitragsfreistellung, können Sie den Vertrag auch mit dem Beitrag weiterführen, der vor der Beitragsfreistellung vereinbart war. In diesem Fall setzen wir die Höhe der BU-Rente entsprechend herab.

- Die Wiederinkraftsetzung führen wir mit unveränderten Rechnungsgrundlagen durch.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Beitragsfreistellung (Wiederinkraftsetzung)

- Sie können die Beitragszahlung innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Beitragsfreistellung wiederaufnehmen. Dies gilt nur dann, wenn die →versicherte Person noch nicht berufs unfähig im Sinne von § 2 oder sofern Leistungen bei Arbeits unfähigkeit vereinbart sind, arbeits unfähig im Sinne von § 2 der Besonderen Bedingungen für die Leistung bei Arbeits unfähigkeit ist. Die verbleibende →Beitragszahlungsdauer muss mindestens noch ein Jahr betragen.
- Innerhalb von sechs Monaten nach Beitragsfreistellung können Sie die Beitragszahlung jederzeit wiederaufnehmen. Nach den sechs Monaten können Sie den Vertrag nur nach positiver Risikoprüfung wieder in Kraft setzen.

Bei einer Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten verlängert sich eine vereinbarte →Wartezeit um die Dauer, in der die Versicherung außer Kraft gesetzt war. Bei einer Wiederinkraftsetzung nach sechs Monaten beginnt die vereinbarte →Wartezeit neu zu laufen.

- Wenn Sie die Beitragszahlung wiederaufnehmen, wird der Vertrag mit der BU-Rentenhöhe, wie sie vor der Beitragsfreistellung vereinbart war, fortgeführt. Wir berechnen Ihren Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu. Falls der Beitrag höher sein sollte, als der Beitrag vor Beitragsfreistellung, können Sie den Vertrag auch mit dem Beitrag wie er vor Beitragsfreistellung vereinbart war, weiterführen. In diesem Fall setzen wir die BU-Rente entsprechend herab.
- Die Wiederinkraftsetzung führen wir mit unveränderten Rechnungsgrundlagen durch.

Herabsetzung des Beitrags

- Anstelle der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie die Höhe der Beiträge reduzieren. Es gelten die in Absatz 1 genannten Termine und Fristen. Der herabgesetzte Beitrag muss mindestens zehn Euro betragen.
- Im Falle einer Reduzierung der Beiträge verringert sich die versicherte Berufsunfähigkeits- oder Pflegerente beziehungsweise die →Versicherungsdauer. Die herabgesetzte Rente beziehungsweise →Versicherungsdauer berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Für die Reduzierung erheben wir einen →Abzug gemäß § 15. Er wird anteilig berechnet.
- Eine Herabsetzung des Beitrags können Sie nur verlangen, wenn die nach Absatz 14 berechnete BU-Rente mindestens 600 Euro jährlich beträgt. Andernfalls können Sie nur die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung verlangen.

Wiederanhebung nach Herabsetzung des Beitrags

- Innerhalb von drei Jahren nach Herabsetzung können Sie ihren Beitrag wieder bis zur Höhe des vor der Herabsetzung vereinbarten Beitrags anheben. Dies gilt nur dann, wenn die →versicherte Person noch nicht berufs unfähig im Sinne von § 2 und, sofern Leistungen bei Arbeits unfähigkeit vereinbart sind, arbeits unfähig im Sinne von § 2 der Besonderen Bedingungen für die Leistung bei Arbeits unfähigkeit ist. Die verbleibende →Beitragszahlungsdauer muss mindestens noch ein Jahr betragen
- Innerhalb von sechs Monaten nach Herabsetzung können Sie den Beitrag jederzeit wieder anheben. Nach den sechs Monaten können Sie den Beitrag nur nach positiver Risikoprüfung wieder anheben.
- Wenn Sie die Wiederanhebung beantragen, führen wir den Vertrag mit dem Beitrag fort, der vor der Herabsetzung vereinbart war. Die BU-Rente nach Wiederanhebung wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet. Falls die BU-Rente niedriger sein sollte, als die Rente vor Herabsetzung, können Sie den Vertrag auch mit der BU-Rente wie sie vor der Herabsetzung vereinbart war, weiterführen. In dem Fall berechnen wir Ihren Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu.

- Die Wiederanhebung erfolgt mit unveränderten Rechnungsgrundlagen.

Rückzahlung der Beiträge

- Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 15 Welchen Abzug erheben wir bei Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung?

- Bei Beitragsfreistellung vor dem vereinbarten Ablauf der Versicherung erheben wir einen →Abzug.
- Den →Abzug berechnen wir aus zwei Teilen:
 - 40 Prozent des Betrags, der für die Bildung der herabgesetzten Leistung nach § 14 zur Verfügung steht
 - neun Prozent der versicherten garantierten jährlichen BU-Rente vor Beitragsfreistellung
- Der →Abzug ist maximal so hoch wie der Betrag, der für die Bildung der herabgesetzten Leistung nach § 14 zur Verfügung steht.
- Den Eurobetrag des →Abzugs können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.
- Der →Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den →Abzug aus den folgenden Gründen für angemessen:

Mit dem →Abzug wird eine negative Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen:

- Veränderung der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus →Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, schaffen wir mithilfe des →Abzugs einen Ausgleich. Damit entsteht der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung kein Nachteil.

- Veränderung der Ertragslage

Durch die Verrechnung eines Teils der Überschüsse mit den Beiträgen ergibt sich eine Vorleistung auf zukünftige Überschüsse. Diese wird durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt. Mithilfe des →Abzugs stellen wir bei Beitragsfreistellung hierfür einen Ausgleich her.

Die Darlegungs- und Beweislast für die Bemessungsgrundlage und die Angemessenheit des →Abzugs liegt bei uns. Wenn Sie uns nachweisen, dass der von uns vorgenommene →Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der →Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Kosten für den Versicherungsschutz

§ 16 Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?

- Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören die Kosten für die Antragsprüfung und die Provisions- oder Courtagezahlungen an den Vermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten zum Beispiel die Kosten für die Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Bei den übrigen Kosten handelt es sich um Verwaltungskosten. Hierzu gehören beispielsweise Kosten für die laufende Vertragsverwaltung, für Korrespondenzen oder die Betreuung Ihres Vertrags.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten können Sie dem Informationsblatt zu Ver-

sicherungsprodukten unter „Prämie; Kosten“ entnehmen. Das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten haben Sie mit den vorvertraglichen Informationen erhalten.

Abschluss- und Vertriebskosten

- Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Das bedeutet: Wir ziehen die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heran. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen →Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Bei Kündigung des Versicherungsvertrags steht mindestens der Betrag des →Deckungskapitals zur Verfügung, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Jahre ergibt.

Bei →Beitragszahlungsdauern unter fünf Jahren werden die Abschluss- und Vertriebskosten auf die tatsächliche →Beitragszahlungsdauer verteilt.

Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 Prozent der Beiträge beschränkt, die von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlen sind.

Übrige Kosten (Verwaltungskosten)

- Die übrigen Kosten verteilen wir über die gesamte Vertragslaufzeit.
- Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags nur geringe Beiträge zur Bildung der beitragsfreien BU-Rente vorhanden sind (siehe § 14 Absatz 5 und 6). Nähere Informationen zur beitragsfreien BU-Rente finden Sie in der Tabelle im →Versicherungsschein.

§ 17 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

- Falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die entstehenden Kosten gesondert in Rechnung stellen. Dies erfolgt entweder als pauschaler Abgeltungsbetrag oder in Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten.

Dies gilt bei:

- Rückläufeln im Lastschriftverfahren
- Ausstellen einer Ersatzurkunde beziehungsweise Ausstellen eines neuen →Versicherungsscheines
- Abschriften der Erklärungen, die Sie mit Bezug auf Ihren Vertrag abgegeben haben
- Änderung des →Versicherungsnehmers
- Abtretungen und Verpfändungen
- Auszahlungen aus dem →Fondsguthaben und Teilkündigung
- Beitragsänderung, Beitragspausen (Stundung), Wiederinkraftsetzung
- Übertragung der Investmentfonds auf ein Depot
- Umwandlung zur Erlangung eines Pfändungsschutzes
- Durchführung von sonstigen Vertragsänderungen wie zum Beispiel Schließung von Beitragslücken, Änderung der Laufzeit
- Postvollmacht

- Wir haben uns bei der Bemessung des pauschalen Abgeltungsbetrags an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Wenn Sie uns nachweisen, dass der pauschale Abgeltungsbetrag der Höhe nach wesentlich niedriger anzusetzen ist, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrundeliegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt der Betrag.

Ihre Pflichten, unsere Rechte und Pflichten

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

Das gilt insbesondere auch für Fragen bezüglich der →versicherten Person nach

- gegenwärtigen und früheren Erkrankungen
- gesundheitlichen Störungen und Beschwerden
- Rauchverhalten
- der abgeschlossenen Ausbildung
- der beruflichen Tätigkeit einschließlich deren Ausgestaltung
- bestehenden, beendeten oder beantragten Versicherungsverträgen
- Freizeitverhalten
- der Familiensituation

- Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

- Wird der Vertrag von einem Vertreter des →Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung und deren Folgen sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die des →Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der →Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem →Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung

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

Rücktritt

- Wenn die Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, sofern wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Dies müssen Sie uns nachweisen.

- Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, leisten wir jedoch unter folgender Voraussetzung trotzdem: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

1646050266305

8.76.13/Tarifsoftware Online/A-V/17/26

- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich

war. Dies müssen Sie uns nachweisen.

Wir sind nicht zur Leistung verpflichtet, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

7. Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, erlischt die Versicherung, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird.

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

8. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist. In diesem Fall können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
9. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, sofern wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen hätten, wenn auch zu anderen Bedingungen. Dies müssen Sie uns nachweisen. Wir verzichten auf unser Kündigungsrecht, sofern die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.
10. Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich in einen beitragsfreien Vertrag nach Maßgabe des § 14 Absatz 4 bis 6 um.

Vertragsanpassung

11. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil.

Die Vertragsanpassung erfolgt in Form einer Beitragserhöhung und/oder Ausschlussklausel. Haben Sie oder die →versicherte Person die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt, erfolgt die Anpassung des Vertrags rückwirkend. Haben Sie beziehungsweise die →versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf das Recht zur Vertragsanpassung.

12. Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als zehn Prozent erhöhen
- wir den Versicherungsschutz für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

Voraussetzungen für Ausübung unserer Rechte

13. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Dies muss durch gesonderte Mitteilung in →Textform erfolgen.
14. Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
15. Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung 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 Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
16. Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch noch innerhalb von zehn Jahren nach Vertragsabschluss geltend machen. Haben Sie oder die →versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist nach Satz 1 zehn Jahre.

Anfechtung

17. Wir können den Vertrag auch anfechten. Voraussetzung ist, dass unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der →versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären. Dies gilt auch, wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend. Die Frist für die Anfechtung beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem wir von dem Anfechtungsgrund Kenntnis erlangt haben. Die Anfechtung können wir nur innerhalb von zehn Jahren nach Vertragsabschluss ausüben.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

18. Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags für den geänderten oder wiederhergestellten Teil neu.

Erklärungsempfänger

19. Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.
20. Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrags können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 19 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung verlangen (Obliegenheiten)?

1. Sie können eine Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung jederzeit beantragen. Es gibt keine Frist, bis zu der Sie den Eintritt der Berufsunfähigkeit melden müssen.
2. Wird eine Leistung beansprucht, sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
 - a) Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit.
 - b) Berichte der Ärzte, die die →versicherte Person gegenwärtig behandeln beziehungsweise behandelt oder untersucht haben. Diese müssen folgende ausführliche Informationen enthalten:
 - Ursache des Leidens
 - Beginn des Leidens
 - Art des Leidens
 - Verlauf des Leidens
 - voraussichtliche Dauer des Leidens
 - Auswirkungen des Leidens auf die Berufstätigkeit oder Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit
 - c) Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der →versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über danach eingetretene Veränderungen.
 - d) Unterlagen über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit der →versicherten Person und dessen Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (zum Beispiel Einkommensteuerbescheide).
 - e) Bescheinigung über die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit. Diese ist von der Person oder der Einrichtung zu erstellen, die mit der Pflege betraut ist.
 - f) Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die →versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die →versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte
 - über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der →versicherten Person

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskunft nach § 25 vorgelegt wird.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

- Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen. Insbesondere umfasst dies zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Die →versicherte Person hat die folgenden Personen und Institutionen zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen:

- Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird
- Pflegepersonen
- andere Personenversicherer
- gesetzliche Krankenkassen
- Berufsgenossenschaften
- Behörden

Wenn von uns eine ärztliche Untersuchung verlangt wird, gilt Folgendes:

- Alle nachgewiesenen angemessenen Kosten, die der →versicherten Person im Zusammenhang mit der Untersuchung entstehen, werden von uns erstattet. Dies sind insbesondere angemessene Reise- und Unterbringungskosten sowie Verpflegungsaufwand.
 - Wenn sich die →versicherte Person im Ausland aufhält, erfolgt die Untersuchung nach Möglichkeit im jeweiligen Aufenthaltsland. Voraussetzung dafür ist, dass ein englisch- oder deutschsprachiger für die Erkrankung zuständiger geeigneter Facharzt mit Gutachtenerfahrung gefunden wird. Wird kein geeigneter Arzt im Aufenthaltsland gefunden, können wir eine Begutachtung in Deutschland verlangen.
- Das Befolgen von ärztlichen Anordnungen (insbesondere operative Eingriffe) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung von Leistungen. Somit verzichten wir auf die sogenannte Arztanordnungsklausel. Hiervon ausgenommen ist der Einsatz von einfachen Hilfsmitteln des täglichen Lebens. Darunter fallen zum Beispiel das Tragen einer Brille, einer Hörhilfe oder orthopädischer Einlagen. Weiterhin ausgenommen sind einfache und gefahrlose ärztlich verordnete Heilbehandlungen, die mit keinen besonderen Schmerzen verbunden sind. Voraussetzung für diese Ausnahmen ist, dass dadurch eine wesentliche Verbesserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erwarten ist.
 - Eine schnelle Leistung bei schwerer Krankheit nach § 3 können Sie innerhalb von sechs Monaten nach der ersten Diagnose beantragen.

Ihrem Antrag müssen Sie einen Bericht eines für das Krankheitsbild zuständigen Facharztes beifügen.

Der Bericht muss Folgendes enthalten:

- den Zeitpunkt der ersten Diagnose,
- eine genaue Beschreibung der Erkrankung und
- im Falle einer Krebserkrankung den Behandlungsplan sowie die Tumorklassifikation und
- im Falle eines Herzinfarkts oder eines Sprach-/Seh-/Hörverlusts den Befund der Verlaufskontrolle im Abstand von mindestens 14 Tagen nach der Erstdiagnose.

Haben wir die erforderlichen Unterlagen erhalten, werden wir innerhalb von fünf Arbeitstagen entscheiden, ob wir eine schnelle Leistung erbringen.

- Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

- Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

- Bei Leistungen in Anteileneinheiten hat uns der Empfangsberechtigte ein Depot mitzuteilen, auf das wir die Anteile übertragen können. Für Kosten und Gefahrtragung gilt Absatz 7 entsprechend.

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

- Wir prüfen das Vorliegen einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit sowie gegebenenfalls das Vorliegen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung. Die Prüfung erfolgt anhand der von Ihnen eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen. Nach dieser Prüfung erklären wir in →Textform, ob, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt wir eine Leistung anerkennen.
- Wir informieren Sie über unsere Entscheidung zur Leistungspflicht oder erforderliche weitere Prüfungsschritte beziehungsweise noch fehlende Unterlagen. Unsere Information erfolgt innerhalb von einer Woche, nachdem wir die Unterlagen gemäß § 19 erhalten haben.

Fordern wir bei Dritten (Ärzten, Behörden, Versicherungsträgern und so weiter) Auskünfte oder Unterlagen an, informieren wir Sie unter Hinweis auf Ihre Mitwirkungspflichten. Haben wir die Unterlagen nach vier Wochen noch nicht erhalten, werden wir an die Übermittlung erinnern. Gleichzeitig informieren wir Sie über die noch ausstehenden Unterlagen. Werden diese Fristen überschritten, ersetzen wir einen nachgewiesenen Schaden.

- Im Einzelfall kann ein Anerkenntnis einmalig zeitlich begrenzt werden – auf maximal zwölf Monate. Das Anerkenntnis ist bis zum Ablauf der Frist für uns bindend. Verweisung und Nachprüfung sind für die Zeit der Befristung ausgeschlossen.

Das zeitlich befristete Anerkenntnis werden wir begründen. Folgende Punkte können Gründe für eine Befristung darstellen:

- Wir konnten die Berufsunfähigkeit zum Beispiel aufgrund fehlender Untersuchungen oder Gutachten noch nicht abschließend feststellen.
- Wir gehen davon aus, dass die Berufsunfähigkeit nur vorübergehend bestehen wird, da beispielsweise ein Ausheilen der Unfallfolgen oder eine Umorganisation des Betriebes absehbar sind.

Nach Ablauf der Befristung werden wir prüfen, ob ein weiterer Leistungsanspruch gegeben ist. Sie müssen keinen erneuten Leistungsanspruch geltend machen. Wir übernehmen die Kosten für die Prüfung der Fortdauer des Leistungsanspruchs.

Kostenübernahme für Rechtsberatung nach einer Leistungsablehnung

- Haben Sie eine Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt und haben wir den Leistungsanspruch abgelehnt, können Sie diese Entscheidung auf unsere Kosten rechtlich überprüfen lassen. Die Kostenerstattung kann für die →versicherte Person nur einmal für die gesamte Versicherungsdauer in Anspruch genommen werden, auch wenn mehrere Versicherungsverträge bestehen. Sie ist auf 500 Euro begrenzt. Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten für folgende Stellen:
 - zugelassene Versicherungsberater
 - die Landesverbraucherzentralen
 - zugelassene Rechtsanwälte
- Haben wir den Vertrag wegen arglistiger Täuschung angefochten, besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung. Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Anzeigepflicht nicht arglistig verletzt wurde.
- Die Rechtsberatung müssen Sie innerhalb von drei Monaten, nachdem Sie unseren Bescheid bezüglich der Ablehnung der Leistung erhalten haben, in Anspruch nehmen.

§ 21 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?

- Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben, sind wir berechtigt, das Fortbestehen des Anspruchs nachzuprüfen. Das gilt

auch, wenn unsere Leistungspflicht gerichtlich festgestellt worden ist. Wir können auch prüfen, ob die →versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt. Neu erworbene berufliche Ausbildungen und Fähigkeiten werden berücksichtigt.

- Zur Nachprüfung können wir jederzeit Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der →versicherten Person verlangen. Die Untersuchungen erfolgen durch von uns beauftragte Ärzte. Die Kosten werden von uns übernommen. Die Bestimmungen des § 19 gelten entsprechend.

Leistungsfreiheit

- Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 1 und § 2 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind. Diese Veränderung legen wir in →Textform dar. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie die Beiträge wieder zahlen.

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

Wir leisten nicht, solange Sie oder die →versicherte Person eine Mitwirkungspflicht nach § 19 oder § 21 vorsätzlich nicht erfüllen. Wir sind bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Das erfolgt in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis.

Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

Erfüllen Sie die Mitwirkungspflicht später, leisten wir ab Beginn des Monats, in dem die Mitwirkungspflicht erfüllt wird.

Wir sind nur vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in →Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

- Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Das heißt ohne schuldhaftes Zögern. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung auf Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben. Eine an Sie zu richtende Erklärung ist beispielsweise das Setzen einer Zahlungsfrist.
- Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.
- Wenn Sie sich für längere Zeit im Ausland aufhalten, sollten Sie uns eine im Inland ansässige Person benennen. Dies ist auch in Ihrem Interesse. Die benannte Person müssen Sie bevollmächtigen, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen. Diese Person fungiert dann als Ihr Zustellungsbevollmächtigter.

§ 24 Was gilt, wenn die →versicherte Person ihren Wohnsitz und/oder Arbeitsplatz ins Ausland verlegt?

Der Versicherungsschutz besteht weltweit. Verlegt die →versicherte Person den Wohnsitz nach Vertragsabschluss ins Ausland, hat dies keinen Einfluss auf den Versicherungsschutz. Dies gilt auch für die Verlegung des Arbeitsplatzes.

§ 25 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

- Wir können aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sein. In diesem Fall müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen unverzüglich zur Verfügung stellen. Unverzüglich heißt: ohne schuldhaftes Zögern.

Dies gilt bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf unsere Nachfrage. Wenn dritte Personen Rechte an Ihrem Vertrag haben und deren Status für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist, müssen Sie ebenfalls mitwirken.

- Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die maßgebend sein können zur Beurteilung von:

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie dem Informationsblatt „Steuerpflicht im Ausland“ entnehmen.

- 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. Das gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.
- Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

Leistungsempfänger

§ 26 Wer erhält die Versicherungsleistung?

- Unsere Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir unwiderruflich an die versicherte Person.

Bei Direktversicherungen und Rückdeckungsversicherungen gilt die im Versicherungsantrag getroffene spezielle Verfügung.

Bezugsberechtigung

- Sie können uns weder widerruflich noch unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll.

Bei Direktversicherungen und Rückdeckungsversicherungen gilt die im Versicherungsantrag getroffene spezielle Verfügung.

Abtretung und Verpfändung

- Ansprüche auf die BU-Rente können nicht abgetreten oder verpfändet werden. Soweit eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen auf Leistungen, die keine BU-Rentenleistungen sind, rechtlich möglich ist, gelten die Ausführungen in Absatz 4.

Anzeige

- Die Abtretung und Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn der bisherige Berechtigte uns diese in →Textform angezeigt hat. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Sind Sie als Versicherungsnehmer nicht zugleich die versicherte Person, ist der Berechtigte im Regelfall die →versicherte Person. Es können aber auch andere Personen sein, sofern bereits zuvor Ansprüche abgetreten oder verpfändet wurden.

Sonstiges

§ 27 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

§ 28 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Für Klagen aus dem Vertrag **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
2. Klagen aus dem Vertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
3. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt auch, wenn Sie den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland verlegen. Ebenso gilt dies, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

§ 29 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

1. Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Versicherungsombudsmann

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

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Tel.: 0800 3696000
Fax: 0800 3699000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
www.versicherungsombudsmann.de

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

3. Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet. Fragen hierzu können auch per E-Mail an uns gestellt werden: info@lv1871.de.

Versicherungsaufsicht

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

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

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

Unser Beschwerdemanagement

5. Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Tel.: 089/55167-1150
E-Mail: beschwerde@lv1871.de

Rechtsweg

6. Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

§ 30 Welche der vorstehenden Bestimmungen können geändert werden?

Bedingungsanpassung

1. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt zum Beispiel der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) oder der Kartellbehörden für unwirksam erklärt worden, können wir diese nach § 164 VVG durch eine neue Regelung ersetzen. Voraussetzung ist, dass dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist, oder dass das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels Ihre Belange angemessen berücksichtigt. Ein Ersatz durch eine neue Regelung ist auch mit Wirkung für bestehende Verträge möglich.
2. Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Beitrags- und Leistungsänderung

3. Wir sind nach § 163 VVG berechtigt, den vereinbarten Beitrag neu festzusetzen, wenn
 - sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat
 - der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllung der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und
 - ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der vorhergehenden Punkte überprüft und bestätigt hat

Eine Neufestsetzung des Beitrags ist insoweit ausgeschlossen

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

Die Mitwirkung des Treuhänders entfällt, wenn die Neufestsetzung oder die Herabsetzung der Versicherungsleistung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.

4. Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird. Bei einer beitragsfreien Versicherung sind wir unter den Voraussetzungen von Absatz 3 berechtigt, die Versicherungsleistung herabzusetzen.
5. Die Neufestsetzung des Beitrags und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats nach unserer Mitteilung wirksam. Wir teilen Ihnen damit die Neufestsetzung oder Herabsetzung und die hierfür maßgeblichen Gründe mit.

Besondere Bedingungen für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Diese Besonderen Bedingungen ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Berufsunfähigkeitsversicherung (AVB). Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes geregelt ist, gelten die AVB.

Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbringen wir nur, wenn diese vereinbart wurden. Dies ist in Ihrem →Versicherungsschein dokumentiert. Wird die Arbeitsunfähigkeit in Ihrem →Versicherungsschein nicht erwähnt, haben Sie keine Leistung bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Arbeitsunfähigkeit?

Leistungsumfang

1. Wird die →versicherte Person während der →Versicherungsdauer arbeitsunfähig im Sinne von § 2, erbringen wir die Leistungen gemäß Absatz 2 und 3.

Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bei sechswöchiger Arbeitsunfähigkeit

2. Sofern Sie uns Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 einreichen, aus denen hervorgeht, dass die →versicherte Person seit sechs Wochen arbeitsunfähig ist, befreien wir Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen.

Endet die Arbeitsunfähigkeit und tritt innerhalb von sechs Monaten erneut Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, gilt Folgendes:

Bei der Ermittlung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit werden bereits zurückgelegte Zeiten der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt.

Rentenzahlung und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bei sechsmonatiger Arbeitsunfähigkeit

3. Sofern Sie uns Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gemäß § 5 Absatz 1 bis 3 einreichen aus denen hervorgeht, dass
 - a) die →versicherte Person seit sechs Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig ist oder
 - b) die →versicherte Person seit sechs Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig ist und eine fachärztliche Bescheinigung gemäß § 5 Absatz 3 eingereicht wird, nach der die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Monate betragen wird,

befreien wir Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen und erbringen die vereinbarte Rente.

Wie lange wir die Leistung erbringen, ist in den Absätzen 7 bis 11 geregelt.

4. Haben Sie eine →Karenzzeit vereinbart, gilt für den Anspruch auf die Rente Folgendes:

Die →versicherte Person muss während der →Karenzzeit ununterbrochen berufsunfähig oder arbeitsunfähig gewesen sein und dies bei deren Ablauf weiterhin sein. Nur für die Zeit nach dem Ablauftermin erbringen wir die vereinbarte Rente.

Wann Arbeitsunfähigkeit vorliegt, ist in § 2 festgelegt. Wann Berufsunfähigkeit vorliegt, ist in § 2 der AVB festgelegt.

Endet die Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise Berufsunfähigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten erneut Arbeitsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, werden bereits zurückgelegte →Karenzzeiten berücksichtigt.

5. Der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe gemäß § 1 Absatz 15 der AVB besteht nicht, wenn wir allein wegen Arbeitsunfähigkeit Leistungen erbracht haben.
6. Soweit in Ihrem →Versicherungsschein geregelt ist, dass bestimmte Ursachen und Umstände bei der Ermittlung der Berufsunfähigkeit nicht berücksichtigt werden (Ausschlussklausel), so gilt dies auch bei Arbeitsunfähigkeit.

→Leistungsdauer

7. Die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbringen wir, solange die folgenden Punkte erfüllt sind:
 - Die →versicherte Person ist ununterbrochen arbeitsunfähig gemäß § 2.
 - Die →Leistungsdauer der BU-Versicherung ist nicht abgelaufen.
 - Die maximale →Leistungsdauer bei Arbeitsunfähigkeit gemäß Absatz 10 ist nicht abgelaufen.
 - Die →versicherte Person lebt.

Die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit enden mit Ablauf des Monats, in dem einer der vorgenannten Punkte weggefallen ist.

Die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit entfallen auch dann, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbracht werden. Werden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit rückwirkend erbracht, entfallen die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit ebenfalls rückwirkend.

8. Nicht als Unterbrechung gelten:

- Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung.
- Arbeitsversuche im Rahmen einer Umschulung. Die Umschulung muss durch den zuständigen Sozialversicherungsträger als Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt worden sein.

9. Die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 2 oder 3 ist bei Vorliegen der Voraussetzungen zeitlich nicht begrenzt.
10. Die vereinbarte Rente bei Arbeitsunfähigkeit gemäß Absatz 3 erbringen wir für maximal 24 Monate. Vor Ablauf der 24 Monate weisen wir Sie rechtzeitig darauf hin, wann die Leistung bei Arbeitsunfähigkeit endet. Stellen Sie spätestens drei Monate vor Ablauf der Leistungsdauer einen Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, verlängert sich die Leistungsdauer bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht, maximal jedoch auf insgesamt 36 Monate.

Wenn die →versicherte Person mehrfach arbeitsunfähig ist, gilt die maximale Leistungsdauer für alle Arbeitsunfähigkeiten zusammen.

11. Haben Sie eine →Karenzzeit vereinbart, verkürzt sich die maximale →Leistungsdauer für die Rente um diejenigen Monate der →Karenzzeit, in denen Arbeitsunfähigkeit, jedoch keine Berufsunfähigkeit vorlag.

§ 2 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn für die →versicherte Person Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gemäß § 5 Absatz 1 bis 3 ausgestellt wurden.
2. Arbeitsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn von anderer Seite ein Nachprüfungsverfahren die Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt hat. Dies kann in Form einer amts- beziehungsweise schulärztlichen Bescheinigung oder eines Gutachtens der Krankenversicherung erfolgen.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Arbeitsunfähigkeit gekommen ist.
2. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Arbeitsunfähigkeit verursacht ist:
 - a) durch folgende von der →versicherten Person vorgenommene Handlungen
 - vorsätzliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall
 - vorsätzliche Selbstverletzung

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die →versicherte Person diese Handlungen in einem

die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

- b) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als →Versicherungsnehmer vorsätzlich die Arbeitsunfähigkeit der →versicherten Person herbeigeführt haben.
- c) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen schädigen. Dabei muss zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig geworden sein.
- d) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn die →versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen arbeitsunfähig wird, denen sie außerhalb Deutschlands ausgesetzt war. Dies gilt nur, wenn die →versicherte Person an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war.
- e) unmittelbar oder mittelbar durch
 - den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen
 - den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen

Durch diesen Einsatz oder die Freisetzung muss die Gesundheit einer Vielzahl von Personen geschädigt werden. Dabei muss der Einsatz oder das Freisetzen zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führen, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies muss von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt werden.

§ 4 Wann entsteht der Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit?

1. Sie können Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit frühestens beantragen, wenn die →versicherte Person seit sechs Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig ist.
2. Stellen Sie einen Antrag, befreien wir Sie ab Beginn des darauffolgenden Monats von der Pflicht, Beiträge zu zahlen. Voraussetzung ist, dass Sie mit dem Antrag Bescheinigungen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Wochen einreichen. Endet die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf von sechs Monaten, müssen Sie zum folgenden Monatsende die Beiträge wieder zahlen.
3. Reichen Sie Bescheinigungen gemäß § 5 für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Monaten ein, gilt Folgendes:
 - Wir zahlen die vereinbarte Rente.
 - Wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen.

Der sechsmonatige Zeitraum muss dabei nicht komplett in der Vergangenheit liegen. Eine fachärztliche Prognose (vergleiche § 1 Absatz 3b)) ist ausreichend.

Der Anspruch auf Leistung besteht rückwirkend ab dem Monatsersten nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

4. Stellen Sie den Antrag spätestens drei Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit, gilt Folgendes:
 - Wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen gemäß Absatz 2 rückwirkend zum Ablauf des Monats, in dem die sechste Woche der Arbeitsunfähigkeit endet.
 - Wir sichern eine rückwirkende Auszahlung der Leistungen gemäß Absatz 3 innerhalb von einer Woche zu, nachdem alle erforderlichen Bescheinigungen für den gesamten Zeitraum von sechs Monaten bei uns eingegangen sind.
5. Die Regelungen zu zeitlich befristeten Anerkennnissen gemäß § 20 Absatz 3 der AVB gelten nicht für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.

§ 5 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit verlangen (Obliegenheiten)?

1. Wird eine Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit beansprucht, sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
 - a) Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen entsprechend der in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen. Diese benötigen wir, wenn für die →versicherte Person eines der folgenden Kriterien gilt:
 - Es besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Entgeltfortzahlung.
 - Es besteht ein Anspruch auf Krankengeld.
 - Es besteht eine Anzeigepflicht der Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Agentur für Arbeit.
 - b) Entsprechende privatärztliche Atteste, falls für die →versicherte Person keines der Kriterien aus Absatz 1 a) gilt. Hierunter fallen zum Beispiel Selbstständige ohne gesetzlichen Krankengeldanspruch oder nicht erwerbstätige Personen. Zu den entsprechenden privatärztlichen Attesten zählen zum Beispiel:
 - Bescheinigungen zur Beantragung von Krankentagegeld
 - Dienstunfähigkeitsbescheinigungen
 - Bescheinigungen zur Beurlaubung vom Unterricht aus gesundheitlichen Gründen
 - c) Soweit vorliegend, amts- beziehungsweise schulärztliche Bescheinigungen sowie Gutachten der Krankenversicherung.

Kosten, die hierdurch entstehen, muss der Ansprucherhebende tragen.

2. Die Bescheinigungen müssen von einem zugelassenen und praktizierenden Arzt ausgestellt worden sein. Praktiziert der Arzt nicht in dem Land, in dem die →versicherte Person ihren Wohnsitz oder ihren Arbeitsplatz hat, behalten wir uns vor, eine Bescheinigung durch einen unabhängigen, dort praktizierenden Arzt zu verlangen.
3. Mindestens eine der Bescheinigungen muss von einem für die Erkrankung zuständigen Facharzt ausgestellt worden sein. Sie muss Angaben zu Beginn und voraussichtlicher Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie zu der beziehungsweise den zugrundeliegenden Diagnosen enthalten. Diese müssen den Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen entsprechen, die aktuell in Deutschland gültig sind (Diagnoseschlüssel der jeweils geltenden internationalen Klassifikation – ICD).
4. Wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit beantragen, müssen Sie nicht gleichzeitig Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragen.

§ 6 Was gilt für die Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit?

1. Solange wir Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt zu prüfen, ob die Leistungsvoraussetzungen noch vorliegen. Dazu können wir verlangen, dass uns Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 eingereicht werden.
2. Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt. Dies gilt, wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit beziehen oder einen Antrag hierauf gestellt haben.

Besondere Bedingungen bei Einschluss des Pflegepakets

Diese Besonderen Bedingungen ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Berufsunfähigkeitsversicherung (AVB). Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes geregelt ist, gelten die AVB.

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen erbringen wir nur, wenn diese vereinbart wurden. Dies ist in Ihrem →Versicherungsschein dokumentiert. Wird das Pflegepaket in Ihrem →Versicherungsschein nicht erwähnt, haben Sie keine Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Pflegepakets vereinbart.

§ 1 Was ist im Rahmen des Pflegepakets versichert?

Das Pflegepaket besteht aus drei Komponenten:

- Pflegebasisschutz (§ 2)
- Pflege-Plus-Option (§ 3)
- Pflegebeitragsbefreiung (§ 4)

§ 2 Was gilt für den Pflegebasisschutz?

1. Wird die →versicherte Person während der →Versicherungsdauer der BU-Versicherung pflegebedürftig im Sinne von § 2 Absatz 9 der AVB, zahlen wir die vereinbarte Pflegerente. Diese Leistung wird zusätzlich zu einer nach § 1 der AVB fälligen BU-Rente erbracht.
2. Haben Sie eine →Karenzzeit für die BU-Versicherung vereinbart, entfällt diese, soweit Leistungen des Pflegebasisschutzes betroffen sind.
3. Haben Sie eine garantierte Rentenerhöhung im Leistungsfall für die BU-Versicherung vereinbart, gilt diese auch für die Rentenleistung aus dem Pflegebasisschutz.
4. Der Anspruch auf die Pflegerente erlischt, wenn
 - Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 Absatz 9 der AVB vor Ablauf der →Versicherungsdauer der BU-Versicherung nicht mehr vorliegt
 - die →versicherte Person stirbt

§ 3 Was gilt für die Pflege-Plus-Option?

Voraussetzungen

1. Sie haben das Recht, für die →versicherte Person der BU-Versicherung einmalig eine Anschluss-Pflegeentenversicherung zu vereinbaren (Pflege-Plus-Option). Eine erneute Gesundheitsprüfung ist nicht erforderlich.

Ausüben können Sie das Recht auf die Pflege-Plus-Option:

- frühestens zehn Jahre nach Versicherungsbeginn
- spätestens zum Ende der →Versicherungsdauer der BU-Versicherung
- wenn Sie keine Leistungen im Rahmen des Pflegebasisschutzes beziehen

Ausübung der Pflege-Plus-Option

2. Üben Sie die Pflege-Plus-Option aus, erhalten Sie eine selbstständige Anschluss-Pflegeentenversicherung bei der Lebensversicherung von 1871 a. G. München. Diese Versicherung beginnt an einem Monatsersten, spätestens drei Monate nach Ihrer Mitteilung zur Ausübung der Pflege-Plus-Option. Diese Mitteilung bedarf der →Textform. Mit Versicherungsbeginn erlischt der Pflegebasisschutz nach § 2.

Ab diesem Zeitpunkt verringert sich Ihr Beitrag zur BU-Versicherung. Der Beitrag zur Anschluss-Pflegeentenversicherung kommt neu hinzu.

3. Üben Sie die Pflege-Plus-Option aus, berechnen wir den Beitrag zur Anschluss-Pflegeentenversicherung mit den dann gültigen Rechnungsgrundlagen. Ein vereinbarter Zuschlag für das Pflegepaket gilt auch für die Anschluss-Pflegeentenversicherung.

Leistungen der Anschluss-Pflegeentenversicherung

4. Wird die →versicherte Person während der Dauer der Anschluss-Pflegeentenversicherung pflegebedürftig im Sinne von § 2 Absatz 9 der AVB, zahlen wir die vereinbarte Pflegerente und befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen. Der Versicherungsschutz aus der Anschluss-Pflegeentenversicherung besteht lebenslang.

Höhe der Anschluss-Pflegeentenversicherung

5. Sie können die Pflegerente höchstens in der Höhe vereinbaren, die für den Pflegebasisschutz nach § 2 vereinbart war. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der Ausübung der Pflege-Plus-Option. Die Höhe der Pflegerente ist auf maximal 2.000 Euro monatlich begrenzt.

Fortsetzung als Anschluss-Pflegeentenversicherung bei Ablauf der Versicherungsdauer

6. Sie erhalten spätestens drei Monate vor Ablauf der →Versicherungsdauer der BU-Versicherung ein Angebot zu einer selbstständigen Anschluss-Pflegeentenversicherung. Der Beitrag für diese Versicherung entspricht dem zuletzt gezahlten Beitrag, jedoch maximal dem Beitrag, der für eine Pflegerente von 2.000 Euro monatlich erforderlich ist. Voraussetzung ist, dass Sie zu diesem Zeitpunkt Beiträge zur BU-Versicherung zahlen. Der Versicherungsbeginn ist der Monatserste, der auf den Ablauf der BU-Versicherung folgt.

Ist die Höhe der Pflegerente unseres Angebots niedriger als die Höchstgrenze nach Absatz 5, können Sie Ihren Versicherungsschutz bis zu dieser Höchstgrenze vereinbaren. Hierfür ist dann ein höherer Beitrag zu entrichten.

7. Sie können unser Angebot zu der Anschluss-Pflegeentenversicherung innerhalb von 60 Tagen nach Zustellung annehmen. Danach halten wir uns an das Angebot nicht mehr gebunden.

Nichtausübung der Pflege-Plus-Option

8. Üben Sie die Pflege-Plus-Option nicht aus, besteht hieraus kein Anspruch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

§ 4 Was gilt für die Pflegebeitragsbefreiung?

1. Sind Sie wegen Berufsunfähigkeit von der Beitragszahlungspflicht gemäß § 1 der AVB befreit, gilt dies ebenfalls für die Beiträge des Pflegepakets.
2. Haben Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart und sind Sie wegen Arbeitsunfähigkeit von der Beitragszahlungspflicht gemäß § 1 der Besonderen Bedingungen für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit befreit, gilt dies ebenfalls für die Beiträge des Pflegepakets.

§ 5 Wie ist das Verhältnis zur Berufsunfähigkeitsversicherung und was gilt bei Kündigung und Beitragsfreistellung?

1. Das Pflegepaket bildet mit der BU-Versicherung eine Einheit. Es kann ohne die BU-Versicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der BU-Versicherung endet, erlischt auch das Pflegepaket.

Kündigung oder Beitragsfreistellung der BU-Versicherung

2. Kündigen Sie die BU-Versicherung, erlischt auch der Versicherungsschutz aus dem Pflegepaket.
3. Mit Beitragsfreistellung der BU-Versicherung wird auch das Pflegepaket beitragsfrei gestellt. Das Verhältnis zwischen der BU-Rente und der Pflegerente wird nicht verändert. Die beitragsfreie Pflegerente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Der Betrag, der aus dem Pflegepaket für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung steht, mindert sich um einen als angemessen angesehenen →Abzug. Der →Abzug beträgt 35 Prozent des Betrags, der für die Bildung der herabgesetzten Leistung zur Verfügung steht (vergleiche auch §§ 14 und 15 AVB). Die konkrete Höhe des →Abzugs können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.

Die Pflege-Plus-Option erlischt.

Alleinige Kündigung oder Beitragsfreistellung des Pflegepakets

4. Sie können das Pflegepaket jederzeit zum Schluss der laufenden →Versicherungsperiode in →Textform kündigen. Mit Kündigung erlischt der Anspruch auf Leistungen dieser Besonderen Bedingungen. Es wird kein Rückkaufswert fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.
5. Das Pflegepaket kann nicht alleine beitragsfrei gestellt werden.
6. Im Falle der Beendigung oder der Beitragsfreistellung des Pflegepakets nach den Absätzen 1 bis 4 bleiben Ansprüche aufgrund bereits zuvor eingetretener Pflegebedürftigkeit unberührt.

§ 6 Was gilt bei Nachversicherung der Berufsunfähigkeitsversicherung?

Erhöht sich die Gesamt-BU-Rente im Rahmen der Nachversicherung, erhöht sich der Pflegebasischutz im gleichen Verhältnis.

Besondere Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV

Diese Besonderen Bedingungen ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Berufsunfähigkeitsversicherung (AVB). Sie gelten für den Fall, dass Sie von der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder der BU-Option zur Golden IV Gebrauch gemacht haben und eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Risikoprüfung abgeschlossen haben. Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts Anderes geregelt ist, gelten die AVB.

§ 1 Erhöhung der jährlichen BU-Rente

Für die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Risikoprüfung aus der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz gelten folgende Erhöhungsmöglichkeiten:

- Bei Abschluss der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung innerhalb eines halben Jahres nach Vollendung des zehnten Lebensjahres darf die versicherte jährliche BU-Rente ohne erneute Risikoprüfung um maximal 6.000 Euro erhöht werden, wenn
 - die →versicherte Person erstmalig eine Berufsausbildung oder ein Hochschulstudium aufnimmt und
 - nicht vorher eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig – ausgeübt hat.

Die Erhöhung ist nur zu dem Ereignis möglich, das zuerst eintritt.

- Bei Eintritt in das Berufsleben, sofern die →versicherte Person eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig – aufnimmt, kann die versicherte jährliche BU-Rente der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Risikoprüfung um maximal 6.000 Euro erhöht werden. Diese Erhöhungsmöglichkeit besteht unabhängig vom Alter der →versicherten Person bei Abschluss der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung.

Wurde bereits eine Erhöhung bei Aufnahme einer Berufsausbildung oder eines Hochschulstudiums vorgenommen, dürfen die beiden Erhöhungen zusammen 6.000 Euro nicht überschreiten. Diese Beschränkung entfällt, wenn nach Abschluss eines Hochschulstudiums ein akademischer Beruf aufgenommen wird, der dieses Studium typischerweise voraussetzt.

Die Erhöhung der versicherten BU-Rente muss jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses beantragt werden. Wenn Sie eine Erhöhung beantragen, müssen Sie uns den Nachweis zum betreffenden Ereignis erbringen.

Verpasste Erhöhungsmöglichkeiten können nicht nachgeholt werden.

Diese Erhöhungsmöglichkeiten gelten nicht, wenn der Vertrag durch Ausübung der BU-Option zur Golden IV zustande gekommen ist.

§ 2 Nachversicherung**1. Ereignisabhängige Nachversicherung**

Abweichend zu § 8 Absatz 1 a) der AVB gilt bei Nachversicherung folgendes:

Sie haben das Recht, die versicherte jährliche BU-Rente der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung bei nachfolgend genannten Ereignissen ohne erneute Risikoprüfung um jeweils maximal 3.000 Euro zu erhöhen:

- Heirat oder Scheidung,
- Geburt oder Adoption eines Kindes,
- Genehmigung zum Bau eines selbst genutzten Hauses oder Erwerb von selbst genutztem Wohneigentum jeweils mit einem Darlehen von mindestens 100.000 Euro,
- erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) mit dem Jahresgehalt am Ende eines Kalenderjahres; maßgeblich ist die BBG der allgemeinen Rentenversicherung des Bundeslandes, in dem die →versicherte Person ihren Arbeitsplatz hat.

Die Erhöhungen aus diesen Ereignissen dürfen über die gesamte Vertragslaufzeit insgesamt 6.000 Euro jährlich nicht überschreiten.

Die Erhöhung der versicherten BU-Rente muss jeweils innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses beantragt werden.

Die Möglichkeit einer ereignisunabhängigen Nachversicherung gemäß § 8 Absatz 1 a) der AVB entfällt.

2. Höhe der nachzuversichernden jährlichen BU-Rente

Abweichend zu § 8 Absatz 1 c) der AVB gilt für die Nachversicherung folgendes:

Die jährliche Gesamt-Berufsunfähigkeitsrente (Gesamt-BU-Rente) darf zusammen mit allen anderen für dieselbe →versicherte Person bei der LV 1871 oder anderen Lebensversicherungen bestehenden oder beantragten Berufsunfähigkeitsrenten 60 Prozent des jährlichen Bruttoarbeitseinkommens nicht übersteigen. Für Berufe, für die nach unseren Annahmerichtlinien Höchstgrenzen für die versicherbare Jahresrente gelten, darf die Gesamt-BU-Rente durch Nachversicherung nur bis zu dieser Höchstgrenze aufgestockt werden.

Beantragen Sie eine Nachversicherung, muss die nachzuversichernde jährliche BU-Rente mindestens 600 Euro betragen. Die Erhöhung der Rente darf jeweils maximal 3.000 Euro jährlich betragen.

§ 3 Weitere Bestimmungen zu den Erhöhungsmöglichkeiten

Für die Erhöhungs- oder Nachversicherungsmöglichkeiten nach den §§ 1 und 2 dieser Besonderen Bedingungen gelten insbesondere die Rechnungsgrundlagen und Versicherungsbedingungen zum Zeitpunkt des Abschlusses der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung.

Soweit zusätzliche Vereinbarungen getroffen wurden, gelten diese auch für die Erhöhungs- oder Nachversicherungsmöglichkeiten.

§ 4 Weitere Bestimmungen zum Versicherungsumfang**1. Beteiligung an Investmentfonds**

Abweichend zu § 6 der AVB ist eine Beteiligung an Investmentfonds für die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Risikoprüfung aus der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder der BU-Option zur Golden IV nicht möglich. Ein entsprechender Tarif kann somit nicht vereinbart werden.

2. Lebenslange BU-Rente

Abweichend zu § 1 Absatz 2 der AVB kann die lebenslange Leistung nicht vereinbart werden.

3. Zukunftsgarantie

Abweichend zu § 8 Absatz 2 b) der AVB gilt Folgendes:

Sie haben das Recht, innerhalb von zwölf Monaten nach

- einem Wechsel der Schulform,
- einer Versetzung in die gymnasiale Oberstufe,
- dem erstmaligen Beginn eines Studiums oder einer Berufsausbildung,
- Abschluss eines Studiums beziehungsweise einer Ausbildung und Aufnahme einer entsprechenden Tätigkeit

Ihre Berufseinstufung überprüfen zu lassen. Eine Beitragserhöhung ist dabei ausgeschlossen. Wir nehmen keine erneute Risikoprüfung vor.

Abweichend zu § 8 Absatz 2 c) der AVB gilt Folgendes:

Nimmt die →versicherte Person bei Eintritt in das Berufsleben eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig – auf, können Sie eine →Beitragsdynamik von maximal drei Prozent einschließen. Es können alle Dynamikmodelle gewählt werden, die nach unseren Annahmerichtlinien für den dann ausgeübten Beruf zulässig sind. Den Einschluss der Dynamik müssen Sie innerhalb von sechs Monaten nach dem Eintritt in das Berufsleben beantragen.

Die Möglichkeit der Nachversicherung gemäß § 8 Absatz 2 d) der AVB entfällt, an deren Stelle treten die Erhöhungsmöglichkeiten gemäß § 1 dieser Besonderen Bedingungen.

Die Möglichkeit der Überprüfung bestehender Ausschlussklauseln gemäß § 8 Absatz 2 e) der AVB entfällt.

4. Karrieregarantie

Erhöhungen der BU-Rente gemäß der Karrieregarantie für Berufstätige (vergleiche § 8 Absatz 3 AVB) sind nicht möglich.

5. Erneute Risikoprüfung

Die Einschränkungen dieser Besonderen Bedingungen entfallen nachträglich, wenn für die →versicherte Person eine erneute Risikoprüfung durchgeführt wird.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz für die Berufsunfähigkeitsversicherung bei Unfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner;
für unser Versicherungsverhältnis gelten die nachfolgenden
Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Was ist vorläufig versichert?	1
§ 2	Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?	1
§ 3	Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?	1
§ 4	In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?	2
§ 5	Welche Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) sind zu beachten, wenn Leistungen wegen unfallbedingter Berufsunfähigkeit verlangt werden?	2
§ 6	Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?	2
§ 7	Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?	2

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

1. Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Fall der Berufsunfähigkeit beantragten Leistungen für Versicherungsfälle, die aus einem Unfall resultieren, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - a) ein Gelenk verrenkt wird oder
 - b) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
2. Tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine unfallbedingte Beeinträchtigung der Berufsunfähigkeit der versicherten Person in Höhe des für die beantragte Versicherung bestimmten Prozentsatzes ein und wird uns diese Berufsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten nach ihrem Eintritt angezeigt, zahlen wir die beantragte Berufsunfähigkeitsrente.
3. Bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit erbringen wir solange Leistungen, als die unfallbedingte Berufsunfähigkeit andauert, längstens jedoch bis zum Ablauf der vorgesehenen Leistungsdauer.
4. Unsere Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz sind auf eine jährliche Rente von 13.200,- Euro begrenzt, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

- Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz, dass
- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als drei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
 - b) uns für den Fall des Zustandekommens des Versicherungsvertrages eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist;
 - c) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
 - d) Ihr Antrag nicht von den von uns angebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht;
 - e) die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 15. Lebensjahr schon vollendet und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

1. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht, spätestens jedoch mit dem 3. Tag nach der Unterzeichnung des Antrages.
2. Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn
 - a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
 - b) der Antrag von uns abgelehnt und gemäß § 3 Absatz 3 gekündigt wird;
 - c) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
 - d) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben;

- e) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;
 - f) der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenen Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
3. Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der unfallbedingten Berufsunfähigkeit gekommen ist.
2. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, fallen jedoch nicht unter den Versicherungsschutz:
 - a) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit, Medikamenten- und Drogenmissbrauch beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren.
 - b) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht. Verkehrsdelikte und fahrlässige Verstöße sind nicht ausgeschlossen.
 - c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind; Unfälle durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
 - d) Unfälle der versicherten Person bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorsegeln, Ultraleichtflugzeugen und Raumfahrzeugen sowie beim Fallschirmspringen.
 - e) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
 - f) Unfälle, die mittelbar oder unmittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
 - g) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.
 - h) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, welche die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Wir werden jedoch leisten, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diese Versicherung fallenden Unfall veranlasst waren.
 - i) Infektionen. Wir werden jedoch leisten, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diese Versicherung fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzung gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt § 4 Abs. 2 h) Satz 2 entsprechend.

j) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.

k) Unfälle infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

3. Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor seiner bzw. ihrer Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

4. Bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit der versicherten Person in unmittelbarem und mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen entfällt unsere Leistungspflicht, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

5. Bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen entfällt unsere Leistungspflicht, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

§ 5 Welche Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) sind zu beachten, wenn Leistungen wegen unfallbedingter Berufsunfähigkeit verlangt werden?

Die versicherte Person hat Ärzte, Pflegepersonen und Angestellte von Krankenhäusern, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, bei denen sie in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherungsanfrage gestellt hat, zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen, oder die von uns geforderten Auskünfte selbst zu besorgen und uns zur Verfügung zu stellen.

Bis zur Vorlage der von uns geforderten Auskünfte und Nachweise können wir Versicherungsleistungen zurückbehalten. Dies gilt auch, wenn wir aufgrund Widerrufs oder Einschränkung der uns erteilten Schweigepflichtbindung und/oder Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung gehindert sind, Art und Umfang unserer Leistungspflicht zu prüfen.

§ 6 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen gesonderten Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für einen Beitragszahlungsabschnitt des beantragten Versicherungsvertrages. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen jedoch nicht mehr als den Beitrag, der für die Höchstsumme gemäß § 1 Abs. 4 zu zahlen ist. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

§ 7 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 für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung oder eine Rentensteigerung im Leistungsfall erfolgt jedoch nicht.

2. Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen (Dynamik) ohne erneute Risikoprüfung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als →Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Versicherungsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Wichtige Fachbegriffe, die im Text mit einem Pfeil „→“ markiert sind, werden im beigefügten Glossar erläutert.

§ 1	Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge und der Versicherungsleistungen (Dynamik)?	1
§ 2	Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?	1
§ 3	Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?	1
§ 4	Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	2
§ 5	Wann können Sie Erhöhungen aussetzen und wann enden die Erhöhungen?	2

§ 1 Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge und der Versicherungsleistungen (Dynamik)?

1. Je nach Vereinbarung erhöhen sich bei Ihrer Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen die Beiträge oder die Versicherungsleistungen.

Die Beiträge erhöhen sich entweder

- jeweils im selben Verhältnis wie der an Ihrem Wohnort geltende Höchstbeitrag in der allgemeinen Rentenversicherung, mindestens jedoch um fünf Prozent des Anfangsbeitrags oder
- jeweils im selben Verhältnis wie die Beitragsbemessungsgrenze West in der allgemeinen Rentenversicherung (BBG). Dabei wird nur der Teil des Beitrags erhöht, der acht Prozent der BBG entspricht. Sollte Ihr Beitrag höher sein als acht Prozent der BBG, wird der überschüssige Teil Ihres Beitrags nicht erhöht. Oder
- jeweils um vier Prozent des Betrages, um den sich die Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung West (BBG) verändert oder
- jeweils um acht Prozent des Betrages, um den sich die Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung West (BBG) verändert oder
- laufend um den vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags oder
- laufend um den vereinbarten Prozentsatz des Anfangsbeitrags.

Die Versicherungsleistungen (Versicherungssumme oder Rente) erhöhen sich entweder

- laufend um den vereinbarten Prozentsatz der Vorjahresleistung oder
- laufend um den vereinbarten Prozentsatz der Anfangsleistung.

2. Die planmäßigen Beitrags- oder Leistungserhöhungen bewirken eine Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung.

3. Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der →Beitragszahlungsdauer.

Zusätzlich gilt für Risikolebensversicherungen die Beschränkung auf das Versicherungsjahr, in welchem die →versicherte Person das →rechnungsmäßige Alter von 70 Jahren erreicht.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

1. Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.

Haben Sie eine Erhöhung gemäß § 1 Absatz 1b) bis d) vereinbart, gilt folgendes:

- Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zur ersten Beitragsfälligkeit des Kalenderjahres.
- Die Beiträge und die Leistungen erhöhen sich, wenn die Beitragsbemessungsgrenze West in der allgemeinen Rentenversicherung in den letzten zwölf Monaten angehoben wurde.

2. Wir senden Ihnen rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung zu.

3. 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 →Beitragszahlungsdauer,
- einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag und
- den jeweils gültigen Rechnungsgrundlagen für Erhöhungen.

Haben Sie in Ihrer Versicherung ein Berufsunfähigkeitsrisiko eingeschlossen, erfolgt die Erhöhung auf Basis der Ihrer Versicherung aktuell zugrundeliegenden Berufseinstufung.

2. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

3. Haben Sie Zusatzversicherungen eingeschlossen, erhöhen sich Ihre Versicherungsleistungen, im Rahmen bestehender Grenzen, im gleichen Verhältnis wie die der Hauptversicherung.

Die Erhöhung hat keinen Einfluss auf Zusatzversicherungen mit konstantem Leistungsumfang.

4. Haben Sie zu einer fondsgebundenen Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) mit einer BUZ-Rente im Leistungsfall eingeschlossen, gilt in den letzten drei Versicherungsjahren der BUZ abweichend zu Absatz 3 folgendes:

Der Teil des Beitrages, den Sie für die BUZ-Rente zahlen, wird in den letzten drei Versicherungsjahren durch eine planmäßige Erhöhung der Beiträge **nicht** mehr erhöht.

Ihr Gesamtbeitrag erhöht sich jedoch jeweils um den vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags. Damit erhöht sich der Beitragsteil Ihres Gesamtbeitrags, der für die Hauptversicherung zu zahlen ist, sowie der Beitragsteil, der für die Beitragsbefreiung der Hauptversicherung im BU-Leistungsfall zu zahlen ist, überproportional.

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

1. Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen inklusive der Bezugsrechtsverfügung, gelten auch für die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung finden auch die Regelungen zu den Abschluss- und Vertriebskosten, die Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Versicherung finden.
2. Die Erhöhungen der Versicherungsleistungen verlängern nicht die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelten Fristen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und bei Selbsttötung.

§ 5 Wann können Sie Erhöhungen aussetzen und wann enden die Erhöhungen?

1. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen. Gleiches gilt, wenn Sie den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
2. Nicht durchgeführte Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
3. Sie können der Erhöhung widersprechen, ohne dabei Ihr Recht auf weitere Erhöhungen zu verlieren. Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, werden wir Sie nicht mehr über Ihre Möglichkeit zu erhöhen benachrichtigen. Die Erhöhungen werden in diesem Fall so lange ausgesetzt, bis Sie uns mitteilen, dass Sie Ihr Recht auf Erhöhungen wieder in Anspruch nehmen wollen.

Haben Sie mit uns eine Erhöhung gemäß § 1 Absatz 1 b) bis d) vereinbart und widersprechen Sie dieser, werden wir Sie bereits nach erstmaligem Widerspruch nicht mehr über Ihre Möglichkeit zu erhöhen benachrichtigen. Die Erhöhungen werden in diesem Fall so lange ausgesetzt, bis Sie uns mitteilen, dass Sie Ihr Recht auf Erhöhungen wieder in Anspruch nehmen wollen.

4. Haben Sie in Ihrer Versicherung ein Berufsunfähigkeitsrisiko, ein Pflegebedürftigkeitsrisiko oder einen Versorgerschutz eingeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Tod des Versorgers Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt.

Haben Sie die Fortführung der planmäßigen Erhöhungen im Falle der Berufsunfähigkeit (→Dynamik im BU-Leistungsfall) ausdrücklich vereinbart, werden die Hauptversicherung und die Zusatzversicherungen gemäß der gewählten →Dynamik erhöht. Von der Erhöhung ausgenommen ist jedoch die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

Sie können bei Vertragsabschluss oder im Leistungsfall beantragen, dass bei Berufsunfähigkeit die Hauptversicherung und alle Zusatzversicherungen mit Ausnahme der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung weiter erhöht werden. Für die Erhöhungsleistungen müssen Sie den vollen Erhöhungsbeitrag zahlen, wenn Sie die →Dynamik im BU-Leistungsfall bei Vertragsabschluss nicht ausdrücklich vereinbart haben.

5. Das Recht auf Erhöhungen im Rahmen der →Dynamik erlischt, wenn der →Versicherungsnehmer Leistungen aufgrund von Berufsunfähigkeit erhalten hat und in den letzten drei Jahren vor Eintritt des Versicherungsfalles keine Erhöhungen durchgeführt wurden.
6. Haben Sie eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit verringerten Anfangsbeiträgen abgeschlossen, erfolgt keine Erhöhung, solange Sie einen verringerten Beitrag zahlen.
7. Machen Sie von Ihrem Recht Gebrauch, den Rentenbeginn hinauszuschieben (Rentenaufschub), erfolgen ab Beginn des Rentenaufschubs keine Erhöhungen mehr.

Erklärung zum M-Check direct gegenüber der Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871)

Der M-Check direct wird vorbehaltlich der Zustimmung durch die LV 1871 durchgeführt.

Makler (Firmierung/Firmenstempel)

Strasse, Hausnummer	PLZ, Ort
---------------------	----------

Antragsteller (Vor-& Zuname, ggfl. abw. Geburtsname)	Geburtsdatum
Strasse, Hausnummer (Untersuchungsort)	PLZ, Ort (Untersuchungsort)

Zu versichernde Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
----------------------------------------	--------------

Sie erreichen mich zur Terminvereinbarung

telefonisch zwischen und Uhr unter der Tel.-Nr.:

per E-Mail:

Zum vereinbarten Termin halte ich gerne folgende Unterlagen bereit:

- Gültiger Personalausweis / Reisepass zur Identifizierung der zu versichernden Person
- Befunde und Diagnosen zum Gesundheitszustand
- Name und Angaben zur Menge der eingenommenen Medikamente

Hinweis: Für die Untersuchung ist eine **Blutentnahme** notwendig. Notwendige Informationen zur Blutentnahme und den möglichen Risiken einer Blutentnahme entnehmen Sie bitte der **Aufklärung zur Blutentnahme**.

Bei **Blutentnahmen** sind bei mir folgende **Besonderheiten** zu beachten: (z. Bsp. Rollvenen, Kreislaufreaktion, Einnahme blutverdünnender Medikamente, Chemotherapie, Lymphknotenentfernung, etc.)

Einwilligungserklärung gegenüber der LV 1871

Ich möchte die Vorteile des Medical Home Service nutzen. **Ich willige ein**, dass die LV 1871 meine personenbezogenen Daten an die Medicals Direct Deutschland GmbH (Am Schammacher Feld 21, 85567 Grafing bei München) zur Terminvereinbarung übermittelt, und soweit es für die Durchführung des Medical Home Service erforderlich ist, diese zweckgebunden durch Medicals Direct verarbeitet und gespeichert werden dürfen.

Einwilligungserklärung gegenüber der Medicals Direct Deutschland GmbH

Die Mitarbeiter von Medicals Direct Deutschland GmbH, insbesondere der Mitarbeiter, der mich befragen und untersuchen wird, unterliegen der medizinischen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB. Für die Befragung und Untersuchung **willige ich** in die dazu erforderliche Datenverarbeitung (Erhebung, Übermittlung und Verarbeitung) durch Medicals Direct Deutschland GmbH, im Auftrag der LV 1871, ein. **Ich entbinde** hierfür die Medicals Direct Deutschland GmbH und deren Mitarbeiter sowie das Labor, in dem die Blutuntersuchung vorgenommen wird, im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht und **willige ein**, dass Medicals Direct Deutschland GmbH die Ergebnisse der Befragung und Untersuchung an die LV 1871 zur Risikoprüfung übermittelt. Ich **stimme weiter zu**, dass im Rahmen der Leistungserbringung ausschließlich **personenbezogene, nicht medizinische Daten** (z.B. Vorname, Name, Telefon-Nr. etc.) verschlüsselt an Rechenzentren, deren Standorte auch außerhalb Deutschlands liegen können, übertragen und dort gespeichert werden.

Ich willige ein, dass mir die medizinischen Fachkräfte der Medicals Direct Deutschland GmbH Blut abnehmen (Venenpunktion). Ich bin ferner damit einverstanden, dass bei mir ein HIV-Test durchgeführt und das Ergebnis an die Versicherung weitergegeben wird.

Ich willige ein, dass meine **personenbezogenen Daten** soweit es für die Durchführung des Medical Home Services erforderlich ist, verarbeitet und gespeichert werden. Die Medicals Direct Deutschland GmbH versichert, dass die Verarbeitung und Speicherung unter Beachtung der geltenden **EU Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)** erfolgt. Die aktuell nach EU Recht geltende **Datenschutzerklärung** der Medicals Direct Deutschland GmbH ist für mich unter www.medicalsdirect.de einsehbar oder auf mein Verlangen auszuhändigen.

Die Einschaltung der Medicals Direct Deutschland GmbH ist freiwillig. Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Unterschrift des Antragstellers
Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person (**falls abweichend von Antragsteller**)
Ort, Datum

Informationen und Hinweise zu Risiken der Blutabnahme

Lieber Kunde / liebe Kundin,

bei Ihnen ist eine **Blutentnahme im Rahmen des Medical Home Service / M-Check direct** geplant. Um die **Durchführung so einfach wie möglich** zu gestalten, bitten wir Sie, die nachfolgenden Informationen und Hinweise aufmerksam zu lesen. Sollten danach Fragen, Anregungen oder Wünsche offen bleiben, können Sie uns im Rahmen unserer Geschäftszeiten gerne telefonisch kontaktieren.

Alle unsere Mitarbeiter

- ✓ sind **examinierte** Pflegefachkräfte
- ✓ sie **erfüllen alle rechtlichen & medizinischen** Anforderungen, um Ihnen **Blut abnehmen zu dürfen**
- ✓ haben **viel Erfahrung** mit Blutabnahmen



Blut und Blut-Untersuchung

Ein Erwachsener **besitzt etwa vier bis sechs Liter Blut**, von denen im Rahmen einer **Blutentnahme nur wenige Milliliter entnommen** werden. Blut besteht aus den Blutzellen (rote und weiße Blutkörperchen und Blutplättchen) sowie dem Blutplasma, in dem verschiedene Bestandteile gelöst sind. Alle diese Bestandteile können bestimmt werden und geben Hinweise auf mögliche Erkrankungen des Körpers. Die Blutentnahme ist in heutiger Zeit ein allgemeiner und wichtiger Standard um die Gesundheit oder Krankheit eines Körpers zu bestimmen. In der Regel werden im Rahmen der versicherungsmedizinischen Untersuchung folgende Werte bestimmt: HIV, Leberwerte, Nierenwerte, Herzwerte, Blutfette, rote und weiße Blutkörperchen, Blutplättchen, der Langzeitblutzuckerwert, sowie ein Urintest auf dessen Bestandteile.

Durchführung einer Blutentnahme

Bei der Blutentnahme wird mittels eines Venenstauschlauches Druck am Oberarm erzeugt. Dadurch kann das Blut in den Venen nicht mehr ausreichend abfließen und sammelt sich an. Sobald dies geschehen ist, wird die Hautstelle, an der Blut abgenommen werden soll mit einem medizinischen Desinfektionsmittel desinfiziert. Anschließend wird mit einer feinen Nadel die Vene punktiert (angestochen) und das Blut fließt in speziell dafür vorgesehene Blutentnahmeröhrchen.

Risiken und Nebenwirkungen einer Blutentnahme

Die Blutentnahme kann etwas unangenehm und bisweilen schmerzhaft sein. Bei manchen Personen kommt es zu Unwohlsein, Schwindel, Übelkeit und selten auch zu Ohnmacht. Im Falle eines Sturzes kann es zu Verletzungen wie Prellungen, Stauchungen und Rissquetschwunden und einer Gehirnerschütterung kommen. **Bitte teilen Sie eine derartige Befindlichkeitsstörung bei Auftreten unserem Personal sofort mit.** Sollte Ihnen **bereits vor Beginn der Blutentnahme bekannt sein**, dass Sie mit körperlichen Befindlichkeitsstörungen darauf reagieren, so **informieren Sie uns bitte vorab** darüber.

Selten kommt es vor, dass beim ersten Einstich in die Vene nicht ausreichend Blut entnommen werden kann. Dann kann es notwendig werden, dass an einer anderen Stelle eine neue Venenpunktion durchgeführt werden muss.

Eventuell kann ein **Bluterguss oder Hämatom** entstehen, wenn zum Beispiel nicht ausreichend auf die Einstichstelle gedrückt oder die Ader durchstoßen wurde. Diese Blutergüsse können für einige Tage schmerzhaft sein, stellen jedoch **keine Gefährdung** dar und bilden sich von alleine wieder zurück.

In **sehr seltenen Fällen** kann es im Bereich der Blutentnahmestelle zu einer Infektion kommen, was sich in einer Entzündungsreaktion mit Rötung, Schwellung, Schmerz und gegebenenfalls Entstehung von Eiter zeigen kann. **In diesem Fall bitten wir Sie darum, umgehend einen Arzt aufzusuchen und uns diesen Vorfall mitzuteilen.**

Ebenfalls sehr selten sind Verletzungen von Nerven und anderen Strukturen durch eine Blutentnahme. Dabei kommt es häufig zu vorübergehenden Reizungen des Nervs, die auch längere Zeit anhalten können. Bleibende Nervenschäden sind in sehr wenigen Fällen beobachtet worden.

Im Weiteren muss darauf hingewiesen werden, dass durch defekte Blutentnahmeröhrchen Teile der Blutprobe beschädigt werden können, so dass im Labor keine Blutwertbestimmung mehr möglich oder diese stark fehlerhaft ist. In solchen, sehr seltenen Fällen kann eine Wiederholung der Blutentnahme notwendig werden.

Bei Fragen, Anregungen oder Wünsche, können Sie uns im Rahmen unserer Geschäftszeiten gerne telefonisch kontaktieren: + 49 (0) 8092 / 863 55 42