



Unsere BUmodern auf einen Blick Viele gute Gründe für uns!

Darum VOLKSWOHL BUND – der Faktencheck!

- Wir haben **50 Jahre** Erfahrung bei der Absicherung der Arbeitskraft.
- Rund **360.000 Kunden** vertrauen uns, wenn es um ihre Einkommenssicherung geht.
- In 2021 haben wir allein fast **70 Millionen Euro** an BU-Leistungen gezahlt.
- Bei uns bleibt Ihr **Beitrag konstant** – noch nie hat sich der zu zahlende Beitrag erhöht.
- Im Leistungsfall sind wir für Sie da. Ratingunternehmen bewerten unsere **Leistungsquote**, also inwieweit wir im Ernstfall Leistungen anerkennen, als **ausgezeichnet**.



Wir sind flexibel in jeder Situation!

- Ändert sich Ihr Leben, passt sich Ihre BU an:
 - **Erhöhen** Sie Ihren Schutz zu **zahlreichen Gelegenheiten**, z. B. zur Hochzeit, bei Nachwuchs, bei Wechsel aus der Teilzeit- in die Vollzeittätigkeit oder bei Karrieresprüngen.
 - Sollte der Gesetzgeber das **Rentenalter anheben**, kann der Schutz für denselben Zeitraum **verlängert** werden.

Und das alles, ohne dass Sie erneut allgemeine Fragen zu Größe, Gewicht, Raucherstatus, Hobby und geplantem Auslandsaufenthalt oder weitere Fragen zu Ihrer Gesundheit beantworten müssen!

- Durch Inflation verliert Geld an Wert – auch Ihre BU-Rente. Eine Dynamik gleicht das aus und erhöht Ihre BU-Rente ganz automatisch! Der **Dynamik** können Sie mehrfach **widersprechen** und sie später **wieder einschließen** – ohne Nachteile, so oft Sie möchten.
- Bei einem **Berufswechsel** schauen wir uns Ihren Vertrag auf Wunsch genauer an und prüfen eine günstigere Berufsklasseneinstufung. Es kann nur günstiger werden, nie teurer – versprochen!
- Sie **reduzieren Ihre Arbeitszeit** aufgrund von Elternzeit, Pflege eines Angehörigen oder von Kurzarbeit? Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, Ihre BU-Rente flexibel anzupassen!
Das Highlight: Bei der Entscheidung im Leistungsfall legen wir die Arbeitszeit der vorherigen Vollzeitstelle zugrunde!



Bei uns gibt's auch ein bisschen mehr!

- **Pflege PLUS-Baustein:** Werden Sie während der Vertragslaufzeit pflegebedürftig, erhalten Sie zusätzlich zur BU-Rente eine **Pflegerente in vereinbarter Höhe** – ein Leben lang. Oder Sie schließen eine **Anschluss-Pflegeversicherung** ganz ohne erneute Gesundheitsprüfung ab.
- Wir zahlen Ihnen Sonderleistungen von bis zu **sechs BU-Renten** – max. 6.000 EUR – in Form einer Wiedereingliederungshilfe, einer Reha Hilfe oder wenn Sie Ihren Betrieb umorganisieren müssen.



Wir sind sofort zur Stelle!

- Sollten Sie an einer schweren Krankheit, wie zum Beispiel Krebs, Herzinfarkt oder Schlaganfall erkranken, bekommen Sie **Sofortleistungen** in Höhe von bis zu **18 Monatsrenten** von uns. Wir entscheiden **innerhalb von 5 Tagen** nach Eingang des Facharztberichtes, ob Sie eine Leistung bekommen!
- **AU-Baustein:** Sind Sie über einen längeren Zeitraum **arbeitsunfähig**, aber noch nicht berufsunfähig, erhalten Sie für diesen Zeitraum eine Rente in derselben Höhe wie die vereinbarte BU-Rente. **Sofort und bis zu 36 Monate** – auch rückwirkend! Auch wenn die Absicherung von Arbeitsunfähigkeit aktuell für Sie keine Rolle spielt – kein Problem! Bei bestimmten Ereignissen können Sie den AU-Baustein nachträglich einschließen.



Wir sind unschlagbar!

- Wir wissen, es geht um Menschen. Deshalb bieten wir **maßgeschneiderte Lösungen** und prüfen jeden **Leistungsfall individuell**.
- **Service** steht bei uns an erster Stelle. Wir unterstützen Sie aktiv bei der **Beantragung einer Leistung** und Sie haben einen **festen Ansprechpartner**, der Sie laufend über den aktuellen Stand der Dinge informiert oder auf fehlende Unterlagen hinweist.
- Bei uns bekommen Sie **vielfach ausgezeichneten BU-Schutz!**



Stand der Ratingergebnisse in diesem Druckstück: Juni 2022.

Bitte beachten Sie, dass sich die aufgeführten Ratings seit der Erstellung des Druckstücks geändert haben können.

**Vorschlag
überreicht
durch**

Unser Vorschlag für Sie

vom 05.09.2022

Der Vorschlag für eine Berufsunfähigkeitsabsicherung besteht aus:

- Individueller Versorgungsvorschlag**
- Gesetzlich vorgesehene Informationen:**

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Kundeninformationsblatt

Bitte beachten Sie:

Die gesetzlich vorgesehenen vorvertraglichen Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) beinhalten **weitere Vertragsunterlagen** – insbesondere die Versicherungsbedingungen. Eine Liste dieser weiteren Vertragsunterlagen entnehmen Sie bitte dem Kundeninformationsblatt.

Sofern Ihnen Ihr Ansprechpartner die CD-ROM „Ihre Vertragsunterlagen“ (ab Version Juni 2022) der VOLKSWOHL BUND Versicherungen übergeben hat, finden Sie auf dieser die aufgeführten Dokumente.

Bitte geben Sie dazu die folgende Kennung ein: 1099622SD6

Unser zusätzlicher Service:

Mit dieser Kennung können Sie die weiteren Vertragsunterlagen jederzeit auch im Internet unter www.volkswohl-bund.de/service/vertragsinformationen-anfordern einsehen. Der Abruf der Vertragsunterlagen im Internet ersetzt nicht die Übermittlung der gesetzlich vorgesehenen Informationen.

Individueller Versorgungsvorschlag

für	N. N.	
nach Tarif	BU PLUS Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit Pflege PLUS / SBU+ mit den Zusätzen - planmäßige Erhöhung des Beitrags - Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit - Rentendynamik im Leistungsfall 2,0 %	
zu versichernde Person	N. N.	männlich, geb. 01.01.1996 Eintrittsalter 26 Jahre Nichtraucher
	Assistenzarzt ohne operative Tätigkeit Akademiker(in)	BU-Berufsklasse A0
Dauern	Versicherungsbeginn	01.10.2022
	Versicherungsablauf	01.01.2063
	Beitragszahlung bis	01.01.2063
	Rentenzahlung maximal bis	01.01.2063
Beitrag in EUR	monatlich	207,13
	nach Beitragsrabatt aus der Überschussbeteiligung (Bitte beachten Sie die nachfolgenden Hinweise zur Überschussbeteiligung)	138,55
	Eine detaillierte Darstellung der Garantiewerte und Beitragsentwicklung können Sie der individuellen Modellrechnung entnehmen, die Bestandteil dieses Versorgungsvorschlags ist.	

Die garantierten Leistungen Ihrer Versicherung

Garantieleistungen in EUR	bei Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit	
	Beitragsbefreiung und Monatsrente	2.800,00
	Rentendynamik im Leistungsfall	2,0 %
	Durch die planmäßige Erhöhung des Beitrags um 5,0 % p.a. erhöht sich die Monatsrente auf	11.486,75

Die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir für maximal 36 Monate, sofern kein Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente besteht.

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden fällig wenn,

- auf Sie für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Monaten ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausgestellt wurden und ein Facharzt bescheinigt, dass Sie voraussichtlich ununterbrochen bis zum Ende eines insgesamt mindestens sechsmonatigen Zeitraums arbeitsunfähig sein wird oder
- auf Sie für einen zusammenhängenden Zeitraum von bereits sechs Monaten ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausgestellt wurden. Davon muss mindestens eine von einem Facharzt ausgestellt worden sein.

bei Pflegebedürftigkeit

oder Autonomieverlust infolge Demenz

zusätzliche lebenslange Pflege-Monatsrente

2.800,00

Durch die planmäßige Erhöhung des Beitrags um 5,0 % p.a.

erhöht sich die Pflege-Monatsrente auf

11.486,75

(Entwicklung der Renten siehe Modellrechnung)

Um Ihnen eine Vorstellung über den Umfang des Versicherungsschutzes bei Berufsunfähigkeit zu geben, haben wir die Leistungen anhand einer vereinfachten Modellrechnung ermittelt. Dabei sind wir davon ausgegangen, dass die Berufsunfähigkeit nach Zahlung des ersten Beitrags eintritt und wir die Leistungen bis zum Ende der Leistungsdauer erbringen. Die Rentenleistungen betragen **1.349.600,00 EUR** zuzüglich Beitragsbefreiung und Leistungen aus der garantierten Rentensteigerung. Erhöhungen aus der Dynamik sind nicht berücksichtigt.

Der Wert der Absicherung bei Pflegebedürftigkeit beträgt zusätzlich **1.349.600,00 EUR** zuzüglich Beitragsbefreiung und Leistungen aus der garantierten Rentensteigerung. Für die vereinfachte Modellrechnung haben wir angenommen, dass der Pflegefall nach Zahlung des ersten Beitrags eintritt und bis zum Ende der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeit vorliegt.

Die angegebenen Werte für den Beitrag ohne Rabatt aus der Überschussbeteiligung und für die Versicherungsleistungen sind für die gesamte Versicherungsdauer garantiert. **Sie beinhalten noch nicht die Leistungen aus der zusätzlichen, nicht garantierten Überschussbeteiligung, die wir im Folgenden darstellen.**

Die möglichen Gesamtleistungen Ihrer Versicherung inklusive Überschussbeteiligung (nicht garantiert)

Gesamtleistungen
nicht garantiert
in EUR

Die Überschüsse werden mit den Beiträgen verrechnet.

Voraussichtliche Gesamtleistungen inkl. Leistungen aus der **zusätzlichen Überschussbeteiligung**

Ihr Beitrag nach Beitragsrabatt aus der Überschussbeteiligung

138,55

Im Leistungsfall steigt die Rente jährlich zusätzlich um

2,00 %

Bitte beachten Sie:

Die gewünschte Rente erfordert Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre. (Bitte dem Antrag beilegen)

Die gewünschte Beitragsdynamik erfordert Einkommensangaben.

Die gewählte Vertragskonstellation erfordert eine Untersuchung.

Diese beinhaltet:

Teil I und Teil II des Ärztlichen Zeugnisses, HIV-Antikörper-Test, vollständiges Blutbild, Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, Nüchternblutzucker, Kreatinin oder Reststickstoff, Gesamtcholesterin (mit Angabe der LDL- und HDL-Werte), Triglyceride, Transaminasen (Gamma-GT, SGOT, SGPT), Harnsäure.

Bitte beachten Sie unbedingt die nachfolgenden Hinweise zur Überschussbeteiligung.

Hinweise zur Überschussbeteiligung

Die genannten garantierten Leistungen werden von uns vertraglich zugesichert. Die Höhe der garantierten Versicherungsleistung ist das Ergebnis einer vorsichtigen Tarifikalkulation. Wir müssen ausreichend Vorsorge treffen für Veränderungen auf den Kapitalmärkten und gegen eine ungünstige Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten. Ungünstiger Risikoverlauf bei Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen bedeutet eine Zunahme der Häufigkeit von Fällen der Berufsunfähigkeit / Erwerbsunfähigkeit. Unsere vorsichtigen Annahmen führen zu Überschüssen, die umso größer sind, je erfolgreicher unsere Kapitalanlagepolitik ist, je weniger Versicherungsfälle eintreten und je sparsamer wir wirtschaften.

Als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit geben wir nahezu alle (Risiko-, Kosten- und Kapital-) Erträge in Form von Zinsgarantien und Überschussbeteiligung an unsere Versicherungsnehmer weiter (in 2021: 98,6%).

Die Überschussbeteiligung wird grundsätzlich im Dezember für das folgende Kalenderjahr deklariert; für den einzelnen Vertrag kann sich daraus eine Erhöhung oder Herabsetzung der Überschussanteile ergeben.

Mit der laufenden Überschussbeteiligung werden den Verträgen regelmäßig Überschüsse zugeteilt und entsprechend dem gewählten Überschussystem zur Erhöhung der Versicherungsleistung oder zur Beitragsminderung verwendet. Diese Zuteilung ist unwiderruflich. Eine spätere Änderung der jährlich deklarierten Überschussbeteiligung während der Versicherungsdauer wirkt sich nicht auf die bereits erfolgten, sondern nur auf die noch ausstehenden Zuteilungen aus.

Stattdessen kann auch vereinbart werden, dass im Leistungsfall eine zusätzliche Rente gewährt wird (Bonusrente).

Unserer Modellrechnung können Sie einen möglichen Verlauf der Überschussbeteiligung entnehmen. Hierbei haben wir angenommen, dass sich unsere erwirtschafteten Überschüsse auch künftig auf dem für das Jahr 2022 festgesetzten Niveau halten. In Abhängigkeit vom Risiko- und Kostenverlauf sowie von der Entwicklung an den Kapitalmärkten kann sich die Überschussbeteiligung während der Vertragslaufzeit ändern.

Die Höhe des Überschusses und damit die Höhe Ihrer Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden.

Um Ihnen dennoch einen Eindruck zu vermitteln, wie sich die zukünftigen Gesamtleistungen einschließlich der Überschussbeteiligung entwickeln können, haben wir in unserer individuellen Modellrechnung rechnerisch angenommen, dass die für das Jahr 2022 festgesetzten Überschussanteilsätze während der gesamten Versicherungsdauer unverändert bleiben.

Bei dieser Darstellung werden anfallende Überschüsse zur Verringerung des zu zahlenden Beitrags verwendet. Dieser reduzierte Beitrag gilt nur, wenn die für das aktuelle Geschäftsjahr (2022) festgesetzten Überschussanteilsätze unverändert bleiben.

BU PLUS Pflege-Schutzbrief inklusive!

BU PLUS enthält neben der vereinbarten Leistung bei Berufsunfähigkeit (BU) einen **Pflege-Schutzbrief**. Dieser Pflege-Schutzbrief sichert Ihnen sofortigen Pflegeschutz und das Recht auf eine Anschluss-Pflegeversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung.

- **Pflegeschutz während der BU-Versicherungsdauer**
Bei Pflegebedürftigkeit oder Autonomieverlust infolge Demenz erhalten Sie eine **zusätzliche lebenslange Pflegerente** in vereinbarter Höhe.
- **Pflegeschutz nach Ablauf der BU-Versicherungsdauer**
Falls Sie zum Ablauf der BU-Versicherungsdauer keine zusätzliche Pflegerente erhalten, haben Sie das Recht, zu diesem Zeitpunkt eine **Anschluss-Pflegeversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung** abzuschließen. Diese selbstständige Pflegeversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung können Sie auf Antrag auch bereits während der Versicherungsdauer (frühestens nach 10 Jahren) mit uns vereinbaren.

Die Höhe der Pflegerente können Sie bestimmen. Obergrenze ist Ihre zuletzt vereinbarte zusätzliche Pflegerente (maximal 2.000 Euro). Die Höhe des Beitrags berechnen wir nach dem dann gültigen Anschlussstarif.

Falls Sie zum Ende der BU-Versicherungsdauer noch Beiträge zahlen, setzt sich die BU-Versicherung **automatisch** als Anschluss-Pflegeversicherung auf Basis Ihres gewohnten BU-Beitrags fort. Selbstverständlich können Sie den Pflegeschutz noch individuell anpassen oder der Fortsetzung des Versicherungsschutzes widersprechen.

Informationen zur Höhe Ihrer zusätzlichen lebenslangen Pflegerente finden Sie unter den garantierten Leistungen. Durch planmäßige Erhöhungen erhöht sich nicht nur die vereinbarte BU-Rente, sondern auch die mit uns vereinbarte zusätzliche lebenslange Pflegerente. Die Entwicklung entnehmen Sie bitte der Modellrechnung.

Detaillierte Informationen zum Pflege-Schutzbrief finden Sie in unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Ihre
VOLKSWOHL BUND
Lebensversicherung a.G.



Besonderheiten dieses Vorschlages

Mit Sicherheit eine gute Wahl

Wir stehen für über 50 Jahre Erfahrung, wenn es um die Absicherung der Arbeitskraft geht. Diese Erfahrung – in Kombination mit unserer schnellen und individuellen Antrags- und Leistungsprüfung – zahlt sich für Sie aus.

Im Leistungsfall bieten wir hier sowohl bei Eintritt und Anmeldung als auch bei der Wiedereingliederung ins Berufsleben besonderen Service (z. B. Beratung und finanzielle Unterstützung).

Planmäßige Erhöhung des Beitrags

Durch die planmäßige Erhöhung des Beitrags erhöhen sich die Leistungen Ihres Versicherungsvertrags. Die Anpassungen wirken dem Kaufkraftverlust entgegen und finden ohne Gesundheitsprüfung statt. Sie können individuell in jedem, jedem zweiten bzw. dritten Jahr durchgeführt werden.

Besondere Nachversicherungsgarantie bei Einkommenserhöhung

Auch wenn Ihre insgesamt bei uns versicherte Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrente 2.500 Euro oder mehr beträgt, haben Sie als Arbeitnehmer oder Selbstständiger, bei einer Einkommenssteigerung, die Möglichkeit, Ihre Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung um max. 1.500 Euro zu erhöhen.

Berufswechselprüfung

Bei bestimmten Anlässen, wie beispielsweise Berufswechsel, Wechsel der Schulform oder auch Beginn eines Studiums, haben Sie die Möglichkeit, Ihre Berufseinstufung durch uns überprüfen zu lassen. Ergibt die Prüfung eine bessere Berufseinstufung, so profitieren Sie von reduzierten Beiträgen. Anderenfalls führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag fort. Innerhalb der ersten 5 Vertragsjahre, maximal aber bis zum Alter von 35 Jahren, erfolgt die Berufswechselprüfung sogar ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Garantierte Rentensteigerung

Ihre Rente erhöht sich im Leistungsbezug zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens ein Jahr nach Beginn der Rentenzahlung, um 2,0 %.

"Gelbe-Schein-Regelung" – Unsere Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit

Wir leisten auch, wenn noch keine Berufsunfähigkeit bestätigt ist. Unsere Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (Krankschreibung) sind unabhängig vom festgestellten Berufsunfähigkeitsgrad. Wenn uns eine 6-Monatige, ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit oder eine 3-Monatige ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit mit einer weiteren Prognose für 3 Monate nachgewiesen wird, zahlen wir eine Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente. Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit können unabhängig von Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden.

Detaillierte Informationen finden Sie in unseren Bedingungen.

Individuelle Modellrechnung

Angenommene planmäßige Erhöhung des Beitrags um 5,0 % p.a.
Überschussverwendung: Sofortrabatt

Tarif / SBU+	Tarifzusätze: Q,L	Versicherungsdauer	40 J. / 3 M.
Geschlecht, Eintrittsalter	männlich, 26 Jahre	Zahlungsdauer	40 J. / 3 M.
BU-Berufsklasse A0		Rente max.	40 J. / 3 M.
BU-Rente	2.800,00 EUR		
zusätzliche Pflegerente	2.800,00 EUR		
Beitrag	207,13 EUR monatlich		

Garantieleistungen:			durch die planmäßige Erhöhung des Beitrags erhöhen sich die Garantiewerte auf:				
Vers.-Jahr/ Monate	beitragsfreie Monatsrente *) EUR	bei Kündigung *) EUR	Monatsbeitrag EUR	Monatsrente EUR	beitragsfreie Monatsrente *) EUR	bei Kündigung *) EUR	Monatsbeitrag nach Üb.-Bet. EUR
1	0,00	0	207,13	2.800,00	0,00	0	138,55
2	0,00	0	217,49	2.938,58	0,00	0	145,48
3	0,00	0	228,36	3.081,00	0,00	0	152,76
4	49,22	0	239,78	3.227,67	45,98	0	160,40
5	81,94	0	251,77	3.378,42	80,97	0	168,43
6	109,03	0	264,36	3.533,33	110,75	0	176,87
7	135,74	0	277,58	3.693,00	141,84	0	185,73
8	161,15	0	291,46	3.857,33	173,01	0	195,03
9	203,81	0	306,03	4.026,50	222,55	0	204,80
10	245,17	0	321,33	4.200,67	272,76	0	215,07
11	285,10	0	337,40	4.380,08	323,30	0	225,85
12	323,94	0	354,27	4.564,83	374,72	0	237,18
13	362,07	0	371,98	4.755,00	427,62	0	249,08
14	399,71	0	390,58	4.951,00	482,39	0	261,59
15	436,89	0	410,11	5.152,67	539,19	0	274,73
16	473,56	0	430,62	5.360,42	597,91	0	288,54
17	509,45	0	452,15	5.573,92	658,08	0	303,05
18	544,36	0	474,76	5.793,67	719,22	0	318,31
19	578,20	0	498,50	6.019,75	781,08	0	334,34
20	611,04	0	523,43	6.252,17	843,71	0	351,18
21	642,30	0	549,60	6.491,08	905,63	0	368,89
22	672,02	0	577,08	6.736,83	966,68	0	387,51
23	700,14	0	605,93	6.989,33	1.026,44	0	407,08
24	726,17	0	636,23	7.248,92	1.083,34	0	427,67
25	749,11	0	668,04	7.515,83	1.133,76	0	449,33
26	767,55	0	701,44	7.790,25	1.172,46	0	472,12
27	779,98	0	736,51	8.072,67	1.193,21	0	496,10
28	785,02	0	773,34	8.363,67	1.189,35	0	521,35
29	781,53	0	812,01	8.664,08	1.154,53	0	547,96
30	768,32	0	852,61	8.974,58	1.081,67	0	576,01
31	743,81	0	895,24	9.296,17	961,62	0	605,61
32	705,69	0	940,00	9.629,50	781,45	0	636,88
33	650,56	0	987,00	9.974,67	522,62	0	669,95
34	572,79	0	1.036,35	10.334,17	156,87	0	705,01
35	462,09	0	1.088,17	10.707,75	0,00	0	742,29
36	299,12	0	1.142,58	11.094,17	0,00	0	782,09
37	42,63	0	1.199,71	11.486,75	0,00	0	824,77
38	0,00	0	1.199,71	11.486,75	0,00	0	824,77
39	0,00	0	1.199,71	11.486,75	0,00	0	824,77
40	0,00	0	1.199,71	11.486,75	0,00	0	824,77
40/ 3	0,00	0	1.199,71	11.486,75	0,00	0	824,77

*) am Ende des Versicherungsjahres

Ihre Versicherung können Sie nur dann beitragsfrei fortführen, wenn die beitragsfreie Leistung den in den Allgemeinen Bedingungen genannten Mindestbetrag erreicht. Andernfalls erlischt die Versicherung und es wird – soweit vorhanden – der Auszahlungsbetrag ausgezahlt.

Die Höhen der dargestellten BU-Rentenleistungen gelten auch für die zeitlich begrenzten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.

Die angegebenen Rentenwerte gelten bei Eintritt der Berufsunfähigkeit im jeweiligen Versicherungsjahr. Bei Fortbestehen der Berufsunfähigkeit wird diese Rente bis zum 01.01.2063 gezahlt. Die Rente steigt jährlich garantiert um 2,0 %, erstmals am zweiten Jahrestag der Versicherung nach Rentenbeginn. Durch die Überschussbeteiligung steigt sie zusätzlich jährlich um 2,00 %. Diese Steigerung kann nicht garantiert werden.

Ist eine Beitragsdynamik vereinbart, prüfen wir bis zu welcher individuellen Obergrenze Erhöhungen finanziell angemessen sind. Sofern die Berufsunfähigkeitsrente diese Obergrenze erreicht, finden keine planmäßigen Erhöhungen mehr statt. Werden entsprechende Einkommensnachweise erbracht, passen wir die Obergrenze an und es sind weitere planmäßige Erhöhungen bis zur neuen Obergrenze möglich. Die Obergrenze beträgt mindestens 2.500 Euro.

Entwicklung der Pflege-Monatsrente

Angenommene planmäßige Erhöhung des Beitrags um 5,0 % p.a.

Tarif / SBU+	Tarifzusätze: Q,L	Versicherungsdauer	40 J. / 3 M.
Geschlecht, Eintrittsalter	männlich, 26 Jahre	Zahlungsdauer	40 J. / 3 M.
BU-Berufsklasse A0		Rente max.	lebenslang
BU-Rente	2.800,00 EUR		
zusätzliche Pflegerente	2.800,00 EUR		
Beitrag	207,13 EUR monatlich		

Vers.- Jahr/ Monate	Garantieleistungen:		durch die planmäßige Erhöhung des Beitrags erhöhen sich die Garantiewerte auf:			
	beitragsfreie Pflege- rente *) EUR	bei Kündi- gung *) EUR	Monats- beitrag EUR	Pflege- rente EUR	beitragsfreie Pflege- rente *) EUR	bei Kündi- gung *) EUR
1	0,00	0	207,13	2.800,00	0,00	0
2	0,00	0	217,49	2.938,58	0,00	0
3	0,00	0	228,36	3.081,00	0,00	0
4	49,22	0	239,78	3.227,67	45,98	0
5	81,94	0	251,77	3.378,42	80,97	0
6	109,03	0	264,36	3.533,33	110,75	0
7	135,74	0	277,58	3.693,00	141,84	0
8	161,15	0	291,46	3.857,33	173,01	0
9	203,81	0	306,03	4.026,50	222,55	0
10	245,17	0	321,33	4.200,67	272,76	0
11	285,10	0	337,40	4.380,08	323,30	0
12	323,94	0	354,27	4.564,83	374,72	0
13	362,07	0	371,98	4.755,00	427,62	0
14	399,71	0	390,58	4.951,00	482,39	0
15	436,89	0	410,11	5.152,67	539,19	0
16	473,56	0	430,62	5.360,42	597,91	0
17	509,45	0	452,15	5.573,92	658,08	0
18	544,36	0	474,76	5.793,67	719,22	0
19	578,20	0	498,50	6.019,75	781,08	0
20	611,04	0	523,43	6.252,17	843,71	0
21	642,30	0	549,60	6.491,08	905,63	0
22	672,02	0	577,08	6.736,83	966,68	0
23	700,14	0	605,93	6.989,33	1.026,44	0
24	726,17	0	636,23	7.248,92	1.083,34	0
25	749,11	0	668,04	7.515,83	1.133,76	0
26	767,55	0	701,44	7.790,25	1.172,46	0
27	779,98	0	736,51	8.072,67	1.193,21	0
28	785,02	0	773,34	8.363,67	1.189,35	0
29	781,53	0	812,01	8.664,08	1.154,53	0
30	768,32	0	852,61	8.974,58	1.081,67	0
31	743,81	0	895,24	9.296,17	961,62	0
32	705,69	0	940,00	9.629,50	781,45	0
33	650,56	0	987,00	9.974,67	522,62	0
34	572,79	0	1.036,35	10.334,17	156,87	0
35	462,09	0	1.088,17	10.707,75	0,00	0
36	299,12	0	1.142,58	11.094,17	0,00	0
37	42,63	0	1.199,71	11.486,75	0,00	0
38	0,00	0	1.199,71	11.486,75	0,00	0
39	0,00	0	1.199,71	11.486,75	0,00	0
40	0,00	0	1.199,71	11.486,75	0,00	0
40/ 3	0,00	0	1.199,71	11.486,75	0,00	0

*) am Ende des Versicherungsjahres

Informationen zur Überschussbeteiligung

Die folgende Deklaration unserer Überschussbeteiligung (Anteilsätze, Bemessungsgrundlagen und Wartezeiten) gilt für das Jahr **2022**. Die jährliche Deklaration veröffentlichen wir jeweils in unserem Geschäftsbericht, den Sie auf unserer Homepage unter

<https://www.volkswohl-bund.de/web/unternehmen/ueberuns/geschaeftsberichte.asp> einsehen können.

Berufsunfähigkeits-Versicherungen (selbstständig und als Zusatzversicherungen)

in der Anwartschaft

Laufende Überschussanteile in % des Jahresbeitrags ggf. ohne Optionsbeitrag für das Recht auf eine Anschluss-Pflegeversicherung und ohne Risikozuschläge	35,0
Für beitragsfreie Zeiten in % des überschussberechtigten Barwerts	2,00

Bonusrente

Bonusrente in % der BU-Rente in der Anwartschaft	61,0
--	------

im Leistungsbezug

Zinsüberschuss in % des überschussberechtigten Barwerts nach mind. einjähriger BU	2,00
---	------

Wartezeiten für laufende Überschussanteile

Die Gewährung von Risiko- und Kostenüberschussanteilen beginnt für Versicherungen gegen Einmalbeitrag ohne Wartezeit, sonst für Einzelversicherungen nach Ablauf einer Wartezeit von zwei Jahren (für Rentenversicherungen nach dem Altersvermögensgesetz nach Ablauf von drei Jahren), bei Kollektivversicherungen nach Ablauf einer Wartezeit von einem Jahr (für Rentenversicherungen nach dem Altersvermögensgesetz nach Ablauf von zwei Jahren). Laufende Überschüsse zu Risiko-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Existenz-Versicherungen werden zur Beitragsfälligkeit vorschüssig ohne Wartezeit fällig.

Verzinsung der gutgeschriebenen Überschussanteile

Der Ansammlungszins, der bei Vereinbarung des Überschussystems "verzinsliche Ansammlung" auf die gutgeschriebenen Überschussanteile gewährt wird, liegt bei 2,25%.

Bemessungsgrößen für die Überschussanteile

Barwert

Der Barwert einer Versicherung wird als Barwert der ausstehenden vereinbarten Versicherungsleistungen zuzüglich des Barwerts der künftigen kalkulatorischen Kosten abzüglich des Barwerts der ausstehenden Beiträge berechnet.

Überschussberechtigter Barwert

Der überschussberechtigte Barwert wird zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres als Barwert der Versicherung berechnet und - außer bei Versicherungen im klassischen Rentenbezug - mit dem tarifindividuellen Rechnungszins um ein Jahr abgezinst.

Berufsunfähigkeitsversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.
Deutschland

Produkt: SBU+

Das folgende Produktinformationsblatt gibt Ihnen einen Überblick über die vorgeschlagene Versicherung. Diese Informationen sind **nicht abschließend**. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein, den beigefügten Bedingungen sowie den weiteren Angebotsunterlagen. Bitte lesen Sie alle Unterlagen sorgfältig.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Berufsunfähigkeitsversicherung.



Was ist versichert?

- Leistung bei Berufsunfähigkeit:
- ✓ Wird die versicherte Person vor Ablauf der Versicherung im Sinne unserer Bedingungen berufsunfähig, zahlen wir für die Dauer der Berufsunfähigkeit die versicherte Berufsunfähigkeitsrente. Die Berufsunfähigkeitsrente zahlen wir maximal bis zum 01.01.2063.
 - ✓ Leistung bei Arbeitsunfähigkeit:
Wenn keine Berufsunfähigkeit aber Arbeitsunfähigkeit im Sinne unserer Bedingungen vorliegt, erbringen wir die Leistungen für maximal 36 Monate.
 - ✓ Zusätzliche Leistung bei Pflegebedürftigkeit:
Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne unserer Bedingungen, erbringen wir für die Dauer der Pflegebedürftigkeit eine zusätzliche Pflegerente in vereinbarter Höhe.
Wenn Sie bis zum Ende der Versicherung Beiträge zahlen, können Sie zu diesem Zeitpunkt eine Pflegerenten-Versicherung ohne erneute Prüfung der Gesundheit abschließen.

Wenn Sie eine Leistung von uns bekommen, müssen Sie keine Beiträge für Ihre Versicherung zahlen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Ausschlüsse bestimmter Risiken können sich zum Beispiel im Rahmen der individuellen Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Bitte füllen Sie den Antrag wahrheitsgemäß aus. Falsche oder nicht vollständige Angaben gefährden den vereinbarten Schutz.

Zudem ist der Schutz in bestimmten Fällen gemäß unseren Bedingungen ausgeschlossen.

Dazu zählen:

- ! Die vorsätzliche Ausführung oder der Versuch einer Straftat durch die versicherte Person.
- ! Eine absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung.
- ! Innere Unruhen oder Kriegsereignisse.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Ihr Schutz gilt weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Sie müssen zum Beispiel folgende Pflichten erfüllen:

- Bitte füllen Sie den Antrag wahrheitsgemäß aus. Falsche oder nicht vollständige Angaben gefährden den vereinbarten Schutz. In diesem Fall können wir vom Vertrag zurücktreten und leisten nicht.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Wenn sich Ihre Adresse, Bankverbindung oder Ihr Name ändert, teilen Sie uns dies bitte mit. Wenn uns Angaben fehlen, kann es zu Verzögerungen kommen.
- Wenn Sie eine Leistung in Anspruch nehmen möchten, müssen uns bestimmte Nachweise eingereicht werden. Zum Beispiel: der Versicherungsschein und ausführliche Berichte Ihrer behandelnden Ärzte.



Wann und wie zahle ich?

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem 01.10.2022. Danach werden bis einschließlich dem 01.12.2062 alle weiteren Beiträge monatlich, jeweils zum 1. fällig. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.

Kundeninformationsblatt

Im Folgenden erhalten Sie weitere Informationen zur vorgeschlagenen Versicherung. **Bitte lesen Sie die untenstehenden Informationen vor Antragstellung.**

Hinweis:

Die gesetzlich vorgesehenen vorvertraglichen Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 und 2 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) sind in diesen Kundeninformationen und in den nachstehend aufgeführten allgemeinen Vertragsunterlagen enthalten:

- Allgemeine Angaben über steuerliche Aspekte / Kapitallebensversicherungen, Risikoversicherungen, Selbstständige Pflegeversicherungen, Selbstständige Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen und Selbstständige Existenz-Versicherung (STEUER1.0122)
- Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung (BED.SBU.0622)
- Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (BED.DYN.0122)

Bitte achten Sie darauf, dass Ihnen auch diese Unterlagen vorliegen.

Sofern Ihnen Ihr Ansprechpartner die CD-ROM „Ihre Vertragsunterlagen“ (ab Version Juni 2022) der VOLKSWOHL BUND Versicherungen übergeben hat, finden Sie auf dieser die aufgeführten Dokumente. Bitte geben Sie dazu die folgende Kennung ein:

1099622SD6

Mit dieser Kennung können Sie Ihre Vertragsunterlagen jederzeit auch im Internet unter www.volkswohl-bund.de/service/vertragsinformationen-anfordern einsehen. Der Abruf der Vertragsunterlagen im Internet ersetzt nicht die Übermittlung der gesetzlich vorgesehenen Informationen.

1. Informationen zum Versicherer

Ihr Vertragspartner

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.,
Südwall 37 – 41, 44137 Dortmund

Vorstand: Dietmar Bläsing (Sprecher),
Dr. Gerrit Böhm, Celine Carstensen-Opitz, Axel-Rainer Hoffmann
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Joachim Maas
Sitz des Unternehmens: Dortmund
Registergericht: Amtsgericht Dortmund, HRB 29381

Hauptgeschäftstätigkeit

Wir betreiben folgende Versicherungsarten: Klassische Kapital- und Rentenversicherung, Risikoversicherung, Fondsgebundene Kapital- und Rentenversicherung, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Hinterbliebenenrenten- und Pflegerenten-Versicherung.

Teilnahme am gesetzlichen Sicherungsfonds

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

2. Informationen zur Leistung

Dem Vertrag liegen der Antrag sowie die oben genannten Versicherungsbedingungen zugrunde.

Art der Versicherung:

Berufsunfähigkeitsversicherung (Tarif: SBU+)

Im vorgeschlagenen Versicherungsvertrag sind folgende Leistungen versichert:

Wird die versicherte Person vor Ablauf der Versicherung im Sinne unserer Versicherungsbedingungen berufsunfähig, zahlen wir für die Dauer der Berufsunfähigkeit die versicherte Berufsunfähigkeitsrente und übernehmen die Beitragszahlung. Die Berufsunfähigkeitsrente zahlen wir aber maximal bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer. Wenn keine Berufsunfähigkeit aber Arbeitsunfähigkeit im Sinne unserer Versicherungsbedingungen vorliegt, erbringen wir Leistungen für maximal 36 Monate.

- zusätzliche Leistung bei Pflegebedürftigkeit

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung im Sinne unserer Versicherungsbedingungen pflegebedürftig oder liegt ein Autonomieverlust infolge Demenz vor, erbringen wir für die Dauer der Pflegebedürftigkeit oder Demenz die vereinbarte zusätzliche Pflegerente.

Falls Sie zum Ablauf der BU-Versicherungsdauer keine zusätzliche Pflegerente erhalten, haben Sie das Recht, zu diesem Zeitpunkt eine Anschluss-Pflegeversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung abzuschließen.

Hinweise zur Berufsunfähigkeits-Versicherung

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

Hinweise zur zusätzlichen Pflegerente

Der in den oben genannten Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Pflegebedürftigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechtes (z. B. § 14 Sozialgesetzbuch XI) überein.

3. Informationen zum Vertrag

Zustandekommen des Vertrags

Nach der Übermittlung werden wir Ihren Antrag prüfen und Ihnen ggf. den Versicherungsschein – ersatzweise eine Annahmeerklärung – zusenden. Mit deren Zugang bei Ihnen ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen.

Widerrufsrecht

Ihnen steht ein Widerrufsrecht zu. Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Versicherungsschein mit der Widerrufsbelehrung und die weiteren Informationen, die nach der VVG-Informationspflichtenverordnung mitzuteilen und in der Widerrufsbelehrung im Einzelnen aufgelistet sind, jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an:

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.,
Vertrag VBL/Kundendienst,
Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund,
oder E-Mail: kundendienst@volkswohl-bund.de,
oder Fax: 0231/5433-574

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz mit dem Zugang Ihres Widerrufs bei uns und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 4,62 EUR pro Tag. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginn der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

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

Vertragliche Kündigungsbedingungen

Sie haben die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag durch eine Erklärung in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zu kündigen. Die einzuhaltenden Fristen und sonstigen vertraglichen Regelungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Anwendbares Recht und Sprache

Auf das Vertragsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags erfolgen in deutscher Sprache.

4. Informationen zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags und zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.volkswohl-bund.de abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an:

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Vertrag VBL/Kundendienst, Südwall 37-41, 44137 Dortmund. Sie können uns auch telefonisch unter 0231/ 5433-111 bzw. per E-Mail unter info@volkswohl-bund.de erreichen.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie ebenfalls bei der oben genannten Stelle geltend machen. Genauere Informationen zu Ihren Rechten und den rechtlichen Grundlagen der Datenverarbeitung können Sie unter www.volkswohl-bund.de abrufen.

5. Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Für Fragen steht Ihnen gerne der Vermittler dieses Vertrags zur Verfügung. Falls Sie einmal eine Beschwerde haben sollten, werden wir alles versuchen, Sie zufrieden zu stellen. Sollte wider Erwarten eine Einigung nicht möglich sein, können Sie sich darüber hinaus auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bereich Versicherungen), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn; Postfach 1253, 53002 Bonn.

Wir sind Mitglied im Versicherungsombudsmann e.V., Leipziger Straße 121, 10117 Berlin; Postfach 080632, 10006 Berlin (www.versicherungsombudsmann.de). Der Versicherungsombudsmann ist eine Schlichtungsstelle im Sinne des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes (VSBG) und wir nehmen an dessen Streitbeilegungsverfahren teil. Bei dem Ombudsmann können Sie bei Streitigkeiten über Ansprüche aus Ihrem Vertrag eine Streitschlichtung beantragen, nachdem Sie uns zunächst die Möglichkeit gegeben haben, unsere Entscheidung zu überprüfen.

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

6. Spezielle Informationen zur Lebensversicherung

Eingerechnete Kosten

Durch den Abschluss und die Verwaltung dieses Vertrags fallen Kosten an, die in dem Beitrag von jährlich 2.485,56 Euro bereits enthalten sind. Die Abschlusskosten Ihres Vertrags bestehen aus einem einmaligen Betrag von 2.501,09 Euro (2,50 % der Summe der während der vereinbarten Vertragslaufzeit zu zahlenden Beiträge). Er wird gemäß § 169 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz gleichmäßig auf die ersten 5 Vertragsjahre verteilt.

In den Beiträgen der Jahre 6 bis 8 sind weitere Abschlusskosten von jährlich 500,22 Euro eingerechnet.

Für die Verwaltung Ihres Vertrags sind weitere Kosten von monatlich 17,77 Euro - dies entspricht jährlich 213,25 Euro (8,58 % des Jahresbeitrags) - für die Dauer der Beitragszahlung eingerechnet. Für den Fall einer Berufsunfähigkeit sind in der vereinbarten Berufsunfähigkeits-Leistung jährliche Kosten in Höhe von 672,00 Euro bereits einkalkuliert.

Zusätzlich anfallende Kosten

Mit den oben genannten Kosten sind weitgehend alle Aufwendungen, die durch den Abschluss und die Verwaltung der Versicherungsverträge entstehen, abgegolten.

Erfolgt eine planmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung (Dynamikerhöhung), fallen neue einmalige Kosten an und die laufenden Kosten erhöhen sich entsprechend der Beitragssteigerung. Die genaue Höhe teilen wir Ihnen auf Anfrage mit.

Für die im Folgenden genannten Fälle stellen wir Ihnen ggf. zusätzliche Kosten in Rechnung:

Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins	zzt. kostenfrei
Mahnverfahren bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen	zzt. 2 Euro zzgl. 3% des Beitragsrückstandes
Rückläufer im Lastschriftverfahren	zzt. 3 Euro
Durchführung von Vertragsänderungen, soweit nicht vertraglich vereinbarte Optionen ausgeübt werden	zzt. kostenfrei
Bearbeitung von Abtretungen oder Verpfändungen	zzt. kostenfrei

Garantieleistungen und Gesamtleistungen

Die ausgewiesenen Garantieleistungen werden von uns vertraglich zugesichert und im Versicherungsfall oder bei Kündigung an den Berechtigten gezahlt.

Darüber hinaus sichern wir Ihnen vertraglich zu, dass Sie an unseren Überschüssen beteiligt sind. Die jährliche Deklaration veröffentlichen wir jeweils in unserem Geschäftsbericht, den Sie im Internet unter www.volkswohl-bund.de in der Rubrik "Unternehmen" einsehen können.

Versicherungsmathematische Hinweise

Die Tarifikalkulation erfolgt geschlechtsunabhängig (Unisextarife) und basiert neben den eingerechneten Kosten auf folgenden versicherungsmathematisch anerkannten Rechnungsgrundlagen.

- Verzinsung des Deckungskapitals: 0,25%
- Sterbetafel für Aktive: DAV 2021 TA
- Sterbetafel für Berufsunfähige: DAV 2021 TI
- Berufsunfähigkeitswahrscheinlichkeiten: GRVB 2022 I
- Reaktivierungswahrscheinlichkeiten für Berufsunfähige: DAV 2021 RI
- Grundlage für Pflegefallwahrscheinlichkeiten: Tafel gemäß MR 2009 P I
- Sterbetafel für Pflegebedürftige: Tafel gemäß MR 2009 P QI

7. Verlauf der Garantieleistungen

Überschussverwendung: Sofortrabatt

Tarif / SBU+	Tarifzusätze: Q,L	Versicherungsdauer	40 J. / 3 M.
Geschlecht, Eintrittsalter	männlich, 26 Jahre	Zahlungsdauer	40 J. / 3 M.
BU-Berufsklasse A0		Rente max.	40 J. / 3 M.
BU-Rente	2.800,00 EUR		
zusätzliche Pflegerente	2.800,00 EUR		
Beitrag	207,13 EUR monatlich		

Garantieleistungen:			
Vers.- Jahr/ Monate	beitrags- freie BU- Rente *) EUR	beitrags- freie Pfleger- rente *) EUR	bei Kündi- gung *) EUR
1	0,00	0,00	0
2	0,00	0,00	0
3	0,00	0,00	0
4	49,22	49,22	0
5	81,94	81,94	0
6	109,03	109,03	0
7	135,74	135,74	0
8	161,15	161,15	0
9	203,81	203,81	0
10	245,17	245,17	0
11	285,10	285,10	0
12	323,94	323,94	0
13	362,07	362,07	0
14	399,71	399,71	0
15	436,89	436,89	0
16	473,56	473,56	0
17	509,45	509,45	0
18	544,36	544,36	0
19	578,20	578,20	0
20	611,04	611,04	0
21	642,30	642,30	0
22	672,02	672,02	0
23	700,14	700,14	0
24	726,17	726,17	0
25	749,11	749,11	0
26	767,55	767,55	0
27	779,98	779,98	0
28	785,02	785,02	0
29	781,53	781,53	0
30	768,32	768,32	0
31	743,81	743,81	0
32	705,69	705,69	0
33	650,56	650,56	0
34	572,79	572,79	0
35	462,09	462,09	0
36	299,12	299,12	0
37	42,63	42,63	0
38	0,00	0,00	0
39	0,00	0,00	0
40	0,00	0,00	0
40/ 3	0,00	0,00	0

*) am Ende des Versicherungsjahres

Ihre Versicherung können Sie nur dann beitragsfrei fortführen, wenn die beitragsfreie Leistung den in den Allgemeinen Bedingungen genannten Mindestbetrag erreicht. Andernfalls erlischt die Versicherung und es wird – soweit vorhanden – der Auszahlungsbetrag ausgezahlt.

Die Höhen der dargestellten BU-Rentenleistungen gelten auch für die zeitlich begrenzten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.

Allgemeine Angaben über steuerliche Aspekte

Kapitallebensversicherungen, Risikoversicherungen, Selbstständige Pflegeversicherungen, Selbstständige Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen und Selbstständige Existenz-Versicherung

Einkommensteuer

Steuerpflichtiger

Steuerpflichtiger ist in der Regel der Versicherungsnehmer bzw. dessen Rechtsnachfolger. Ist ein Bezugsrecht unwiderruflich eingeräumt, gilt der Bezugsberechtigte als Steuerpflichtiger; bei widerrieflicher Einräumung erst bei Eintritt des Erlebensfalls. Im Falle der Abtretung von Ansprüchen auf die Versicherungsleistung bleibt der Abtretende steuerpflichtig, wenn er weiterhin die Erträge erzielt.

Beiträge

Beiträge zu Kapitalversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall und zu Bestattungsversorgungen können nicht als Vorsorgeaufwendungen nach § 10 EStG steuerlich geltend gemacht werden.

Beiträge zu Risikoversicherungen, die nur für den Todesfall eine Leistung vorsehen, zu Selbstständigen Pflegeversicherungen, zu Selbstständigen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen sowie zu Selbstständigen Existenz-Versicherungen können als sonstige Vorsorgeaufwendungen zusammen mit weiteren Vorsorgeaufwendungen, die nicht der Altersvorsorge dienen, je Kalenderjahr bis maximal 2.800 Euro geltend gemacht werden. Dieser Höchstbetrag gilt nur für Personen, die Aufwendungen zur Krankenversicherung in vollem Umfang tragen müssen (selbstständig Tätige). Diejenigen Personen, die einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung erhalten (Angestellte und Beamte), können maximal 1.900 Euro als Sonderausgaben ansetzen. Dies gilt nur dann, wenn die Höchstbeträge nicht mit Beiträgen zur Basiskranken- und Pflegepflichtversicherung ausgeschöpft sind.

Leistungen

Einmalige Kapitalauszahlungen im Todesfall

Einmalige Kapitalleistungen im Todesfall der versicherten Person aus Kapitalversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall sowie aus Risikoversicherungen sind einkommensteuerfrei.

Rentenzahlungen aus Risikoversicherungen

Lebenslange Rentenzahlungen, die im Todesfall der versicherten Person geleistet werden, unterliegen mit dem Ertragsanteil gemäß § 22 Nr. 1 S. 3 a) bb) EStG der Einkommensteuer.

Renten aus Risikoversicherungen mit einer abgekürzten Rentenzahlungsdauer unterliegen mit dem besonderen Ertragsanteil gemäß § 22 Nr. 1 S. 3 a) bb) EStG i. V. m. § 55 Abs. 2 EStDV der Besteuerung. Zusätzlich zur Einkommensteuer kann der Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer anfallen.

Einmalige Kapitalauszahlungen im Erlebensfall

Als steuerpflichtiger Ertrag wird der Unterschiedsbetrag zwischen Versicherungsleistung und der Summe der insgesamt gezahlten Versicherungsbeiträge erfasst. Beitragsbestandteile, die andere Risiken als das Todesfallrisiko abdecken (z. B. Berufsunfähigkeit, Unfalltod), werden nicht in die Berechnung einbezogen.

Von dem steuerpflichtigen Ertrag behalten wir vorab immer eine 25 %-ige Steuer, den darauf entfallenden Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer ein. Vom Steuerpflichtigen in Ansatz gebracht werden können hier der Sparerpauschbetrag von 801 Euro für Alleinstehende bzw. von 1.602 Euro für zusammen veranlagte Ehepaare.

Damit ist die Einkommensteuer abgegolten.

In zwei Fällen ist eine Sonderregelung zu beachten, die den Steuerpflichtigen besser stellt:

- Der individuelle Steuersatz liegt unter 25 %.
- Die Erträge sind nur zur Hälfte mit dem individuellen Steuersatz zu versteuern, wenn sie
 - nach Vollendung des 60. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und
 - nach Ablauf von 12 Jahren nach Vertragsabschluss ausgezahlt werden(für nach dem 31.12.2011 abgeschlossene Verträge ist auf die Vollendung des 62. Lebensjahres abzustellen).

Darüber hinaus muss im 2. Fall noch eine Mindesttodesfallleistung vereinbart sein.

- Diese muss bei vereinbarter laufender, nicht abgekürzter Beitragszahlung mindestens 50 % der Summe der für die gesamte Vertragsdauer zu zahlenden Beiträgen betragen
- oder
- diese muss das Deckungskapital oder den Zeitwert der Versicherung spätestens fünf Jahre nach Vertragsabschluss (Wartezeit) um mindestens 10 % des Deckungskapitals, des Zeitwerts oder der Summe der gezahlten Beiträge übersteigen. Dieser Prozentsatz darf bis zum Ende der Vertragslaufzeit in jährlich gleichen Schritten auf Null sinken.

In den beiden Fällen der Sonderregelung kann die zuviel gezahlte Steuer über die Einkommensteuererklärung beim Finanzamt durch Verrechnung zurückgefordert werden.

Bitte beachten Sie, dass nachträgliche Änderungen wesentlicher Vertragsmerkmale Ihrer Versicherung (z. B. Versicherungslaufzeit, Versicherungssumme, Beitragshöhe, Beitragszahlungsdauer) zum Neubeginn der Mindestvertragsdauer führen könnten. Erhöhungen gelten in ihrem Umfang steuerlich als gesonderter neuer Vertrag, für den die Mindestvertragsdauer ab dem vereinbarten Erhöhungszeitpunkt neu zu laufen beginnt (die Sonderregelung im 2. Fall würde sonst nicht mehr gelten). Minderungen, Absenkungen oder bereits bei Vertragsbeginn vereinbarte Änderungen sind unproblematisch. Bei einem Wechsel der Versicherungsart erlischt der „alte Vertrag“ und es ist steuerlich vom Abschluss eines neuen Vertrages auszugehen.

Auszahlungen – auch von angesammelten Überschüssen – bei Risikoversicherungen

Leistungen aus Risikoversicherungen (z. B. Risikolebensversicherung, Unfallversicherung ohne garantierte Beitragsrückzahlung, Berufsunfähigkeitsversicherung, Erwerbsunfähigkeitsversicherung, Pflegeversicherung, Existenz-Versicherung) fallen nicht unter § 20 Absatz 1 Nummer 6 EStG. Dies gilt sowohl für Kapitalauszahlungen aus reinen Risikoversicherungen als auch für Rentenzahlungen (z. B. Unfall-Rente, Invaliditätsrente). Bei einer Rentenzahlung kann sich jedoch eine Besteuerung aus anderen Vorschriften ergeben (vgl. oben). Die Barauszahlung von Überschüssen sowie die Leistung aufgrund einer verzinslichen Ansammlung der Überschüsse ist bei einer reinen Risikoversicherung keine Einnahme und unterliegt daher nach derzeitiger Ansicht der Finanzverwaltung nicht der Einkommensteuer.

Leistungen aus Selbstständigen Pflegeversicherungen

Leistungen aus Pflegeversicherungen sind gemäß § 3 Nr. 1 a EStG einkommensteuerfrei.

Lebenslange Rentenzahlungen aus Kapitalversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall

Wird, soweit vertraglich vorgesehen, bei Kapitalversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall zum im Versicherungsschein genannten Fälligkeitstermin anstelle einer einmaligen Kapitalauszahlung eine lebenslange Leibrente gewählt, ist der Ertrag des zu Rentenbeginn gebildeten Kapitals entsprechend einer einmaligen Kapitalauszahlung im Erlebensfall zu versteuern. Bei Rentenzahlungen unterliegt der Ertragsanteil nach § 22 Nr. 1 S. 3 a) bb) EStG der Einkommenssteuer. Zusätzlich zur Einkommensteuer kann der Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer anfallen.

Rentenzahlungen aus Selbstständigen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen

Bei abgekürzten Leibrenten aus Selbstständigen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen unterliegt der Ertragsanteil gemäß § 22 Nr. 1 S. 3 a) bb) EStG i. V. m. § 55 Abs. 2 EStDV der Einkommenssteuer. Zusätzlich zur Einkommensteuer kann der Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer anfallen. Die lebenslangen Pflögerenten sind einkommensteuerfrei.

Leistungen aus Selbstständigen Existenz-Versicherungen

Bei abgekürzten Leibrenten wegen einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, unterliegt der Ertragsanteil gemäß § 22 Nr. 1 S. 3 a) bb) EStG i. V. m. § 55 Abs. 2 EStDV der Einkommenssteuer. Pflögerenten und die einmaligen Kapitalauszahlungen bei schwerer Krankheit sind einkommensteuerfrei. Zusätzlich zur Einkommensteuer kann der Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer anfallen.

Zusatzversicherungen zu Lebensversicherungen

(Erwerbs- oder Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen)

Beiträge, die auf Zusatzversicherungen zu kapitalbildenden Lebensversicherungen entfallen, können als Vorsorgeaufwendungen geltend gemacht werden.

Beiträge, die auf Zusatzversicherungen zu Risikoversicherungen entfallen, können nicht als Vorsorgeaufwendungen geltend gemacht werden.

Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrenten sind abgekürzte Leibrenten, bei denen der Ertragsanteil nach § 22 Nr. 1 S. 3 a) bb) EStG i. V. m. § 55 Abs. 2 EStDV der Einkommenssteuer unterliegt. Zusätzlich zur Einkommensteuer kann der Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer anfallen. Pflögerenten sind einkommensteuerfrei.

Erbschaft-/Schenkungsteuer

Ansprüche oder Leistungen aus Lebensversicherungsverträgen unterliegen der Erbschaft-/Schenkungsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z. B. aufgrund eines Bezugsrechtes oder als Teil des Nachlasses) von einem Dritten erworben werden.

Zu versteuern sind sie, wenn sie zusammen mit dem übrigen Erbe die persönlichen Freibeträge des § 16 ErbStG übersteigen: 500.000 Euro für Ehegatten und 400.000 Euro für Kinder (Steuerklasse I), für weiter entfernte Verwandte gelten geringere Freibeträge.

Die Freibeträge gelten auch für Vermögensübertragungen zu Lebzeiten und werden alle zehn Jahre neu gewährt.

Außerdem steht Ehegatten und Kindern noch ein so genannter Versorgungsfreibetrag nach § 17 ErbStG zu, der bei Ehegatten bei 256.000 Euro und bei Kindern, nach Alter gestaffelt, zwischen 10.300 Euro und 52.000 Euro liegt.

Versicherungsteuer

Beiträge zu Versicherungen auf den Todesfall unterliegen nicht der Versicherungsteuer.

Beiträge zu Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- und Pflegeversicherungen unterliegen grundsätzlich der Versicherungsteuer.

Durch die bedingungsgemäße Einschränkung des Bezugsrechtes sind die Beiträge jedoch nach § 4 Abs. 5 lit. b) VersStG von der Besteuerung ausgenommen.

Meldepflichten für Versicherungsunternehmen

Gesetzliche Vorschriften machen es erforderlich bestimmte Vorgänge Finanzämtern anzuzeigen, u. a. bei

- Auszahlungen von Versicherungsleistungen an einen anderen als den Versicherungsnehmer
- Vorauszahlungen
- Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft (gleich aus welchem Grund)
- Auszahlungen von über Lebensversicherungen finanzierten Darlehen
- Abtretungen an ausländische Kreditinstitute

Wichtiger Hinweis zum Kirchensteuerabzug

Versicherungsunternehmen sind seit dem 01.01.2015 gesetzlich verpflichtet, auf steuerpflichtige Kapitalerträge zusätzlich zur Abgeltungsteuer auch Kirchensteuer einzubehalten und weiterzuleiten. Dafür wird vor einer Auszahlung von steuerpflichtigen Kapitalerträgen die Religionszugehörigkeit beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) abgefragt.

Sie können der Übermittlung der Religionszugehörigkeit auch gegenüber dem Bundeszentralamt für Steuern schriftlich widersprechen. Unter <https://www.formulare-bfinv.de/>, finden Sie das Formular "Erklärung zum Sperrvermerk § 51 EstG". Die ausgefüllte und unterschriebene Erklärung muss rechtzeitig beim Bundeszentralamt für Steuern eingereicht werden.

Rechtzeitig heißt – zum Beispiel bei Kündigung einer Versicherung – spätestens zwei Monate vor der Pflichtabfrage beim Bundeszentralamt für Steuern. In der Praxis muss also noch vor der Vertragskündigung der Widerspruch abgeschickt werden. Das Bundeszen-

tralamt für Steuern informiert das zuständige Finanzamt über diese Sperre. Danach wird das Finanzamt Sie auffordern, Angaben zur Abgeltungssteuer zu machen. Die Kirchensteuer wird anschließend vom Finanzamt erhoben.

Die Sperre gilt auch für zukünftige Auszahlungen, sofern Sie diese nicht widerrufen.

Wenn Sie dem BZSt gegenüber nicht schriftlich der Übermittlung Ihrer Religionszugehörigkeit widersprochen haben, werden uns die erforderlichen Informationen erteilt.

Wir führen dann auch die Kirchensteuer an die zuständige Stelle ab. Die Abfrage beim BZSt kann zu Verzögerungen bei einer Auszahlung führen.

Ein Widerspruch hierzu uns gegenüber ist nicht möglich. Gehören Sie keiner Kirchensteuer erhebenden Religionsgemeinschaft an, erhalten wir diese Information nach unserer Abfrage. Ein Kirchensteuerabzug erfolgt dann nicht.

Änderungen der Kirchenmitgliedschaft können vom BZSt frühestens nach zwei Monaten berücksichtigt werden.

Nähere Informationen erhalten Sie beim Bundeszentralamt für Steuern, An der Kuppe 1, 53225 Bonn oder im Internet unter www.bzst.de oder telefonisch unter 0228 406-1240.

Wichtiger Hinweis

Die vorstehenden Angaben über steuerliche Aspekte entsprechen dem derzeitigen Stand der Steuergesetzgebung und Rechtsprechung und erfolgen mit aller Sorgfalt, aber ohne Gewähr für Richtigkeit und Vollständigkeit.

Für weitergehende Informationswünsche wenden Sie sich bitte an Ihr zuständiges Finanzamt oder Ihren Steuerberater.

Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung

(Tarifbezeichnungen: SBU, SBUJ, SBU+, SBUJ+)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie sind als Versicherungsnehmer unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen. Darin werden die vertragsrechtlichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung Ihrer Versicherung finden Sie in der Kundeninformation „Allgemeine Angaben über steuerliche Aspekte“.

Inhaltsverzeichnis Seite

Leistungen

§ 1 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	1
§ 2 Welche Leistungen erbringen wir?	4
§ 3 Was gilt bei Vereinbarung von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit?	5
§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	6
§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	7
§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	7
§ 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	8

Auszahlung von Leistungen

§ 8 Was ist zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?	9
§ 9 Wann können Sie Sofortleistungen wegen einer schweren Krankheit oder Beeinträchtigung erhalten?	10
§ 10 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?	11
§ 11 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	11
§ 12 Wer erhält die Leistungen?	12
§ 13 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	12
§ 14 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	12
§ 15 Welche Sonderleistungen erbringen wir?	13
§ 16 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?	13

Nachversicherungsgarantien

§ 17 Welche Bedeutung hat die Nachversicherungsgarantie?	13
§ 18 Wann können Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit einschließen?	15
§ 19 Welche Bedeutung hat die Verlängerungsgarantie bei Erhöhung der Regelaltersgrenze?	15

Anschluss-Pflegeversicherung

§ 20 Was gilt für die Anschluss-Pflegeversicherung bei BU PLUS (Tarife SBU+, SBUJ+)?	16
--	----

Beiträge

§ 21 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	17
§ 22 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	17
§ 23 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen?	18

§ 24 Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf?	18
---	----

Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 25 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen?	18
--	----

Kosten

§ 26 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?	19
--	----

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 27 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	20
§ 28 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	20
§ 29 Wann können wir die Versicherungsbedingungen ändern?	21
§ 30 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	21
§ 31 Was können Sie bei Meinungsverschiedenheiten tun?	21
§ 32 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?	21

§ 1 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit

- (1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls
- voraussichtlich mindestens sechs Monate zu mindestens 50 % nicht mehr ausüben kann oder
 - bereits sechs Monate zu mindestens 50 % nicht mehr ausüben konnte. In diesem Fall gilt dieser Zustand von Anfang an als Berufsunfähigkeit.

Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine berufliche Tätigkeit aus, gilt die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als versichert.

Umorganisation bei Selbstständigen

- (2) Für selbstständige Tätigkeiten gilt:
- Die versicherte Person ist nicht berufsunfähig, wenn sie ihren Betrieb so umorganisiert hat, dass sie dort weiter tätig ist und die Tätigkeit der versicherten Person
- ihrer bisherigen Stellung im Betrieb entspricht und
 - nicht mit einer unzumutbaren Reduzierung des Einkommens der versicherten Person verbunden ist. Hierbei berücksichtigen wir die Umstände des Einzelfalls sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung. Eine Reduzierung um 20 % oder mehr - bezogen auf das durchschnittliche jährliche Einkommen aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuern in den letzten drei Jahren vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung - ist in jedem Fall unzumutbar.

Wenn die versicherte Person ihren Betrieb nicht wie oben beschrieben umorganisiert hat, können wir - jedoch nur unter den unten beschriebenen Voraussetzungen - prüfen, ob eine

derartige Umorganisation ohne erheblichen Kapitalaufwand möglich wäre. Ist dies der Fall, ist die versicherte Person nicht berufsunfähig.

Diese Prüfung führen wir nur bei selbstständigen Tätigkeiten durch, für die die versicherte Person

- ein Gewerbe angemeldet hat,
- in ihrem Betrieb mindestens 5 Mitarbeiter - ohne Berücksichtigung von Auszubildenden, Praktikanten und Werkstudenten - beschäftigt und
- weniger als 90 % ihrer täglichen Arbeitszeit kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt.

Beruf bei Schülern

(3) Bei Schülern gilt als zuletzt ausgeübter Beruf die zuletzt betriebene Schulausbildung, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.

Dabei berücksichtigen wir den konkreten Schulalltag wie zum Beispiel die Ausgestaltung des Unterrichts, die Bewältigung der Hausaufgaben, die Ausstattung des Schulgebäudes und den Schulweg.

Wir verzichten auf die Möglichkeit einer abstrakten oder konkreten Verweisung auf eine andere Schulform.

Berufsunfähigkeit liegt allerdings nicht mehr vor, wenn die versicherte Person

- eine Ausbildung,
- ein Studium oder
- eine berufliche Tätigkeit konkret aufnimmt.

Hierzu zählen keine Tätigkeiten von Menschen mit einer Behinderung außerhalb des allgemeinen Arbeitsmarktes (z. B. in Werkstätten für Menschen mit Behinderung) oder geringfügige Beschäftigungen.

Beruf bei Auszubildenden

(4) Bei Auszubildenden gilt als zuletzt ausgeübter Beruf ihre zuletzt betriebene Ausbildung. Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die versicherte Person den angestrebten Ausbildungsberuf im Sinne des Absatzes 1 nicht mehr ausüben kann.

Beruf bei Studierenden

(5) Bei Studierenden gilt als zuletzt ausgeübter Beruf das zuletzt betriebene Studium, so wie dieses ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. Dabei berücksichtigen wir den konkreten Studienalltag.

Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn eine berufliche Tätigkeit, die sich in der Regel aus dem Studium der versicherten Person ergibt, im Sinne des Absatzes 1 nicht mehr ausgeübt werden kann.

Die versicherte Person muss an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität oder Fachhochschule studieren.

Wir verzichten auf die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung auf einen anderen Studiengang.

Berufsunfähigkeit liegt allerdings nicht mehr vor, wenn die versicherte Person

- ein anderes Studium,
- eine Ausbildung oder
- eine berufliche Tätigkeit

konkret aufnimmt und das Studium, die Ausbildung oder die berufliche Tätigkeit der Lebensstellung der versicherten Person entspricht.

Bei Studierenden, die sich in der zweiten Hälfte der Regelstudienzeit bzw. der im Durchschnitt üblichen Studienzeit befinden und dies mit den planmäßigen Prüfungs- und Leistungsbescheinigungen nachweisen können, ergibt sich die Lebensstellung aus der Vergütung und sozialen Wertschätzung, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums und der damit verbundenen beruflichen Tätigkeit im ersten Berufsjahr erreicht wird.

Andernfalls bemessen wir die Lebensstellung an derjenigen, die die versicherte Person mit dem zuletzt erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungsabschnitt erreicht hat, bevor die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Beruf bei Hausfrauen und Hausmännern

(6) Wenn die versicherte Person bei Abschluss der Versicherung als Hausfrau bzw. Hausmann tätig war, gilt als zuletzt ausgeübter Beruf die hauswirtschaftliche Tätigkeit. Nimmt sie eine Berufstätigkeit, Ausbildung oder ein Studium auf, ist entsprechend der Absätze 1, 3 oder 4 von diesem Zeitpunkt an der ausgeübte Beruf versichert; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Wechsel des Berufs

(7) Sie müssen uns einen Wechsel oder ein Ende der beruflichen Tätigkeit nicht anzeigen.

Verzicht auf abstrakte Verweisung

(8) Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte.

Konkrete Verweisung

(9) Berufsunfähigkeit liegt allerdings nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die

- entsprechend ihren Kenntnissen, Fähigkeiten und ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübt werden kann,
- in ihrer gesellschaftlichen Wertschätzung der Lebensstellung entspricht, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat und
- nicht mit einer unzumutbaren Reduzierung des Einkommens der versicherten Person verbunden ist. Hierbei berücksichtigen wir die Umstände des Einzelfalls sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung. Eine Reduzierung um 20 % oder mehr - bezogen auf das jährliche Bruttoeinkommen im zuletzt vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübten Beruf - ist in jedem Fall unzumutbar.

Berufsunfähigkeit bei Pflegebedürftigkeit

(10) Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens sechs Monate so hilflos ist, dass sie für zwei oder mehr der folgenden gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens - auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel - täglich Hilfe durch eine andere Person benötigt (Pflegebedürftigkeit).

Mobilität

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - nur mit Unterstützung einer anderen Person in der Lage ist, sich auf ebenem Grund in Räumen fortzubewegen.

An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - die Hilfe einer anderen Person benötigt, um sich an- oder auszukleiden und ggf. ein medizinisches Korsett oder eine Prothese anzulegen und zu befestigen.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - zubereitete und servierte Mahlzeiten nicht ohne Hilfe einer anderen Person zu sich nehmen kann.

Körperpflege

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Hilfe einer anderen Person beim Waschen, bei der Zahnreinigung, beim Kämmen und beim Rasieren benötigt.

Baden und Duschen

Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person ohne die Hilfe einer anderen Person weder baden noch duschen kann.

Verrichten der Notdurft

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

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

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

Berufsunfähigkeit bei Demenz

(11) Als Berufsunfähigkeit betrachten wir auch einen Autonomieverlust infolge Demenz. Dieser liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung

- tägliche Beaufsichtigung oder Anleitung bei mindestens vier der in Absatz 10 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt oder
- kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst in erheblichem Umfang gefährden würde.

Als Demenz gelten „mittelschwere Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, oder ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala.

Berufsunfähigkeit bei Erwerbsminderung

(12) In den letzten zehn Jahren der Versicherungsdauer betrachten wir die Berufsunfähigkeit auch als gegeben, wenn ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein berufsständisches Versorgungswerk in der Bundesrepublik Deutschland, dem die versicherte Person als Pflichtmitglied angehört, eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente aus medizinischen Gründen gewährt.

Darüber hinaus bewirkt der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers noch keinen Leistungsanspruch.

Berufsunfähigkeit bei Tätigkeitsverbot wegen Infektionsgefahr

(13) Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die zuständige Behörde gegenüber der versicherten Person wegen einer Infektion oder wegen einer Fremdgefährdung aufgrund einer Infektion ein teilweises oder vollständiges Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) ausspricht.

Das Tätigkeitsverbot muss dazu führen, dass die versicherte Person ihren zuletzt ausgeübten Beruf

- mindestens sechs Monate zu mindestens 50 % nicht mehr ausüben kann oder
- bereits seit sechs Monaten zu mindestens 50 % nicht mehr ausüben konnte. In diesem Fall gilt dieser Zustand von Anfang an als Berufsunfähigkeit.

Die Absätze 7 bis 9 gelten entsprechend.

Berufsunfähigkeit bei Wechsel in Teilzeit (Teilzeitklausel)

(14) Reduziert die versicherte Person innerhalb der Versicherungsdauer den zeitlichen Umfang ihrer arbeitsvertraglich vereinbarten Vollzeitstätigkeit aus einem der unten aufgeführten, nicht medizinischen Gründe vorübergehend auf eine Teilzeittätigkeit, so legen wir unserer Prüfung die vertraglich vereinbarte, wöchentliche Arbeitszeit der ursprünglichen Vollzeitstätigkeit zugrunde.

Liegt unter diesen Voraussetzungen eine bedingungs-gemäße Berufsunfähigkeit vor, erhalten Sie die vereinbarten Leistungen gemäß § 2.

Sollten wir nach Anerkennung unserer Leistungspflicht eine Nachprüfung im Sinne des § 14 vornehmen, so legen wir bei einer möglichen Vergleichsbetrachtung auch hier den zeitlichen Rahmen der ursprünglichen Vollzeitstätigkeit zugrunde.

Gründe sind folgende:

Gesetzliche Elternzeit

Die versicherte Person hat ihre Vollzeitstätigkeit während ihrer Elternzeit nach § 15 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) auf eine Teilzeittätigkeit reduziert, um sich um die Kinderbetreuung und Kindererziehung kümmern zu können.

Innerhalb der ersten 36 Monate seit der Reduzierung auf eine Teilzeittätigkeit legen wir unserer Prüfung den zeitlichen Umfang der ursprünglichen Vollzeitstätigkeit zugrunde.

Als Nachweis gilt die Bescheinigung des Arbeitgebers über die Elternzeit nach § 16 Abs. 1 S. 8 BEEG sowie der für diesen Zeitraum auf die Teilzeittätigkeit geänderte Arbeitsvertrag oder eine entsprechende Zusatzvereinbarung.

Pflege eines Angehörigen

Die versicherte Person hat ihre Vollzeitstätigkeit auf eine Teilzeittätigkeit reduziert, um einen pflegebedürftigen Angehörigen in größerem Umfang zu pflegen. Sie gilt daher als Pflegeperson im Sinne des § 19 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) und erhält aufgrund ihrer Pflege-tätigkeit Leistungen zur sozialen Sicherung der Altersversorgung nach § 44 Abs. 1 SGB XI.

Innerhalb der ersten 24 Monate seit der Reduzierung auf eine Teilzeittätigkeit legen wir unserer Prüfung den zeitlichen Umfang der ursprünglichen Vollzeitstätigkeit zugrunde.

Als Nachweis gilt die schriftliche Mitteilung, dass die versicherte Person dem zuständigen Rentenversicherungsträger als Pflegeperson gemeldet wurde, so wie es in § 44 Abs. 3 und 4 SGB XI beschrieben wird, sowie der auf die

Teilzeittätigkeit geänderte Arbeitsvertrag oder eine entsprechende Zusatzvereinbarung.

Kurzarbeit

Die regelmäßige Arbeitszeit der versicherten Person wird aufgrund eines erheblichen betrieblichen Arbeitsausfalls vorübergehend deutlich verringert. Sie erhält daher Kurzarbeitergeld gemäß §§ 95 ff. SGB III.

Der Grund für den betrieblichen Arbeitsausfall ist nicht relevant.

Innerhalb der ersten 12 Monate seit Beginn der Kurzarbeit legen wir unserer Prüfung den zeitlichen Umfang der ursprünglichen Vollzeittätigkeit zugrunde.

Als Nachweis gilt die zwischen der versicherten Person und dem Arbeitgeber geschlossene Vereinbarung über die Kurzarbeit.

(15) Die gesetzlichen Bezugnahmen in Absatz 14 beziehen sich jeweils auf den Stand zum 01.06.2022.

(16) Zusätzlich zu den oben aufgeführten Regelungen bieten wir Ihnen bei einer anlassbezogenen Reduzierung der Vollzeittätigkeit in eine Teilzeittätigkeit folgende Möglichkeit:

Sobald einer der oben genannten Anlässe nachweisbar vorliegt, haben Sie das Recht, Ihren Versicherungsschutz auf die aktuelle Situation der Teilzeitbeschäftigung anzupassen und die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente sowie die damit verbundenen Beiträge entsprechend zu reduzieren.

Nimmt die versicherte Person bei Wegfall des teilzeitauslösenden Anlasses ihre Vollzeittätigkeit sodann wieder auf, können Sie den Versicherungsschutz innerhalb von 6 Monaten nach Wiedereintritt in die Vollzeittätigkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder bis auf die ursprüngliche Höhe anheben. Bis zu diesem Zeitpunkt darf jedoch weder ein Versicherungsfall im Rahmen einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung eingetreten, noch dürfen Leistungen aus einer dieser Versicherungen beantragt worden sein.

(17) Wenn in Absatz 16 oder auch an anderen Stellen dieser Bedingungen davon die Rede ist, dass wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung verzichten, so bedeutet dies außerdem, dass wir auch keine Fragen

- zu Größe und Gewicht,
- zum Rauchverhalten,
- zu riskanten Hobbies oder
- zu Auslandsaufenthalten

der versicherten Person stellen.

Sollten sich Änderungen der genannten Punkte während der Vertragslaufzeit ergeben - z. B. wenn die versicherte Person vom Nichtraucher zum Raucher wird -, so müssen Sie diese nicht anzeigen.

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir?

Vereinbarte Leistungen

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig, erbringen wir folgende Leistungen:

- a) Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus;
- b) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.

(2) Bei Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung erhöht sich die Rente im Leistungsbezug zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens ein Jahr nach Beginn der Rentenzahlung, um den vereinbarten Prozentsatz.

(3) Zusätzlich zu den im Versicherungsschein beschriebenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe § 4).

Leistungsbeginn

(4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn der Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Diese Regelung gilt sinngemäß für die zusätzliche Pfliegerente gemäß Absatz 7.

Karenzzeit

(5) Bei Vereinbarung einer Karenzzeit für die Berufsunfähigkeitsrente entsteht Ihr Anspruch auf Rente zum Ablauf der Karenzzeit, gerechnet vom Ende des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Die Karenzzeit gilt nicht für die Beitragsbefreiung und die zusätzliche Pfliegerente gemäß Absatz 7.

Ist eine Karenzzeit vereinbart und entsteht erneut ein Anspruch auf die vereinbarte Rentenleistung aus dem gleichen medizinischen Grund, aufgrund dessen bereits Leistungen gewährt wurden, setzt dies keine neue Karenzzeit in Gang.

BU Perfect Start

(6) Haben Sie mit uns eine Berufsunfähigkeits-Versicherung „BU Perfect Start“ (Tarif SBUJ) oder „BU Perfect Start PLUS“ (Tarif SBUJ+) vereinbart, gilt Folgendes:

(a) Die bei Vertragsabschluss vereinbarte Leistung bleibt während der ersten fünf Versicherungsjahre konstant. Zum 5., 6., 7., 8. und 9. Jahrestag des Versicherungsbeginns sinkt die Berufsunfähigkeitsrente bei gleichbleibendem Beitrag jeweils in dem im Versicherungsschein genannten Umfang, sofern nicht eine Erhöhung gemäß Buchstabe b erfolgt. Danach bleibt die Berufsunfähigkeitsrente für die verbleibende Versicherungsdauer konstant.

(b) Damit der Versicherungsschutz über die gesamte Versicherungsdauer in voller Höhe erhalten bleibt, wird die Berufsunfähigkeitsrente zu den in Buchstabe a genannten Zeitpunkten für alle Folgejahre ohne erneute Gesundheitsprüfung im Umfang der jeweiligen Reduzierung (Buchstabe a) erhöht. Der Beitrag steigt dadurch nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechend. Bei der Berechnung der Erhöhungen finden die bei Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen Anwendung. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung.

(c) Die jeweilige Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen. Unterbliebene Erhöhungen können nur bis zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns nachgeholt werden.

(d) Die Reduzierung der Berufsunfähigkeitsrente wirkt sich auf bestehende Leistungsansprüche nicht aus. Eine Erhöhung des Beitrags und der Berufsunfähigkeitsrente gemäß Buchstabe b erfolgt nicht, solange ein Anspruch auf Leistung besteht.

(e) Sofern der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt, weil die Berufsunfähigkeit endet (Absatz 8), werden die gemäß

Buchstabe d unterbliebenen Erhöhungen nachgeholt. Buchstabe c gilt entsprechend.

(f) Die Buchstaben a bis e gelten entsprechend für die beim Tarif SBUJ+ vereinbarte zusätzliche Pflegerente gemäß Absatz 7.

(g) Sofern Sie mit uns die Dynamikform Q vereinbart haben, beginnen die planmäßigen Erhöhungen der Beiträge und Leistungen nach Ablauf von zehn Jahren.

Pflege-Schutzbrief - BU PLUS

(7) Haben Sie mit uns eine Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Pflege-Schutzbrief „BU PLUS“ (Tarif SBU+) oder „BU Perfect Start PLUS“ (Tarif SBUJ+) vereinbart, so erbringen wir eine zusätzliche lebenslange Pflegerente in vereinbarter Höhe, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne von § 1 Abs. 10 wird oder ein Autonomieverlust infolge Demenz im Sinne von § 1 Abs. 11 vorliegt.

Leistungsende

(8) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt,

- wenn die versicherte Person stirbt,
- wenn die vereinbarte Leistungsdauer endet oder
- wenn die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 1 endet.

Der Anspruch auf die zusätzliche Pflegerente gemäß Absatz 7 erlischt,

- wenn die versicherte Person stirbt oder
- wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Abs. 10 und kein Autonomieverlust infolge Demenz im Sinne von § 1 Abs. 11 mehr vorliegt.

Stirbt die versicherte Person oder erlebt sie den Ablauf der Versicherungsdauer, ohne dass ein Versicherungsfall eingetreten ist, wird - ggf. bis auf die Auszahlung der angesammelten Überschüsse gemäß § 4 Abs. 2 Buchst. b, Nr. 3 oder 4 - keine Leistung fällig.

Weltweiter Versicherungsschutz

(9) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 3 Was gilt bei Vereinbarung von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit?

Definition der Arbeitsunfähigkeit

(1) Als arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen gilt die versicherte Person, wenn entweder

- auf sie für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Monaten ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausgestellt wurden und ein Facharzt bescheinigt, dass sie voraussichtlich ununterbrochen bis zum Ende eines insgesamt mindestens sechsmonatigen Zeitraums arbeitsunfähig sein wird oder
- auf sie für einen zusammenhängenden Zeitraum von bereits sechs Monaten ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausgestellt wurden. Davon muss mindestens eine von einem Facharzt ausgestellt worden sein.

Bei Arbeitnehmern müssen die ärztlichen Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz entsprechen. Bei Beamten, freiberuflich Tätigen, Selbstständigen, Studierenden, Schülern, Hausfrauen und -männern müssen die Bescheinigungen gemäß Satz 1 und 2 ebenfalls

vorliegen, jedoch ohne die Voraussetzungen des § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz erfüllen zu müssen.

Vereinbarte Leistungen

(2) Haben Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit vereinbart und wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung arbeitsunfähig im Sinne von Absatz 1, erbringen wir folgende Leistungen:

- a) Monatliche Zahlungen in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente für die in den Absätzen 4 und 5 genannte Dauer;
- b) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die in den Absätzen 4 und 5 genannte Dauer.

Leistungen für Schüler

(3) Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit sind bei Schülern im Sinne des § 1 Abs. 3 längstens bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres ohne Mehrbeitrag mitversichert. Danach entfallen die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Sie können die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit allerdings ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in den bestehenden Vertrag gemäß § 18 einschließen.

Dauer der Leistungen

(4) Die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir, solange

- die versicherte Person ununterbrochen arbeitsunfähig ist und
- die Leistungsdauer dieser Versicherung nicht abgelaufen ist und
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Sofortleistungen gemäß § 9 erbringen und
- die versicherte Person lebt.

Wenn die versicherte Person nicht mehr ununterbrochen arbeitsunfähig ist oder stirbt, enden unsere Leistungen mit Ablauf des Monats, in dem das Ereignis eingetreten ist.

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

(5) Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir für maximal 36 Monate. Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer mehrfach arbeitsunfähig gemäß Absatz 1 wird, ist die Leistungsdauer wegen Arbeitsunfähigkeit für alle eintretenden Arbeitsunfähigkeiten zusammen auf 36 Monate beschränkt.

Leistungsbeginn

(6) Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der Beginn der Arbeitsunfähigkeit fällt, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn der Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Karenzzeit

(7) Ist eine Karenzzeit vereinbart, so beziehen sich die Regelungen aus § 2 Abs. 5 nicht nur auf Berufsunfähigkeit, sondern auch auf Arbeitsunfähigkeit gemäß Absatz 1. Bei der maximalen Leistungsdauer von 36 Monaten gemäß Absatz 5 werden auch die Monate berücksichtigt, in denen Arbeitsunfähigkeit vorlag, aber aufgrund einer Karenzzeit noch keine Rentenleistung erbracht wurde.

Gleichzeitige Berufsunfähigkeit

(8) Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.

Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 vorliegt und für den Zeitraum seit Eintritt der festgestellten Berufsunfähigkeit bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, so werden diese Leistungen mit den für diesen Zeitraum fälligen Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet und bei der maximalen Leistungsdauer von 36 Monaten gemäß Absatz 5 nicht berücksichtigt. Entsprechendes gilt, wenn Sofortleistungen gemäß § 9 für einen Zeitraum fällig werden, für den bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden.

Mitwirkungspflichten

(9) Wenn Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verlangt werden, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers Bescheinigungen gemäß Absatz 1 eingereicht werden.

Wir können weitere notwendige Nachweise anfordern. Hierzu gehören insbesondere Informationen und Nachweise über die Gesundheit der versicherten Person sowohl vor als auch nach Vertragsbeginn.

Sie müssen nicht gleichzeitig einen Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit stellen.

Eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit erbringen wir nicht automatisch, wenn die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit enden. Leistungen wegen Berufsunfähigkeit müssen Sie gesondert beantragen.

Nachprüfung

(10) Wenn wir Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt zu prüfen, ob nach wie vor eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person vorliegt.

Wenn Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit aus einem der in Absätzen 4 oder 5 genannten Gründe enden, besteht kein Anspruch auf Sonderleistungen gemäß § 15.

Wegfall der Arbeitsunfähigkeit

(11) Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.

Weitere Regelungen

(12) Soweit in diesem Paragrafen nichts anderes geregelt ist, gelten die Regelungen dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung auch für die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Die in Ihrem Versicherungsschein geregelten Ausschlüsse und besonderen Vereinbarungen zu Art und Umfang dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung gelten auch für die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.

Kündigung

(13) Sie können die Vereinbarung von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Voraussetzung ist, dass wir keine Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht haben und Sie solche Leistungen nicht

beantragt haben. Wenn Sie die Vereinbarung kündigen, zahlen wir hierfür keinen Rückkaufswert aus.

§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die zum Zeitpunkt des Jahresabschlusses vorliegenden Bewertungsreserven werden im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(a) Überschüsse können entstehen, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko oder die Kosten niedriger oder die Kapitalerträge höher sind als bei der Tarifikalkulation angenommen. An solchen Überschüssen beteiligen wir die Versicherungsnehmer. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

(b) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.

Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der so genannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Abs. 1 VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder - sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen - zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden (vgl. § 25 Abs. 6). Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, fließt ein Teil davon den Versicherungsnehmern gemäß § 153 Abs. 3 VVG nach dem in

Abs. 2 Buchst. c beschriebenen Verfahren zu. Die Bewertungsreserven werden jährlich im Geschäftsbericht ausgewiesen, unterjährig aktualisiert und am Monatsanfang zur Verteilung festgelegt. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

(a) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, die in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Die Überschussanteilsätze werden jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen sie in unserem Geschäftsbericht, den Sie auf unserer Internetseite finden können.

Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteilsätze und für die Beteiligung an den Bewertungsreserven werden nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelt. Die dafür geltenden Rechnungsgrundlagen liegen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bereich Versicherungen) vor.

(b) Überschusszuteilung und Überschussverwendung vor Eintritt des Versicherungsfalles

Die Überschussanteile können je nach Vereinbarung insbesondere wie folgt alternativ verwendet werden:

1. Als Rabatt auf den fälligen Beitrag.
2. Als zusätzliche Leistung (Bonusrente). Diese wird gleichzeitig mit der vereinbarten Leistung fällig; sie ist während des Rentenbezugs der Höhe nach garantiert und wie die vereinbarte Rente am Überschuss (siehe Buchstabe d) beteiligt.
3. Sie können verzinslich angesammelt werden.
4. Sie können zum Kauf von Fondsanteilen verwendet und als Fondsvermögen geführt werden (Fondsansammlung).

Bei beitragsfreien Versicherungen werden die laufenden Überschussanteile stets für eine Bonusrente verwendet.

Bei der verzinslichen Ansammlung bzw. der Fondsansammlung erfolgt die Überschusszuteilung zum Ende eines jeden Versicherungsjahres. Das angesammelte Guthaben bzw. der Geldwert des Fondsvermögens wird mit der ersten Rentenzahlung, spätestens bei Beendigung der Versicherung (Ablauf, Kündigung, Tod der versicherten Person) ausgezahlt.

Wir werden Sie jährlich über den Stand der Überschussbeteiligung informieren, sobald sich der Wert der bereits zuge teilten Überschussanteile geändert hat.

(c) Beteiligung an den Bewertungsreserven

Für Ihren Vertrag wird eine Bemessungsgröße berechnet, die widerspiegelt in welchem Umfang Ihr Vertrag zur Bildung der Bewertungsreserven beigetragen hat. Ihrem Vertrag wird rechnerisch der Anteil der Bewertungsreserven zugeordnet, der dem Anteil seiner Bemessungsgröße an der Summe der Bemessungsgrößen aller anspruchsberechtigten Verträge entspricht. Bei Beendigung der Versicherung, spätestens zum Rentenbeginn, wird Ihrem Vertrag die Hälfte dieses Betrags zugeteilt; auf die andere Hälfte haben Sie keinen Anspruch. Der Zuteilungsbetrag wird bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt bzw. bei Rentenbeginn wie laufende Überschüsse verwendet.

Auch während des Rentenbezugs werden wir Sie an den Bewertungsreserven beteiligen.

Da die Bewertungsreserven auch kurzfristig starken Schwankungen bis hin zur vollständigen Auflösung unterliegen können, ist eine Prognose der Höhe der Zuteilung aus den Bewertungsreserven nicht möglich.

(d) Form und Verwendung der Überschussanteile während des Rentenbezugs

Berufsunfähigkeits-Versicherungen im Rentenbezug erhalten nach mindestens einjähriger Zahlungsdauer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile. Diese werden für beitragsfreie Zusatzrenten verwendet und erhöhen so die Rentenleistung.

(3) Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Einflussfaktoren sind die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sowie des Kapitalmarkts. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Einlöschungsbeitrags (siehe § 21 Abs. 2 und § 22 Abs. 2).

§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zum Versicherungsfall gekommen ist.

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Ansprüche unmittelbar oder mittelbar verursacht sind:

- a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Bei einfach und grob fahrlässig begangenen Verstößen und allen Delikten im Straßenverkehr leisten wir uneingeschränkt;
- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch Kriegsereignisse. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person entweder während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war oder denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten ausgesetzt war, bei dem sie als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei aufgrund eines Mandats der NATO, UNO, EU oder OSZE an humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat;
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder von Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich den Versicherungsfall herbeiführt haben;
- f) durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern mit dem Einsatz oder der Freisetzung eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllung der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.
- Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden. Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von sechs Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und ggf. bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

(2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

(3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

Rücktritt

(5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir

trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
- ursächlich war.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt er, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

(9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten. Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 25 in einen beitragsfreien Vertrag um.

Vertragsänderung

(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.

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

(12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
- wir die Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

(13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch

gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

(14) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(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 nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung und 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 bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

(19) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

(20) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrags können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 8 Was ist zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

Meldung des Anspruchs

(1) Ihre Anspruchstellung sollte unverzüglich - d. h. ohne schuldhaftes Zögern - erfolgen, wenn die Berufsunfähigkeit

eingetreten ist. Auch bei späterer Anzeige leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit. Entsprechendes gilt für die zusätzliche Pflegerente gemäß § 2 Abs. 7.

(2) Falls die Leistungsdauer über die Versicherungsdauer hinausgeht, können Ansprüche, die durch den Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, auch nach deren Ablauf geltend gemacht werden.

Entsprechendes gilt für die zusätzliche Pflegerente gemäß § 2 Abs. 7.

Zinslose Stundung während der Leistungsprüfung

(3) Wenn Sie Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung beantragen, bieten wir Ihnen bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht die zinslose Stundung der Beiträge an.

Stellt sich heraus, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, sind die gestundeten Beiträge unverzinst nachzahlen. Diese können Sie in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 24 Monatsraten nachentrichten. Sofern Sie es wünschen und dies tariflich möglich ist, kann der Ausgleich auch durch eine Verrechnung mit dem vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei können Sie zwischen einer Verringerung der Leistungen oder einer Erhöhung des Beitrags wählen.

Bei festgestellter Leistungspflicht zahlen wir die über den Monat des Eintritts der Berufsunfähigkeit hinaus gezahlten Beiträge unverzinst zurück.

Mitwirkungspflichten

(4) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, sind uns unverzüglich - d. h. ohne schuldhaftes Zögern - auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln oder bisher behandelt oder untersucht haben. Die Berichte müssen folgende Punkte enthalten:
 - Ursache des Leidens,
 - Beginn des Leidens,
 - Art des Leidens,
 - Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens,
 - den Umfang, in dem die versicherte Person ihren Beruf nicht mehr ausüben kann,
 - wenn Pflegebedürftigkeit vorliegt, Art und Umfang der notwendigen Pflege sowie,
 - wenn Demenz vorliegt, Art und Umfang der notwendigen Beaufsichtigung sowie Schweregrad;
- c) bei Schülern Nachweise über die sonderpädagogische Förderung oder den Wechsel auf eine Förderschule und den jeweiligen Grund dafür;
- d) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- e) bei Pflegebedürftigkeit oder Autonomieverlust infolge Demenz zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die die versicherte Person pflegt oder

beaufsichtigt. Aus dieser Bescheinigung müssen Art und Umfang der Pflege oder der Notwendigkeit der Beaufsichtigung hervorgehen;

- f) bei Vorliegen eines Tätigkeitsverbots nach dem Infektionsschutzgesetz eine amtlich beglaubigte Kopie der Verfügung.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskunft nach § 28 vorgelegt wird.

Weitere Untersuchungen und Nachweise

(5) Wir können außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte unabhängige Ärzte verlangen.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden.

Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, dem Vereinigten Königreich, in Island, Norwegen, der Schweiz, USA oder Kanada, prüfen wir auf Ihren Wunsch hin, ob dort eine qualitativ gleichwertige Untersuchung möglich und eine Reise vermeidbar ist.

Wir übernehmen alle notwendigen Kosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen entstehen (z. B. Untersuchungs-, Reise-, Unterbringungs- und Verpflegungskosten).

Außerdem können wir weitere notwendige Nachweise über die wirtschaftlichen und gesundheitlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen verlangen.

Zu diesen Nachweisen gehören:

- Lohn- und Gehaltsabrechnungen,
- Steuerbescheide,
- Gewinn- und Verlustrechnungen,
- Bilanzen und
- zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen über den Gesundheitszustand der versicherten Person vor oder nach Ihrer Vertragserklärung.

(6) Sämtliche Unterlagen sind uns in deutscher Sprache oder beglaubigter Übersetzung vorzulegen.

Ärztliche Empfehlungen und Maßnahmen

(7) Lässt die versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen dieser Versicherung nicht entgegen.

Die versicherte Person ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen,

- die gefahrlos sind,
- die nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
- von denen eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B.:

- die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen),
- die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder
- das Tragen von Stützstrümpfen.

(8) Die Absätze 1 bis 6 gelten sinngemäß, wenn bei den Tarifen SBU+ und SBUJ+ die zusätzliche Pflegerente (§ 2 Abs. 7) verlangt wird.

§ 9 Wann können Sie Sofortleistungen wegen einer schweren Krankheit oder Beeinträchtigung erhalten?

Voraussetzungen für Sofortleistungen

(1) Wenn bei der versicherten Person während der Dauer dieser Versicherung eine der im Folgenden beschriebenen schweren Krankheiten oder Beeinträchtigungen eintritt, haben Sie die Möglichkeit, besonders schnell so genannte Sofortleistungen zu erhalten. Die genauen Regelungen hierzu finden Sie ab Absatz 2. Bei den schweren Krankheiten und Beeinträchtigungen handelt es sich um:

Krebs

Die versicherte Person hat aufgrund einer Krebserkrankung

- eine Chemotherapie oder eine Strahlentherapie begonnen oder diese steht unmittelbar bevor und es wurde mindestens eine Metastase festgestellt oder
- eine palliative Therapie begonnen oder diese steht unmittelbar bevor.

Herzinfarkt

Bei der versicherten Person ist durch einen Herzinfarkt die Herzleistung so eingeschränkt, dass eine Reduktion der Ejektionsfraktion auf weniger als 30 Prozent über mindestens 14 Tage hinweg trotz medikamentöser Behandlung besteht.

Schlaganfall

Bei der versicherten Person ist durch einen Schlaganfall eine Körperhälfte so gelähmt, dass ein Kraftverlust von mindestens 5/6 über mindestens 14 Tage hinweg besteht.

Erkrankung oder Verletzung der Lunge

Bei der versicherten Person ist die Lungenfunktion durch eine Verletzung oder Erkrankung (z. B. schweres Asthma, Emphysem, chronische Entzündung) unumkehrbar so eingeschränkt, dass sie eine Sauerstoff-Langzeit-Therapie mit einem Umfang von mindestens acht Stunden pro Tag begonnen hat.

Querschnittslähmung

Bei der versicherten Person liegt eine komplette Querschnittslähmung vor.

Sehverlust

Bei der versicherten Person liegt ein vollständiger, organischer und unumkehrbarer Sehverlust vor, der auch durch Einsatz von Hilfsmitteln (z. B. Brille, Kontaktlinsen) nicht behoben werden kann.

Hörverlust

Bei der versicherten Person liegt ein vollständiger, organischer und unumkehrbarer Hörverlust vor, der auch bei Einsatz von Hilfsmitteln (z. B. Hörgerät, Implantat) nicht behoben werden kann.

Sprachverlust

Bei der versicherten Person liegt ein vollständiger, organischer und unumkehrbarer Sprachverlust vor, der auch bei Einsatz von Hilfsmitteln (z. B. Kehlkopfmikrofon) nicht behoben werden kann.

Beantragung

(2) Bei der Beantragung von Sofortleistungen reicht es, wenn Sie Ihrem Antrag einen Bericht eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung beifügen.

Der Bericht muss Folgendes enthalten:

- den Zeitpunkt, zu dem die ursächliche Krankheit oder Beeinträchtigung erstmalig diagnostiziert wurde, sowie den Zeitpunkt, zu dem der in Absatz 1 beschriebene Schweregrad erstmalig diagnostiziert wurde,
- eine genaue Beschreibung der Erkrankung,
- im Falle einer Krebserkrankung den Behandlungsplan sowie die Tumorklassifikation,
- im Falle eines Herzinfarktes oder eines Schlaganfalls den Befund der Verlaufskontrolle im Abstand von 14 Tagen nach der Erstdiagnose und
- im Falle einer Erkrankung oder Verletzung der Lunge den Nachweis über die begonnene Sauerstoff-Langzeit-Therapie.

Der Antrag muss innerhalb von sechs Monaten nach der ersten Diagnose der schweren Krankheit oder Beeinträchtigung gestellt werden. Außerdem können Sie den Antrag nur in Verbindung mit einem Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit stellen.

Nach Vorliegen der Unterlagen erklären wir innerhalb von fünf Werktagen in Textform, ob eine schwere Krankheit oder Beeinträchtigung gemäß Absatz 1 vorliegt. Ist dies der Fall, erhalten Sie die in Absatz 3 beschriebenen Leistungen.

Vereinbarte Leistungen

(3) Als Sofortleistungen erbringen wir:

- a) Monatliche Zahlungen in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente für die in Absatz 4 genannte Dauer;
- b) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die in Absatz 4 genannte Dauer.

Dauer der Sofortleistungen

(4) Die Sofortleistungen erbringen wir für eine Dauer von 18 Monaten, es sei denn

- die Leistungsdauer dieser Versicherung ist abgelaufen oder
- wir erbringen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder die versicherte Person stirbt.

Eine Besserung des Gesundheitszustands führt nicht zu einer Einstellung der Sofortleistungen.

Leistungsbeginn

(5) Der Anspruch auf Sofortleistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die schwere Krankheit oder Beeinträchtigung in der in Absatz 1 beschriebenen Form eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn der Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Karenzzeit

(6) Ist eine Karenzzeit vereinbart, so beziehen sich die Regelungen aus § 2 Abs. 5 nicht nur auf Berufsunfähigkeit, sondern auch auf die Sofortleistungen. Bei der maximalen Leistungsdauer von 18 Monaten gemäß Absatz 4 werden auch die Monate berücksichtigt, in denen aufgrund einer Karenzzeit noch keine Rentenleistung erbracht wurde.

Gleichzeitige Berufsunfähigkeit

(7) Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Sofortleistungen.

Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 vorliegt und für den Zeitraum seit Eintritt der festgestellten Berufsunfähigkeit bereits Sofortleistungen erbracht wurden, so werden diese Leistungen mit den für diesen Zeitraum fälligen Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet.

Weitere Regelungen

(8) Sofortleistungen können Sie während der Dauer Ihrer Versicherung auch mehrfach beantragen. In Monaten, in denen sich Leistungszeiträume überschneiden, wird jedoch nur eine Rentenleistung erbracht.

(9) Bitte beachten Sie: Sofern wir nach Anerkennung von Sofortleistungen eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 7 feststellen, können wir vom Vertrag zurücktreten oder diesen anfechten, unsere Leistungen einstellen und bereits erbrachte Leistungen zurückfordern.

(10) Soweit in diesem Paragrafen nichts anderes geregelt ist, gelten die Regelungen dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung auch für die Sofortleistungen.

Die in Ihrem Versicherungsschein geregelten Ausschlüsse und besonderen Vereinbarungen zu Art und Umfang dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung gelten auch für die Sofortleistungen.

§ 10 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

Wir unterstützen und beraten Sie gerne im Leistungsfall. Insbesondere bei Fragen

- zur Beantragung von Leistungen,
- zum Verfahren der Leistungsprüfung,
- zum Umfang der Leistungen,
- zum Nachweis der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit,
- zu den beizubringenden Unterlagen,
- zur Beschreibung der ausgeübten beruflichen Tätigkeit sowie
- zur betrieblichen Umgestaltung bei Selbstständigen.

Außerdem nennen wir Ihnen auf Wunsch Ansprechpartner für berufliche Integration oder medizinische Rehabilitation.

Gerne können Sie uns hierzu auch anrufen. Alle erforderlichen Formulare, mit denen Sie Leistungen beantragen können, erhalten Sie direkt von uns.

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

(1) Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig, in Abständen von maximal drei Wochen, über den Sachstand informieren und fehlende Unterlagen unverzüglich anfordern. Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von fünf Arbeitstagen in Textform, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Wir verzichten auf das Recht gemäß § 173 Abs. 2 VVG, ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis auszusprechen.

(3) Wenn derjenige, der den Anspruch auf Leistungen geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung nicht einverstanden ist, hat er die Möglichkeit, dagegen rechtlich vorzugehen. Beachten Sie bitte hierbei wie bei allen Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, dass diese in drei Jahren

verjähren. Es gelten die zivilrechtlichen Verjährungsregeln der §§ 194ff des Bürgerlichen Gesetzbuches.

§ 12 Wer erhält die Leistungen?

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.

(2) Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person dieser Versicherung sind, kann die Versicherung der Versicherungsteuerpflicht unterliegen.

Damit auf die Beiträge Ihrer Versicherung keine Versicherungssteuer anfällt, gilt für die Benennung des Bezugsberechtigten Folgendes:

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

Wer zu den Angehörigen der versicherten Person gehört, ist in § 15 Abgabenordnung und § 7 Pflegezeitgesetz geregelt. Zum Stand 01.06.2022 gehören hierzu folgende Personen:

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

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

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

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

(3) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Wir werden Ihnen schriftlich bestätigen, dass der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist. Sobald Ihnen unsere Bestätigung

zugelassen ist, kann das bis zu diesem Zeitpunkt noch widerrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

Das Gleiche gilt für die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.

(5) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

§ 13 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.

(2) Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

§ 14 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

Nachprüfung

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen.

Dabei prüfen wir,

- ob sich die Gesundheit der versicherten Person verändert hat bzw. ob ein Tätigkeitsverbot gemäß § 1 Abs. 13 weiterhin besteht und
- ob die versicherte Person eine berufliche Tätigkeit aufgenommen hat.

Dabei gilt als versicherter Beruf neben einer Tätigkeit gemäß § 1 Abs. 1 sowie Abs. 3 bis Abs. 6 auch eine inzwischen aufgenommene Tätigkeit, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt wird, sofern sie der Lebensstellung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht. § 1 Absätze 2, 8 und 9 gelten entsprechend.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten

- jederzeit sachdienliche Auskünfte wie zum Beispiel Informationen zur wirtschaftlichen Situation und
- einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende unabhängige Ärzte verlangen.

(3) Die Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit (hierzu zählt auch eine Änderung des zeitlichen Umfangs der beruflichen Tätigkeit) sowie den Wegfall eines Tätigkeitsverbots gemäß § 1 Abs. 13 während der Zeit festgestellter Berufsunfähigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

Einstellung der Leistungen

(4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen, endet unsere Leistungspflicht; entsprechend kann Ihre Beitragszahlungspflicht wieder beginnen (siehe § 2 Abs. 8).

Bei den Tarifen SBU+ und SBUJ+ endet unsere Leistungspflicht für die zusätzliche Pflegerente, wenn die Leistungsvoraussetzungen gemäß § 2 Abs. 7 weggefallen sind.

Die Einstellung unserer Leistungen und den Wiederbeginn der Beitragszahlungspflicht legen wir Ihnen in Textform dar und teilen sie dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss ggf. auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

Vorübergehende Besserung

(5) Bei der Frage nach der Berufsunfähigkeit bleiben vorübergehende Besserungen unberücksichtigt. Eine Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 15 Welche Sonderleistungen erbringen wir?

Wiedereingliederungshilfe

(1) Wenn unsere Leistungspflicht endet, weil die versicherte Person aufgrund neu erworbener beruflicher Fähigkeiten wieder eine Tätigkeit ausübt, gewähren wir als besondere Wiedereingliederungshilfe eine Einmalzahlung in Höhe von sechs Berufsunfähigkeitsmonatsrenten, höchstens 6.000 Euro.

Umorganisationshilfe

(2) Wenn unsere Leistungspflicht endet oder wir nicht leisten, weil die versicherte Person ihren Betrieb nach § 1 Absatz 2 zumutbar umorganisieren könnte oder umorganisiert hat, gewähren wir eine Umorganisationshilfe in Höhe von sechs Berufsunfähigkeitsmonatsrenten, höchstens 6.000 Euro.

Rehabilitationshilfe

(3) Endet unsere Leistungspflicht infolge einer erfolgreich abgeschlossenen medizinischen oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahme, so beteiligen wir uns an den Kosten der Rehabilitationsmaßnahme bis zu einer Höhe von sechs Berufsunfähigkeitsmonatsrenten, höchstens 6.000 Euro, soweit die Kosten nicht von Dritten übernommen werden. Den Nachweis, dass die Kosten nicht von einem Dritten übernommen wurden, haben Sie als Versicherungsnehmer zu erbringen.

Weitere Regelungen

(4) Die genannten Sonderleistungen können unter den jeweiligen Voraussetzungen, die in den Absätzen 1 bis 3 genannt sind, beantragt werden. Eine Beantragung von mehreren Sonderleistungen gleichzeitig ist nicht möglich. Während der Vertragslaufzeit können die jeweiligen Sonderleistungen auch mehrfach in Anspruch genommen werden, je Versicherungsfall aber nur einmal. Die Sonderleistungen rechnen wir bei einem Wiedereintritt der Berufsunfähigkeit aus gleichem medizinischem Grund innerhalb von sechs Monaten auf neu entstehende Rentenansprüche an.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht im Anspruchsfall (§ 8) oder bei Nachprüfung der Berufsunfähigkeit (§ 14) von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

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

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 17 Welche Bedeutung hat die Nachversicherungsgarantie?

Sie haben während der Vertragslaufzeit verschiedene Möglichkeiten Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen.

Nachversicherungsmöglichkeit bei Beginn eines Studiums oder einer Berufsausbildung

(1) Wenn die versicherte Person ein Hochschulstudium an einer staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA oder eine Berufsausbildung beginnt, haben Sie das Recht, Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung bis auf das Doppelte der bisher versicherten Berufsunfähigkeitsrente zu erhöhen. Beträgt die bisher versicherte Berufsunfähigkeitsrente weniger als 500 Euro, ist auch eine Erhöhung um maximal 500 Euro möglich. Die insgesamt bei uns vereinbarte monatliche Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrente darf jedoch nach der Erhöhung maximal 2.000 Euro bei Beginn eines Studiums bzw. maximal 1.500 Euro bei Beginn einer Ausbildung betragen.

Nachversicherungsmöglichkeit bei Beginn einer beruflichen Tätigkeit

(2) Wenn die versicherte Person nach Abschluss eines Hochschulstudiums an einer staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA oder einer Berufsausbildung erstmals eine dem Abschluss entsprechende berufliche Tätigkeit aufnimmt, haben Sie das Recht Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung bis auf das Doppelte der bisher versicherten Berufsunfähigkeitsrente zu erhöhen. Beträgt die bisher versicherte Berufsunfähigkeitsrente weniger als 500 Euro, ist auch eine Erhöhung um maximal 500 Euro möglich. Die insgesamt bei uns vereinbarte monatliche Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrente darf jedoch nach der Erhöhung maximal 2.500 Euro betragen.

Nachversicherungsmöglichkeit bei Erhöhung des Einkommens

(3) Sie haben das Recht, Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen, wenn bei der versicherten Person ein Einkommenssprung stattgefunden hat. Unter einem Einkommenssprung verstehen wir, dass

- sich im Falle einer nichtselbstständigen Tätigkeit das regelmäßige jährliche Bruttoeinkommen um mindestens 10 % erhöht (z. B. durch Gehaltserhöhung, Beförderung, Wechsel des Arbeitgebers, Erhalt von Prokura) oder
- bei Selbstständigen der durchschnittliche Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre um mindestens 30 % höher ist als der durchschnittliche Gewinn des davorliegenden Dreijahreszeitraums.

Für die Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente aufgrund von Einkommenssprüngen gelten folgende Grenzen:

- Durch einen Einkommenssprung darf die vereinbarte Gesamtmonatsrente aus allen bei uns bestehenden Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen maximal um 500 Euro erhöht werden.
- Bei mehreren Einkommenssprüngen sind auch mehrere Erhöhungen möglich, die Summe aller Erhöhungsbeträge darf jedoch bezogen auf die Monatsrente 1.500 Euro nicht überschreiten.
- Die Gesamtmonatsrente aus allen bei uns bestehenden Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen darf sich maximal auf 4.000 Euro erhöhen. Lag die Rente bereits zu Beginn Ihrer Versicherung über 2.500 Euro, ist eine Erhöhung auf maximal 6.000 Euro möglich.

Nachversicherungsmöglichkeit bei besonderen Ereignissen

(4) Sie haben das Recht, Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente bei nachstehenden Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen.

Die persönliche Situation der versicherten Person verändert sich durch:

- erstmalige Gründung eines eigenen Hausstandes,
- Erwerb und Finanzierung einer Immobilie mit einem Finanzierungsbetrag von mindestens 50.000 Euro,
- Heirat,
- Geburt eines Kindes,
- Adoption eines Kindes,
- Eintritt der Volljährigkeit,
- Scheidung bzw. Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft oder
- Tod des Ehepartners bzw. des eingetragenen Lebenspartners.

Die berufliche Situation der versicherten Person verändert sich durch:

- Wechsel aus einer mindestens ein Jahr laufenden sozialversicherungspflichtigen Teilzeittätigkeit in eine unbefristete Vollzeitstelle,
- Abschluss einer beruflichen Qualifikation, wie zum Beispiel Meisterbrief,
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung, wie zum Beispiel Facharzt Ausbildung, Promotion, Master, sofern die versicherte Person eine der Weiterqualifizierung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt,
- Abschluss einer beruflichen Qualifikation für in einem Kammerberuf selbstständig Tätige, wie zum Beispiel Fachanwalt, Wirtschaftsprüfer, oder
- Wechsel in die volle berufliche Selbstständigkeit.

Die Versorgungssituation der versicherten Person verändert sich durch:

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

Bei jedem der zuvor genannten Ereignisse darf die vereinbarte Gesamtmonatsrente aus allen bei uns bestehenden Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen maximal um 500 Euro auf maximal 2.500 Euro erhöht werden.

Nachversicherungsmöglichkeit bei einer Änderung der Überschussbeteiligung

(5) Sofern die Überschüsse für eine Bonusrente verwendet werden und diese Bonusrente durch eine Verminderung der Überschussanteile sinkt, haben Sie innerhalb von sechs Monaten das Recht, im bestehenden Vertrag die Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zu der vor der Überschussenkung gültigen Höhe aufzustocken.

Nachversicherungsmöglichkeit ohne besonderen Anlass

(6) Haben Sie mit uns die Individuelle Nachversicherungsgarantie vereinbart, können Sie ohne besonderen Anlass innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung bis auf den vereinbarten Betrag anheben.

Weitere Regelungen

(7) Bei allen Erhöhungen mit Ausnahme der Erhöhungen im Rahmen von Absatz 5 muss die neue Berufsunfähigkeitsrente mindestens um 50 Euro monatlich höher als die vor der Erhöhung vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente sein.

(8) Bei Erhöhungen im Rahmen der Absätze 2, 3, 4 und 6 darf die gesamte Anwartschaft auf Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrente einschließlich bestehender privater und betrieblicher Anwartschaften nach der Erhöhung nicht mehr als 60 % des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens betragen. Hierzu können wir Einkommensnachweise verlangen. Bei Beamten darf ein Anteil von 25 % nicht überschritten werden.

(9) Eine Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung ist nur möglich, wenn bisher weder ein Versicherungsfall im Rahmen einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung eingetreten ist noch Leistungen aus einer dieser Versicherungen beantragt wurden. Hierzu gehören auch Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.

(10) Die Nachversicherungsmöglichkeiten gemäß den Absätzen 1 bis 4 erlöschen, wenn die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat, jedoch nicht innerhalb von fünf Jahren nach Versicherungsbeginn.

(11) Wenn Sie eine der Nachversicherungsmöglichkeiten gemäß den Absätzen 1 bis 4 in Anspruch nehmen wollen, ist dies innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses möglich.

(12) Wir können für das Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen aus den Absätzen 1 bis 4 geeignete Nachweise verlangen.

(13) Für die Erhöhungen mit Ausnahme der Erhöhungen im Rahmen von Absatz 5 gelten die zum Nachversicherungszeitpunkt gültigen Tarife und Versicherungsbedingungen. Der Beitrag richtet sich nach dem von Ihnen gewählten Tarif und der Risikoeinstufung (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) des zuletzt abgeschlossenen Vertrags.

War die versicherte Person bei Vertragsabschluss Schüler, ist außerdem die zum Nachversicherungszeitpunkt ausgeübte berufliche Tätigkeit maßgebend.

(14) Bei den Tarifen SBU+ und SBUJ+ erhöht sich die zusätzliche Pflegerente (§ 2 Abs. 7) um den gleichen Betrag wie die Berufsunfähigkeitsrente.

Späterer Einschluss und Wiedereinschluss von planmäßigen Erhöhungen

(15) Sie haben das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung die Dynamikform I gemäß unseren „Besonderen Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung“ während der Vertragslaufzeit neu einzuschließen.

Sie können außerdem die Dynamikform I oder Q ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder einschließen, sofern die jeweilige Dynamikform bei Abschluss des Vertrags vereinbart wurde und das Recht auf weitere Erhöhungen erloschen ist, weil Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch gemacht haben. Für den Wiedereinschluss der Dynamikform Q gilt der ursprünglich vereinbarte Erhöhungssatz.

Das Recht auf (Wieder-)Einschluss besteht nur, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet,
- Die gesamte Anwartschaft auf Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater und betrieblicher Anwartschaften beträgt zum Zeitpunkt des (Wieder-)Einschlusses nicht mehr als 60 % des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens.

Die Rechnungsgrundlagen des ursprünglichen Vertrags werden durch den (Wieder-)Einschluss nicht berührt. Für die Erhöhung findet der Abschnitt „Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen und Beiträge?“ der „Besonderen Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung“ entsprechend Anwendung.

§ 18 Wann können Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit einschließen?

(1) Sie haben während der Vertragslaufzeit die Möglichkeit, Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit gemäß § 3 nachträglich ohne erneute Gesundheitsprüfung unter den in Absatz 2 und 3 genannten Voraussetzungen in Ihren bestehenden Vertrag einzuschließen. Sie können die Leistungen wegen

Arbeitsunfähigkeit auch wiedereinschließen, wenn Sie diese zuvor gekündigt haben.

Durch den Einschluss erhöht sich der Leistungsumfang Ihrer Versicherung und damit Ihr Beitrag.

(2) Ein Einschluss bzw. Wiedereinschluss kann innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der nachstehenden Ereignisse erfolgen:

- Die versicherte Person hat eine Berufsausbildung oder ein Studium abgeschlossen und beginnt erstmals eine berufliche Tätigkeit, die dem Abschluss entspricht. Das Studium muss an einer staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA abgeschlossen worden sein.
- Die versicherte Person beendet ihre Elternzeit und nimmt ihre bisherige berufliche Tätigkeit wieder auf.
- Die versicherte Person war bei Vertragsschluss Hausfrau oder Hausmann und nimmt eine berufliche Tätigkeit auf.
- Die versicherte Person wechselt in die volle berufliche Selbständigkeit.
- Die versicherte Person war bei Vertragsschluss Schüler und vollendet das 20. Lebensjahr.

(3) Der Einschluss bzw. Wiedereinschluss ist möglich, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die versicherte Person war in den letzten 24 Monaten vor Beantragung des Einschlusses nicht länger als vier Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig.
- Es ist bisher weder ein Versicherungsfall im Rahmen einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung eingetreten noch sind Leistungen aus einer dieser Versicherungen beantragt worden.
- Ihr Vertrag ist beitragspflichtig.

(4) Wir können für das Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen aus den Absätzen 2 und 3 geeignete Nachweise verlangen.

(5) Bei einem nachträglichen Einschluss richtet sich der Beitrag nach der Risikoeinstufung zu Vertragsbeginn. Hierzu zählt insbesondere die Einstufung in die Berufsklasse.

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

§ 19 Welche Bedeutung hat die Verlängerungsgarantie bei Erhöhung der Regelaltersgrenze?

Verlängerungsgarantie

(1) Wenn die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung erhöht wird, haben Sie das Recht, die Versicherungs- und Leistungsdauer Ihrer Berufsunfähigkeits-Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu verlängern.

Die Verlängerung ist dabei

- maximal um die Zeitspanne, um die sich die Regelaltersgrenze für die versicherte Person verschiebt, und
- maximal bis zur neuen Regelaltersgrenze, die für die versicherte Person gilt, bzw. bis zu dem ggf. durch unsere Annahmerichtlinien festgelegten Höchstalter für den Beruf der versicherten Person möglich.

Ist die versicherte Person anspruchsberechtigtes Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk, gilt Entsprechendes, wenn die dort geltende Regelaltersgrenze erhöht wird.

Die Anpassung erfolgt im bestehenden Vertrag mit den bestehenden Rechnungsgrundlagen. Durch den verlängerten Versicherungsschutz erhöht sich Ihr Beitrag. Die Risikoeinstufung (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) des bestehenden Vertrags bleibt unverändert.

Fristen und Voraussetzungen

(2) Dieses Recht können Sie innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der entsprechenden Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) ausüben.

(3) Dieses Recht besteht nicht, wenn

- die bei Vertragsabschluss vereinbarte Versicherungsdauer vor der Vollendung des 60. Lebensjahrs der versicherten Person endet,
- die verbleibende Versicherungsdauer des Vertrags zum Zeitpunkt der Verlängerung weniger als 10 Jahre beträgt,
- der Vertrag beitragsfrei ist,
- die versicherte Person bereits Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung erhalten hat oder
- Leistungen aus einer dieser Versicherungen beantragt wurden.

§ 20 Was gilt für die Anschluss-Pflegeversicherung bei BU PLUS (Tarife SBU+, SBUJ+)?

Anschluss-Pflegeversicherung bei Ablauf der Versicherungsdauer

(1) Sofern zum Ablauf der Versicherungsdauer keine zusätzliche Rentenleistung gemäß § 2 Abs. 7 erbracht wird und die Berufsunfähigkeits-Versicherung weder gekündigt noch beitragsfrei gestellt wurde, haben Sie das Recht, für die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt eine Anschluss-Pflegeversicherung abzuschließen. Dieses Recht haben Sie auch, sofern Sie gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe b von der Beitragszahlungspflicht befreit sind.

Vertragspartner für die Anschluss-Pflegeversicherung ist die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G. Wenn diese keinen geeigneten Tarif für die Anschluss-Pflegeversicherung anbietet, kann auch ein anderes Unternehmen des VOLKSWOHL BUND-Konzerns Vertragspartner sein.

Frist

(2) Sie können dieses Recht nur innerhalb von drei Monaten vor Ablauf der Versicherungsdauer ausüben.

Höhe der Pflegerente

(3) Die Höhe der Pflegerente für die Anschluss-Pflegeversicherung können Sie bestimmen. Der dafür zu zahlende Beitrag wird entsprechend dem dann gültigen Tarif für Anschluss-Pflegeversicherungen und der Risikoeinstufung der versicherten Person bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) berechnet. Obergrenze ist die zuletzt im Rahmen dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung vereinbarte Höhe der zusätzlichen Pflegerente gemäß § 2 Abs. 7, maximal aber 2.000 Euro. Versicherungsbeginn ist der Ablauf der Berufsunfähigkeits-Versicherung. Es erfolgt keine erneute Gesundheitsprüfung.

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

(4) Wird die versicherte Person während der Dauer der Anschluss-Pflegeversicherung pflegebedürftig wie unter § 1 Abs. 10 beschrieben, so dass sie bei mindestens drei der dort genannten Alltagstätigkeiten hilfebedürftig ist, oder liegt ein Autonomieverlust infolge Demenz gemäß § 1 Abs. 11 vor, werden aus der Anschluss-Pflegeversicherung folgende Leistungen erbracht:

- a) Volle oder teilweise Zahlung der vereinbarten Pflegerente abhängig von der Anzahl der in § 1 Abs. 10 genannten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, bei denen die versicherte Person täglich Hilfe durch eine andere Person benötigt:
 - Hilfebedarf bei allen 6 Verrichtungen oder bei Autonomieverlust infolge Demenz gemäß § 1 Abs. 11: volle Rentenhöhe,
 - Hilfebedarf bei 4 oder 5 Verrichtungen: 75 % der vollen Rentenhöhe,
 - Hilfebedarf bei 3 Verrichtungen: 50 % der vollen Rentenhöhe,
- b) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bei Hilfebedarf bei drei oder mehr Verrichtungen oder Autonomieverlust infolge Demenz.

Sie können alternativ eine Anschluss-Pflegeversicherung mit geringeren Leistungen vereinbaren, sofern wir einen entsprechenden Anschluss-Tarif anbieten.

Automatische Fortsetzung als Anschluss-Pflegeversicherung

(5) Die Berufsunfähigkeits-Versicherung setzt sich automatisch als Anschluss-Pflegeversicherung mit den in Absatz 4 genannten Leistungen fort, sofern sie zum Ende der Versicherungsdauer beitragspflichtig ist. Sie erhalten drei Monate vor Ablauf der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung einen Versicherungsschein, in dem wir Sie über den genauen Inhalt der Anschluss-Pflegeversicherung informieren. Ferner werden wir Ihnen die für die Anschluss-Pflegeversicherung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die gesetzlich vorgeschriebenen Produktinformationen zusenden.

Im Rahmen der automatischen Fortsetzung wird die Höhe der Pflegerente so berechnet, dass der Beitrag dem zuletzt für die Berufsunfähigkeits-Versicherung vereinbarten Beitrag entspricht, sofern dies im Rahmen der versicherbaren Höchstrente (vgl. Absatz 3) möglich ist. Die Pflegerente wird in der Regel niedriger sein, als die zuvor vereinbarte Pflegerente. Bis zum Ende des dritten Monats nach Beginn der Anschluss-Pflegeversicherung können Sie den Versicherungsschutz bis zu der in Absatz 3 genannten Rente - ebenfalls ohne erneute Gesundheitsprüfung - erhöhen.

Sie haben die Möglichkeit, einer Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses als Anschluss-Pflegeversicherung innerhalb von vier Wochen nach Beginn der Anschluss-Pflegeversicherung zu widersprechen.

Abschluss einer Pflegeversicherung während der Versicherungsdauer

(6) Die Option gemäß Absatz 1 können Sie auch vor Ablauf der Versicherungsdauer, aber frühestens 10 Jahre nach Versicherungsbeginn ausüben. Die Pflegeversicherung beginnt in diesem Fall spätestens drei Monate nach Optionsausübung. Die Absätze 1, 3 und 4 gelten entsprechend.

Mit dem Versicherungsbeginn der selbstständigen Pflegeversicherung entfallen der Versicherungsschutz gemäß § 2 Abs. 7 sowie die Option gemäß den Absätzen 1 bis 5.

Hierdurch mindert sich Ihr Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Versicherung. Der Beitrag für die Pflegeversicherung ist aber in der Regel höher als die Beitragsminderung in der Berufsunfähigkeits-Versicherung.

§ 21 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Beitragszahlung

(1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

(2) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

(3) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Absatz 2 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(4) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(5) Bei Fälligkeit der Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

Stundung/Teilstundung

(6) Sie können mit uns vereinbaren, dass die Beiträge unter Beibehaltung des Versicherungsschutzes für maximal 24 Monate ganz oder teilweise gestundet werden. Voraussetzung ist, dass

- der Vertrag seit mindestens drei Jahren besteht,
- seit der letzten Stundung mindestens ein Jahr vergangen ist und
- kein Beitragsrückstand besteht.

Eine Beitragsstundung in den letzten fünf Versicherungsjahren ist ausgeschlossen. Insgesamt ist eine Stundung der Beiträge während der gesamten Vertragsdauer bis zu 24 Monaten möglich. Für die Stundung der Beiträge erheben wir Zinsen. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zu Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen.

Nach Ablauf des Stundungszeitraums sind die gestundeten Beiträge und ggf. nicht gezahlten Stundungszinsen in einem Betrag oder auf Wunsch in bis zu 24 Monatsraten nachzahlen. Sofern Sie es wünschen und dies tariflich möglich ist, kann der Ausgleich auch durch eine Verrechnung mit dem vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei

können Sie zwischen einer Verringerung der Leistungen oder einer Erhöhung des Beitrags wählen.

Im Falle der Stundung während einer Elternzeit, Arbeitslosigkeit oder Kurzarbeit erheben wir keine Zinsen. Der maximale Stundungszeitraum während einer Elternzeit beträgt 36 Monate.

Aussetzung

(7) Sie können mit uns vereinbaren, dass die Beitragszahlung für maximal ein Jahr unter Wegfall des Versicherungsschutzes ausgesetzt wird. Nach Ablauf der Aussetzungsfrist leben die Beitragszahlungspflicht und der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder auf. Aufgrund des dann höheren Alters ist nach der Aussetzungsfrist in der Regel ein höherer Beitrag zu zahlen.

Während der Aussetzung finden evtl. vereinbarte planmäßige Erhöhungen von Beitrag und Leistung nicht statt.

Beitragsurlaub

(8) Sie können mit uns vereinbaren, dass eine Verrechnung der fälligen Beiträge mit dem vorhandenen Überschussguthaben oder dem Fondsguthaben erfolgt. Dies ist nur möglich, wenn die Überschüsse verzinslich angesammelt oder zum Kauf von Fondsanteilen verwendet werden (siehe § 4 Abs. 2 Buchst. b, Nr. 3 und 4).

Der Versicherungsschutz bleibt in diesem Fall in vollem Umfang bestehen.

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

Erstbeitrag

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

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

Folgebeitrag

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

§ 23 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen?

Berufswechselprüfung

(1) Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer ihren Beruf wechselt, können Sie prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der zu zahlende Beitrag reduziert.

Unter Berufswechsel verstehen wir dabei auch, wenn die versicherte Person

- Schüler ist und die Schulform bzw. Schulstufe wechselt oder nach Schulabschluss ein Studium, eine Ausbildung oder eine Berufstätigkeit aufnimmt oder
- ein nebenberufliches Studium oder eine Weiterqualifizierung wie z. B. eine Meisterprüfung abgeschlossen hat.

Sofern die Prüfung ergibt, dass die Änderung zu einer günstigeren Risikoeinstufung führt, berechnen wir den Beitrag zukünftig mit den Rechnungsgrundlagen, die bei Vertragsbeginn für diese Risikoeinstufung gültig waren. Anderenfalls führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag fort. Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben vereinbarte Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse unverändert bestehen.

Voraussetzungen

(2) Für die Berufswechselprüfung teilen Sie uns die neue berufliche Situation der versicherten Person in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) mit.

Wir können die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig machen. In den ersten 5 Jahren nach Versicherungsbeginn führen wir die Reduzierung des Beitrags aber ohne erneute Gesundheitsprüfung durch, wenn die versicherte Person das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und den neuen Beruf seit mindestens 6 Monaten ausübt. Hat die versicherte Person bei Abschluss der Versicherung das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet und war vor dem Wechsel Schüler, Studierender oder Auszubildender, gilt abweichend ein Zeitraum von 10 Jahren nach Versicherungsbeginn für den Verzicht auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

§ 24 Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf?

(1) Wir sind nach § 163 VVG zu einer Neufestsetzung der vereinbarten Prämie berechtigt, wenn

1. sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Prämie geändert hat,
2. die nach den berechtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Prämie angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistung zu gewährleisten und
3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Ziffern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat.

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

(2) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass anstelle einer Erhöhung der Prämie nach Absatz 1 die Leistungen entsprechend herabgesetzt wird.

(3) Bei beitragsfreien Versicherungen - aber nur vor Eintritt der Berufsunfähigkeit - sind wir entsprechend den Voraussetzungen des Absatzes 1 dazu berechtigt, die Leistung zu senken. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, die Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung durch eine Zuzahlung auf den Wert vor der Anpassung anzuhäben.

(4) Wir werden Ihnen die Neufestsetzung der Prämie und die Herabsetzung der Leistung mitteilen und dabei die maßgeblichen Gründe für die Änderung darstellen. Zu Beginn des zweiten, auf die Mitteilung folgenden Monats werden die Änderungen wirksam.

§ 25 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen?

Kündigung

(1) Sie können Ihren Vertrag

- bei beitragspflichtigen Versicherungen jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 21 Abs. 1 Satz 2),
- bei beitragsfreien Versicherungen zu jedem Monatsende in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) kündigen.

(2) Mit Kündigung erlischt die Versicherung, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird. Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt. Entsprechendes gilt für die zusätzliche Pflegerente gemäß § 2 Abs. 7.

Beitragsfreistellung

(3) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

Sofern aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistung Kapital zur Verfügung steht, ziehen wir davon evtl. rückständige Beiträge ab und vermindern es um einen Abzug in Höhe von 8 % der vereinbarten, jährlichen Berufsunfähigkeitsrente.

Verbleibt ein Restbetrag, bilden wir daraus nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik eine beitragsfreie Rente, sofern der Mindestbetrag gemäß Absatz 5 erreicht wird. Abweichend von § 2 Abs. 6 Buchst. a bleibt die beitragsfreie Rente bei den Tarifen SBUJ und SBUJ+ konstant; entsprechend entfallen die Anpassungen gemäß § 2 Abs. 6 Buchst. b.

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm u. a. die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung 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.

(4) Bei den Tarifen SBU+ und SBUJ+ vermindert sich bei Beitragsfreistellung die zusätzliche Pflegerente (§ 2 Abs. 7) im gleichen Verhältnis wie die Berufsunfähigkeitsrente. Außerdem erlischt mit der Beitragsfreistellung das Recht, eine Anschluss-Pflegeversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (§ 20 Abs. 1) abzuschließen.

(5) Haben Sie die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 3 zu berechnende beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente den Mindestbetrag von 25 Euro monatlich nicht, wird der gemäß Absatz 3 Satz 3 verbleibende Restbetrag ausgezahlt und die Versicherung erlischt.

Wichtiger Hinweis zur Höhe der beitragsfreien Rente

(6) Bei Berufsunfähigkeitsstarifen ist keine oder eine - gemessen an der vereinbarten Leistung - geringe beitragsfreie Leistung vorhanden. Dies hat drei Gründe:

1. Eine Berufsunfähigkeits-Versicherung bezweckt nicht die Bildung eines bestimmten Kapitals, das bei Ablauf der Versicherungsdauer ausgezahlt wird. Wir verwenden Ihre Beiträge nur zur Deckung der Leistungen im Versicherungsfall (Risikobeitrag) und der Abschluss- und Verwaltungskosten. Bei den Tarifen SBU+ und SBUJ+ benötigen wir außerdem einen Teil Ihrer Beiträge als Optionsbeitrag für Ihr Recht auf eine Anschluss-Pflegeversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung gemäß § 20. Der Risikobeitrag ist aufgrund des steigenden Alters der versicherten Person zu Vertragsbeginn geringer als in den letzten Vertragsjahren. Wir haben die Beiträge so kalkuliert, dass sie während der gesamten Beitragszahlungsdauer konstant bleiben. Daher werden sie zu Beginn nicht vollständig durch den Risiko- und Verwaltungskostenanteil sowie den Optionsanteil bei den Tarifen SBU+ und SBUJ+ aufgebraucht. Der verbleibende Beitragsteil wird zunächst für die Tilgung der Abschlusskosten verwendet und danach angespart. Dieses angesparte Kapital wird zur Deckung der höheren Risikobeiträge am Ende der Vertragslaufzeit verwendet. Ihr Beitrag ist so bemessen, dass bei Vertragsablauf die angesparten Beitragsteile vollständig aufgebraucht sind.

Zur Bildung von beitragsfreien Leistungen steht nur dieses zwischenzeitlich angesparte Kapital zur Verfügung.

2. Die mit dem Abschluss Ihrer Versicherung entstehenden Kosten werden pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt. Ein Teil dieser Kosten wird gemäß § 26 Abs. 4 zunächst getilgt, bevor Beitragsteile angespart werden, die gemäß Ziffer 1 für die Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehen.
3. Sofern während der Vertragslaufzeit Kapital gemäß Ziffer 1 und 2 angespart wurde und zur Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung steht, kann dieses durch den in Absatz 3 beschriebenen Abzug vollständig oder zum größten Teil aufgebraucht werden.

Eine Beitragsfreistellung ist daher in der Regel mit dem Verlust oder einer erheblichen Verminderung Ihres Versicherungsschutzes verbunden.

Ob und in welcher Höhe beitragsfreie Leistungen vorhanden sind, können Sie für jedes Jahr der Versicherungsdauer Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

(7) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berufsunfähig, bleiben Ansprüche auf Grund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt. Entsprechendes gilt für die zusätzliche Pflegerente gemäß § 2 Abs. 7.

Wiederherstellung nach der Beitragsfreistellung

(8) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei gestellt haben und dieser nicht in Folge der Beitragsfreistellung erloschen ist,

können Sie diesen innerhalb von sechs Monaten ab dem Termin, zu dem die Beitragsfreistellung wirksam wurde, ohne erneute Gesundheitsprüfung wiederherstellen.

Ab dem 7. bis zum 36. Monat ab diesem Termin ist die Wiederherstellung von einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig.

Die Wiederherstellung setzt voraus, dass der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und die verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt.

Der Vertrag wird mit dem Beitrag wiederhergestellt, der vor der Beitragsfreistellung vereinbart war. Der Versicherungsschutz ist aufgrund der seit der Beitragsfreistellung nicht gezahlten Beiträge geringer.

Sie können den Vertrag auch mit dem Versicherungsschutz, wie er vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, wiederherstellen. In diesem Fall wird der zu zahlende Beitrag ab der Wiederherstellung entsprechend erhöht.

Nach Ablauf von 36 Monaten kann der Versicherungsschutz nur durch den Abschluss eines neuen Vertrags wiederhergestellt werden. Aufgrund des dann höheren Alters und evtl. schlechteren Gesundheitszustandes der versicherten Person ist dies evtl. nur zu deutlich höheren Beiträgen oder gar nicht mehr möglich.

Herabsetzung des Beitrags

(9) Anstelle der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie die Höhe der Beiträge reduzieren. Dabei gelten die in Absatz 1 genannten Termine und Fristen.

Im Falle einer Reduzierung der Beiträge wird die Leistung herabgesetzt. Ihre Höhe wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet. Die Herabsetzung des Beitrags ist nur möglich, wenn

- die verbleibende Berufsunfähigkeitsrente 50 Euro monatlich nicht unterschreitet und
- der verbleibende Jahresbeitrag 150 Euro nicht unterschreitet.

Beitragsrückzahlung

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

§ 26 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten (Absätze 2 bis 6), Verwaltungskosten (Absätze 7 und 8) und anlassbezogene Kosten (Absätze 10 und 11). Die Abschluss- und Vertriebskosten sowie die Verwaltungskosten haben wir in den Beitrag einkalkuliert. Sie müssen von Ihnen daher nicht gesondert gezahlt werden. Die anlassbezogenen Kosten sind von Ihnen zusätzlich zum Beitrag zu entrichten.

Abschluss- und Vertriebskosten

(2) Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten z. B. die Kosten für Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im

Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.

(3) Die Abschluss- und Vertriebskosten haben wir in die Beiträge der ersten maximal acht Jahre der Beitragszahlungsdauer einkalkuliert.

(4) Auf einen Teil dieser Abschluss- und Vertriebskosten - maximal 2,5 % der Beitragssumme (das ist die Summe der während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge) - wenden wir das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Das heißt, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung dieses Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für die Teile der ersten Beiträge, die für Leistungen im Versicherungsfall, für Verwaltungskosten gemäß den Absätzen 7 und 8 und - aufgrund von gesetzlichen Regelungen - für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt sind.

(5) Ist die Beitragszahlungsdauer länger als 5 Jahre, sind - soweit vorhanden - in die Beiträge der Jahre sechs bis acht in der Regel weitere Abschlusskosten einkalkuliert. Für jedes dieser Jahre sind die einkalkulierten Abschlusskosten auf 0,5 % der Beitragssumme begrenzt.

(6) Das beschriebene Verrechnungsverfahren trägt mit dazu bei, dass in der Regel keine beitragsfreie Leistung vorhanden ist. Ob und in welcher Höhe beitragsfreie Leistungen vorhanden sind, können Sie für jedes Jahr der Versicherungsdauer Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Weitere Informationen zu den beitragsfreien Leistungen finden Sie in § 25 Abs. 6.

Verwaltungskosten

(7) Die Verwaltungskosten sind die Kosten für die laufende Verwaltung Ihres Vertrags. Sie umfassen den auf Ihren Vertrag entfallenden Anteil an allen Sach- und Personalaufwendungen, die für den laufenden Versicherungsbetrieb erforderlich sind.

(8) Die Verwaltungskosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt. Ihre Höhe kann für jedes Jahr der Vertragslaufzeit unterschiedlich sein.

Höhe der Kosten

(9) Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der einkalkulierten Verwaltungskosten können Sie für jedes Jahr der Vertragslaufzeit dem Kundeninformationsblatt entnehmen.

Anlassbezogene Kosten

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

- Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins,
- Fristsetzung in Textform bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen,
- Verzug mit Beiträgen,
- Rücklastschriften,
- Durchführung von Vertragsänderungen, soweit nicht vertraglich vereinbarte Optionen ausgeübt werden,
- Bearbeitung von Abtretungen oder Verpfändungen,
- Ermittlung einer geänderten Postanschrift, sofern die Änderung uns nicht mitgeteilt wurde (vgl. § 27 Abs. 1).

Darüber hinaus belasten wir Sie nur dann mit Kosten, wenn dies nach gesetzlichen Vorschriften ausdrücklich zulässig ist.

(11) Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt bzw. vermindert sich der Abgeltungsbetrag.

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

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 28 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

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

- bei Vertragsabschluss,
- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
- auf Nachfrage

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

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

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

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

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

(4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 29 Wann können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Ist eine Bestimmung in diesen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn 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 die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(2) Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

§ 30 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

(1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

(2) Für das Vertragsverhältnis gilt auch die Satzung der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G., die Sie auf unserer Internetseite finden können.

§ 31 Was können Sie bei Meinungsverschiedenheiten tun?

(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 wie folgt:

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

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

(3) Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen

haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

(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
Internet: www.bafin.de

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

Rechtsweg

(5) Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

(6) 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.

(7) 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.

(8) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 32 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrags - gleich aus welchem Grund - unwirksam sein oder werden, berührt dies die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen nicht.

Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie sind als Versicherungsnehmer unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis	Seite
§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgen die planmäßigen Erhöhungen der Beiträge und Versicherungsleistungen?	1
§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?	2
§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen und Beiträge?	2
§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	2
§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?	2

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgen die planmäßigen Erhöhungen der Beiträge und Versicherungsleistungen?

(1) Bei Vereinbarung von planmäßigen Erhöhungen von Beitrag und Leistung erhöhen sich die Beiträge und die Leistungen für Ihre Versicherung, ohne dass eine neue Gesundheitsprüfung erfolgt. Die Erhöhungen werden auch dann durchgeführt, wenn aufgrund des Gesundheitszustands der versicherten Person der Neuabschluss einer entsprechenden Versicherung nicht oder nur zu ungünstigeren Bedingungen möglich wäre.

(2) Die Beiträge und Leistungen erhöhen sich entsprechend der Art der für die Hauptversicherung vereinbarten planmäßigen Erhöhung wie folgt:

1. Dynamikform P (planmäßige Erhöhung der Hauptversicherungsbeiträge zur gleichmäßigen Erhöhung der Erlebens- und der Todesfallleistung).
Der Beitrag für die Hauptversicherung erhöht sich wie vereinbart (siehe Absatz 4). Daraus errechnet sich die Erhöhung der Leistung aus der Hauptversicherung (siehe § 3); sofern die Hauptversicherung für den Todesfall die Zahlung einer festen Summe vorsieht, erhöht sich diese im gleichen Verhältnis wie die Erlebensfallleistung.
2. Dynamikform I (planmäßige Erhöhung
 - der Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsleistung bei den Tarifen SBU, SBUJ und SEU bzw.
 - der Berufsunfähigkeits- und Pflegeleistung bei den Tarifen SBU+ und SBUJ+ bzw.
 - der Pflegerente bei dem Tarif SPV bzw.
 - der Hinterbliebenenrente bei den Tarifen NLR und NLRV bzw.
 - der Renten- und der Einmalleistung bei dem Tarif SKV bzw.
 - der Renten-, Einmalleistung und der Pflegeleistung bei dem Tarif SKV+).

Die Leistung der Hauptversicherung erhöht sich wie vereinbart (siehe Absatz 4). Daraus errechnet sich die Erhöhung des Beitrags (siehe § 3).

Zusatzversicherungen werden nur insoweit erhöht, als ggf. enthaltene Beitragsbefreiungsleistungen an den gestiegenen Beitrag der Hauptversicherung angepasst werden.

3. Dynamikform Q (planmäßige Erhöhung der Beiträge zur selbstständigen Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsversicherung)
Der Beitrag der Versicherung erhöht sich wie vereinbart (siehe Absatz 4). Daraus errechnet sich die Erhöhung der Leistung (siehe § 3).

(3) Abweichend von Absatz 2 kann für eine evtl. eingeschlossene Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung ebenfalls eine planmäßige Erhöhung vereinbart sein.

In diesem Fall erhöht sich die Rentenleistung aus der Zusatzversicherung gemäß Absatz 4. Entsprechend steigt der Beitrag.

(4) Für den Umfang der planmäßigen Erhöhung gilt je nach Dynamikform Folgendes:

1. Bei der Dynamikform P erhöht sich der Beitrag im gleichen Verhältnis wie die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (allgemeine Rentenversicherung, alte Bundesländer). Alternativ kann ein fester Erhöhungssatz vereinbart sein. Die Mindestserhöhung beträgt in beiden Fällen 18 Euro pro Jahr.
2. Bei der Dynamikform I erhöhen sich die Leistungen im gleichen Verhältnis wie der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Verbraucherpreisindex für Deutschland, mindestens aber um 2,5 %.
3. Bei der Dynamikform Q für die Hauptversicherung erhöht sich der Beitrag um den vereinbarten Erhöhungssatz.

(5) Es finden keine Erhöhungen mehr statt, wenn mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person - bei Versicherung mehrerer Personen die älteste versicherte Person - hat im vorangehenden Kalenderjahr das 67. Lebensjahr vollendet.
- Bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer verbleibt weniger als ein Jahr.
- Es ist die Dynamikform Q vereinbart und die restliche Versicherungsdauer beträgt weniger als fünf Jahre.
- Es ist die Dynamikform Q vereinbart und die monatliche Rente überschreitet die im Versicherungsschein genannte Obergrenze. Diese beträgt mindestens 2.500 Euro. Weisen Sie uns nach, dass weitere Erhöhungen nach unseren dann geltenden Annahmerichtlinien wirtschaftlich angemessen sind, passen wir die Obergrenze entsprechend an und die Versicherung wird mit der Dynamikform Q bis zu dieser Obergrenze weitergeführt. Ergibt die Angemessenheitsprüfung, dass die Obergrenze nicht erhöht werden kann, kann die Versicherung mit der Dynamikform I fortgeführt werden, wenn die aktuelle Absicherung zum Einkommen passt. Eine Kürzung der über der Angemessenheit liegenden monatlichen Rente erfolgt nicht.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen zum Jahrestag des Versicherungsbeginns, sofern kein abweichender Termin vereinbart wurde.

(2) Sofern für die Versicherung ein verminderter Anfangsbeitrag vereinbart ist, beginnen die Erhöhungen gemäß § 1 Abs. 2 und 3 erst ein Jahr nach Ablauf des Zeitraums, für den der verminderte Anfangsbeitrag gilt.

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

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen und Beiträge?

(1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen bei planmäßiger Beitragserhöhung oder des Beitrags bei planmäßiger Leistungserhöhung errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person(en), der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag.

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

(2) Bei der Berechnung der Erhöhungen finden in der Regel die bei Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen Anwendung. Wir sind allerdings berechtigt, den Erhöhungen den Rechnungszins für Neuverträge zugrunde zu legen.

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

(1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingun-

gen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

Entsprechende Anwendung findet insbesondere der Paragraph „Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?“ der Allgemeinen Bedingungen.

Zusätzliche Kosten ergeben sich nur bezogen auf die Erhöhung der Beiträge und Leistungen.

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen aus dem Paragraphen „Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?“ der Allgemeinen Bedingungen nicht erneut in Lauf.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

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

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

(3) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen. Sie können jedoch jederzeit durch uns prüfen lassen, ob eine Neubegründung möglich ist.

(4) Sie haben die Möglichkeit, der Erhöhung bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin teilweise zu widersprechen. Der teilweise Widerspruch führt nicht zum Erlöschen Ihres Rechts auf weitere Erhöhungen.

(5) Bei Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- und Pflegerenten-Versicherungen - auch als Zusatzversicherung - finden keine Erhöhungen statt, solange aufgrund eines Leistungsfalls Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt.

Infoblatt - unser Service für Sie

**Antrag / Anfrage
vom 05.09.2022**

Sind alle Angaben im Antrag vollständig? Überprüfen Sie die Vollständigkeit ganz einfach mit Hilfe unserer Checkliste. An den **markierten Stellen fehlen noch Einträge:**

- Angaben zum Antragsteller
- Angaben zur zu versichernden Person
- Angaben zur Bezugs- / Empfangsberechtigung
- Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat / Bankverbindung
- Angaben zum Datenschutz
- Bitte beantworten Sie die allgemeinen Fragen
- Bitte beantworten Sie die Gesundheitsfragen
- Angaben zu Vorversicherungen
- Vertriebspartner-Informationen
- Zusätzliche Angaben bei Arbeitskraftabsicherung

Bitte beachten Sie:

Die gewünschte Rente erfordert Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre. (Bitte dem Antrag beilegen)

Die gewünschte Beitragsdynamik erfordert Einkommensangaben.

Die gewählte Vertragskonstellation erfordert eine Untersuchung.

Diese beinhaltet:

Teil I und Teil II des Ärztlichen Zeugnisses, HIV-Antikörper-Test, vollständiges Blutbild, Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, Nüchternblutzucker, Kreatinin oder Reststickstoff, Gesamtcholesterin (mit Angabe der LDL- und HDL-Werte), Triglyceride, Transaminasen (Gamma-GT, SGOT, SGPT), Harnsäure.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Gr.-Nr.
| | | | |

Antrag aufgenommen durch:

Bitte dieses Feld nicht beschriften

Antragsteller/-in (Versicherungsnehmer)

männlich weiblich Firma Titel

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit Telefon

Beruf

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)

männlich weiblich Titel

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit Telefon

Beruf

Bitte lesen Sie vor Antragstellung die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen zu dem jeweils hier beantragten Versicherungsschutz, die Allgemeinen Angaben über die steuerlichen Aspekte Ihrer Versorgung (Steuer1, Steuer3) und die Informationen zur Fondsauswahl (FD.allg).

Antrag auf Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

- Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung BED.SBU.0622
- Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung BED.DYN.0122 (falls planmäßige Erhöhung beantragt)
- Besondere Bedingungen für das Überschussystem Fondsansammlung BED.FA.0122 (falls Fondsanlage beantragt)
- Besondere Bedingungen für die Direktversicherung BED.DV.0622 (falls beantragt)

Versicherungsbeginn

Versicherungsdauer bis zum Beitragszahlungsdauer (falls abgekürzt) bis zum

Rentenleistungsdauer (falls länger als Versicherungsdauer) bis zum

- Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung (Tarif SBU)
- Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit zusätzlichem Pflege-Schutzbrief (BU PLUS, Tarif SBU+)
- Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung für junge Leute (BU Perfect Start, Tarif SBUJ)
- Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung für junge Leute mit zusätzlichem Pflege-Schutzbrief (BU Perfect Start PLUS, Tarif SBUJ+)

BU-Monatsrente EUR zusätzliche lebenslange Pflege-Monatsrente EUR (bei Tarif SBU+, SBUJ+)

Karenzzeit in Monaten (6-12) garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall (1,0-3,0 %)

Nachversicherungsgarantie bis zur Monatsrente EUR

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit nicht gewünscht
(bei Vorliegen einer mindestens 6-monatigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit oder einer 3-monatigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit und einer Prognose bis zum Ende des sechsmonatigen Zeitraums)
Hinweis: Bei Schülern bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bedingungsgemäß ohne Mehrbeitrag mitversichert.

Überschussverwendung Sofortrabatt, abweichend Bonusrente Verzinsliche Ansammlung
 Fondsansammlung (**Bitte geben Sie die Fondsanlage an.**)

Erläuterungen und Fondsnummern zu unserem Fondsangebot finden Sie in den „Informationen zur Fondsauswahl“.

Themen-Portfolios (nur ein Portfolio anwählbar)

- Top-Stars (mit aktivem Fondsaustausch)
- ETF (Exchange-Traded-Funds/Indexfonds)
- Dimensional Balanced
- Klassiker

Nachhaltigkeitsportfolios

- ESG Top-Stars
- ESG offensiv
- ESG ausgewogen
- ESG defensiv

freie Fondsauswahl (Die Summe muss 100 % ergeben, mindestens 5 % je Fonds, maximal 10 Fonds)

	Fonds-Nr.	Fondsname		Fonds-Nr.	Fondsname
%			%		
%			%		
%			%		
%			%		

Planmäßige Erhöhung Es wird eine planmäßige Erhöhung der BU-Versicherungsleistungen vereinbart. Grundlage ist der Verbraucherpreisindex für Deutschland (mind. 2,5 %).
 abweichend wird eine planmäßige Erhöhung des BU-Beitrags keine Erhöhung gewünscht
 um einen konstanten Prozentsatz von (3-5 %) p. a. vereinbart.

Bezugsberechtigung (gilt nicht für Direktversicherungen)

Im Erlebensfall Der Versicherungsnehmer. Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben:

Im Todesfall Der Versicherungsnehmer, falls nicht versicherte Person, sonst der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner, bzw. der eingetragene Lebenspartner.
 Falls andere Person gewünscht, bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben:

Bitte beachten Sie Folgendes (gilt nicht für betriebliche Altersversorgung):

Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person dieser Versicherung sind, können Sie als Bezugsberechtigten im Erlebensfall nur die versicherte Person benennen oder einen Angehörigen der versicherten Person.

Sollte der Bezugsberechtigte die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, kann die Benennung unwirksam sein.

Nähere Informationen hierzu und eine Auflistung der Personen, die zu den Angehörigen der versicherten Person gehören, finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Leistungen?“

Hiermit bestätige ich, dass es sich bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall um einen Angehörigen der versicherten Person, wie in den Allgemeinen Bedingungen unter der Überschrift „Wer erhält die Leistungen?“ beschrieben, handelt.

Abweichend: Bei dem von der versicherten Person abweichend benannten Bezugsberechtigten im Erlebensfall handelt es sich um keinen Angehörigen der versicherten Person.

Besondere Vereinbarungen für Direktversicherungen (Anwendung des § 3 Nr. 63 EStG / § 100 EStG)

Es wird eine beitragsorientierte Leistungszusage, abweichend eine Leistungszusage zu Grunde gelegt.

Finanzierung durch Arbeitgeber
 Für den Todes- und Erlebensfall ist unwiderruflich **mit** (**ohne**) Vorbehalt die versicherte Person begünstigt.

Finanzierung durch Arbeitnehmer (Entgeltumwandlung) **Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer (Mischfinanzierung)**
 Für den Todes- und Erlebensfall ist unwiderruflich **ohne** Vorbehalt die versicherte Person begünstigt.

Für den Todesfall ist widerruflich empfangsberechtigt: Der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner.

Alternativ: Kind früherer Ehepartner bzw. eingetragener Lebenspartner andere Person (nur geringes Sterbegeld möglich) Lebensgefährte
 Name, Vorname Kenntnisnahme durch Unterschrift des Lebensgefährten
 PLZ, Ort, Straße und/oder
 Geburtsdatum männlich weiblich Bestehen einer gemeinsamen Haushaltsführung zwischen der versicherten Person und dem Lebensgefährten.

Besondere Vereinbarungen

Nachhaltige Kapitalanlage: transparente für klassische Tarife

Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen der Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der VOLKS-WOHL BUND Lebensversicherung a.G. Südwall 37-41, 44137 Dortmund in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Sie haben einen Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wir verzichten auf das Recht den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte 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.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Berufsangaben der zu versichernden Person

Bitte beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“.
Die Nichtbeachtung kann Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Welchen beruflichen Abschluss oder akademischen Grad besitzen Sie? (z. B. Bürokaufmann/-frau, Maurer/-in, Kfz-Meister/-in, Bachelor of Science)

Keinen

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus (sofern Student/-in: Welchen Studiengang belegen Sie)?

In dieser Tätigkeit seit (Monat/Jahr)

Nennen Sie uns bitte Ihren Arbeitgeber und die Branche

Jährliches **Brutto**einkommen aus dieser Tätigkeit

EUR

Angestellte/r Auszubildende/r Soldat/-in Schüler/-in ohne sonderpädagogischem Förderbedarf Hausmann/frau

Beamte/r, mit aktueller Besoldungsgruppe:

Student/-in

Selbstständige/r bzw. Freiberufler/-in, seit wann?

Sofern Sie nicht Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union sind:

Arbeitsvertrag ist unbefristet

befristet bis

In Abhängigkeit vom Berufsbild können bestimmte Zusatzangaben erforderlich sein.

Ihre Angaben wurden automatisch aus dem Angebotsprogramm übernommen. **Eine Beantwortung der offenen Fragen ist nicht notwendig.**

1. Wie hoch ist der Anteil Ihrer Bürotätigkeit?

mindestens 80 % weniger als 80 %

2. Wie hoch ist der Anteil Ihrer körperlichen Tätigkeit?

kaum (höchstens 10 %) wenig (zwischen 10 % und 30 %) nennenswert (zwischen 30 % und 70 %) stark (mehr als 70 %)

3. Welchen höchsten Ausbildungsabschluss haben Sie erworben?

abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule der Europäischen Union, Islands, Norwegens, der Schweiz, des Vereinigten Königreichs, Kanadas oder der USA

passende Berufsausbildung für die derzeit ausgeübte Tätigkeit (abgeschlossen, öffentlich anerkannt, Regelausbildung mindestens 2 Jahre)

keinen der oben genannten Abschlüsse

4. Haben Sie Personalverantwortung für mindestens 8 festangestellte, nicht geringfügig beschäftigte Mitarbeiter? ja nein

Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. Eine unvollständige oder nicht wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen kann Ihren Versicherungsschutz gefährden und zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Die Gesellschaft kann bei unwahren oder unvollständigen Angaben je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen. Beachten Sie die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Die in den folgenden Risikofragen genannten Beispiele sind keine abschließende Aufzählung, sondern dienen zur Veranschaulichung der Fragestellung. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzureichen an: VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwahl 37-41, 44137 Dortmund.

Allgemeine Fragen

Nennen Sie uns bitte Ihre Körpergröße _____ cm und Ihr aktuelles Gewicht _____ kg

Haben Sie **in den letzten 12 Monaten** aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren zu sich genommen (z. B. über Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Shishas, E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shishas)? **(gilt nicht für bAV)** ja nein

Üben Sie in Ihrer Freizeit ein **Hobby** mit erhöhter Unfallgefährdung oder Verletzungsgefahr (z. B. Kampfsport, Tauchen, Flugsport, Fallschirmspringen, Pferdesport, Motorsport, Bergsport oder Extremsport) aus? ja nein

Falls „ja“, welche: _____ (Bitte ggf. Fragebogen beifügen)

Planen Sie **für die nächsten 2 Jahre** einen Aufenthalt von mehr als 3 Monaten außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens, der Schweiz, des Vereinigten Königreichs, Kanadas oder der USA? (Falls „ja“, bitte Fragebogen für Auslandsaufenthalte beifügen.) ja nein

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Nennen Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres Hausarztes oder des Arztes (mit Fachrichtung), der über Ihren Gesundheitszustand am besten unterrichtet ist:

1. Wurden Sie **in den letzten 10 Jahren** operiert oder psychotherapeutisch oder stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Strahlen-, Chemotherapie) oder ist ein stationärer Aufenthalt angeraten oder geplant? Falls „ja“, nennen Sie uns bitte den Grund (Diagnose), den Zeitpunkt, die Behandlungs- und Beschwerdedauer und die Folgen: ja nein

2. Wurden Sie in den nachfolgend genannten Zeiträumen wegen Erkrankungen oder Beschwerden ärztlich oder therapeutisch beraten, untersucht oder behandelt?

In den letzten 5 Jahren hinsichtlich:

A) Verdauungstrakt (z. B. Gastritis, Morbus Crohn), anderer Bauchorgane (z. B. Pankreatitis, erhöhte Leberwerte) ja

B) Gehirn (z. B. Migräne, Alzheimer), Nerven (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie), Psyche (z. B. Depressionen, Ängste, Essstörungen, Schlafstörungen), Lernschwierigkeiten oder Entwicklungsstörungen ja

C) Wirbelsäule (z. B. Hexenschuss), Knochen (z. B. Brüche), Gelenke (z. B. Meniskusschaden), Muskeln (z. B. Verspannungen) ja

D) Schwindel (z.B. Dreh-, Lagerungs-, Schwankschwindel) ja

E) Krebs, Tumor oder Gewebsneubildungen (z. B. Karzinom, Melanom, Lymphom) ja

F) Autoimmunerkrankungen (z. B. Lupus erythematodes, Morbus-Bechterew, Polyarthritits) ja

G) Verletzungen (z. B. Unfälle), Vergiftungen, Infektionen (z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose) ja

H) Alkohol- oder Drogenkonsum ja

In den letzten 3 Jahren hinsichtlich:

I) Herz (z. B. Rhythmusstörungen), Kreislauf (z. B. erhöhter Blutdruck), Blut (z. B. Anämie), Gefäße (z. B. Krampfader, Verkalkungen) ja

J) Stoffwechsel (z. B. Gicht, Diabetes), Nieren- und Harnwege (z. B. Blut oder Eiweiß im Urin, Harnwegsentzündung) ja

K) Allergien (z. B. Heuschnupfen, Nahrungsmittelunverträglichkeit), Atmungsapparat (z. B. Asthma bronchiale) ja

L) Augen (z. B. grauer Star, Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien), Ohren (z. B. Tinnitus), Haut (z. B. Schuppenflechte, Neurodermitis), Drüsen (z. B. Lymphknotenschwellung) ja nein

Haben Sie eine oder mehrere Fragen von A) bis L) mit „ja“ beantwortet, machen Sie bitte nähere Angaben: Sofern für Ihre Angaben nicht genügend Platz vorhanden ist, verwenden Sie bitte für Ihre Angaben ein Zusatzblatt (Vordruck s. Anlage).

Zu Frage:	Ihre Erkrankungen, Beschwerden, Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen:	Wann:	Beschwerdedauer:	Heutige Folgen oder Einschränkungen:	Name und Adresse Ihrer behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser:

3. Nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** mit oder ohne ärztliche Verordnung

A) mehr als 30 Tage lang täglich ein Medikament (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel) ja

B) an mehr als 30 Tagen im Jahr ein Medikament (auch Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel) ja

C) Drogen (z. B. Cannabis, Ecstasy, Heroin)? ja nein

Falls „ja“, nennen Sie uns bitte die Medikamente, die Dosierung, den Einnahmezeitraum und den Grund der Einnahme: _____

4. Sind Sie dauerhaft körperlich oder geistig beeinträchtigt, ohne diesbezüglich ärztlich oder therapeutisch behandelt zu werden (z. B. angeborene Behinderungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen, Schwerhörigkeit)? Falls „ja“, nennen Sie uns bitte die Beeinträchtigung(en), die Ursache und den Zeitpunkt des Auftretens: ja nein

Bestehen, neben Ansprüchen aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Beamtenversorgung, weitere Absicherungen aus privaten oder betrieblichen Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt? Falls „ja“, nennen Sie uns bitte die Versicherungsgesellschaft/-en oder den/die Versorgungsträger und die jeweils vereinbarte jährliche Rentenleistung. ja nein

Private Absicherung: _____ BU-/EU-/GF-Jahresrente

Betriebliche Versorgung: _____ BU-/EU-/GF-Jahresrente

Versorgungswerke: _____ BU-/EU-/GF-Jahresrente

Wird eine der Absicherungen bei Annahme gekündigt? ja nein Wenn ja, welche: _____

Wenn Sie diesem Antrag zusätzliche Unterlagen bzw. Anlagen beigelegt haben, geben Sie bitte nachfolgend Art und Umfang an.

Zahlungsweise, Gesamtbeitrag, weitere Informationen

Zahlungsweise

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Beitrag gemäß Zahlungsweise _____ EUR Nettobeitrag nach Rabatt aus der Überschussbeteiligung (nicht garantiert) _____ EUR

Vorläufiger Versicherungsschutz

Im Rahmen der Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung (BED.VV.0122) gewähren wir ab dem Eingang des Antrags vorläufigen Versicherungsschutz. Voraussetzung dafür ist aber insbesondere, dass Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen und dass der Versicherungsbeginn nicht mehr als zwei Monate in der Zukunft liegt. Die Obergrenzen für den Versicherungsschutz und die weiteren Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung.

Genetische Untersuchungen – Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen.

Nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 GenDG ist es uns auch untersagt, die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen zu verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegenzunehmen oder zu verwenden. Diese Einschränkung gilt nicht, sofern eine Versicherungssumme von mehr als 300.000 Euro oder einer Jahresrente von mehr als 30.000 Euro vereinbart werden soll.

Unabhängig davon bleiben Sie jedoch in jedem Fall verpflichtet, uns bereits bestehende Vorerkrankungen und Erkrankungen anzuzeigen und die Ihnen gestellten Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Dabei ist es unerheblich, durch welche Untersuchungsmethode Sie von den bestehenden Vorerkrankungen und Erkrankungen Kenntnis erlangt haben.

Versichererwechsel

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Versicherer ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Versicherungsunternehmen daher unerwünscht.

Unterschriften

SEPA-Lastschriftmandat

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37 - 41, 44137 Dortmund, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 13ZZZ0000141064

Mit diesem Formular ermächtige ich die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. zum Lastschrifteinzug.

Diese wird mich rechtzeitig vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer mitteilen.

Daten des Kontoinhabers Herr Frau Firma (nur auszufüllen, falls nicht Antragsteller)

Name, Vorname/Firma

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Ich ermächtige die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich bin damit einverstanden, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., falls erforderlich, spätestens 5 Kalendertage vor dem SEPA-Lastschrifteinzug hierüber eine Information an mich versendet. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung: wiederkehrende Lastschrift, alternativ einmalige Lastschrift

IBAN DE

BIC

Kreditinstitut

Datum, Unterschrift
des Kontoinhabers

X

Wichtig: Das Mandat ist nur mit
Datum und Unterschrift gültig!

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die Vertragsbestimmungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung vor Unterzeichnung dieses Versicherungsantrags in Textform erhalten habe. Die „Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ wurden mir ausgehändigt.

Unterschrift des Antragstellers
(Versicherungsnehmers)

X

Wichtig!

Bitte nehmen Sie die mit diesem Formular ausgehändigten Vertragsinformationen zu Ihren Unterlagen.

Sofern ich die in diesem Antrag enthaltenen Unterschriften elektronisch (z. B. auf einem Tablet oder Mobiltelefon) geleistet habe, bestätige ich, dass ich die Unterschriften jeweils eigenhändig geleistet habe. Mir ist bekannt, dass alternativ die Möglichkeit bestanden hat, den Antrag in Papierform zu unterschreiben.

Bei einer Entscheidung für das Überschussystem Fondsansammlung fließen die Überschussanteile in die von Ihnen gewählte Fondsanlage. Die Höhe der Gewinnbeteiligung der Versicherung ist auch von der zukünftigen Wertentwicklung der Fondsanteile abhängig. Die Fondsansammlung ermöglicht einen besonderen Wertzuwachs, enthält aber auch das Risiko einer Wertminderung der so angelegten Überschussanteile.

Nach Unterzeichnung dieses Antrags erhalte ich hiervon eine Durchschrift.

Im Rahmen der Direktversicherung verpflichtet sich der Antragsteller, die von der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. für den Versorgungsanwärter/-empfänger (versicherte Person) erstellten Unterlagen an diesen weiterzuleiten.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers
(Versicherungsnehmer) ggf. Firmenstempel

X

Unterschrift des volljährigen zu Versichernden
(falls nicht Antragsteller)

X

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s
(bei minderjährigen zu Versichernden)

X

Bitte beachten Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtsentbindungserklärung“ auf den folgenden Seiten, sowie die dort zu treffenden Auswahlmöglichkeiten hinsichtlich der Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, die Sie bitte gesondert und zusätzlich unterschreiben. Bitte beachten Sie darüber hinaus die beigefügten Datenschutzhinweise.

Nur vom Vermittler zu bestätigen, wenn es sich nicht um eine bAV handelt: Ich bestätige, dass der Kunde dem Zielmarkt angehört.

Abweichend: Der Kunde gehört **nicht** dem Zielmarkt an. Der Kunde äußerte ausdrücklich den Wunsch, dass der Vertrag trotzdem abgeschlossen wird. Dieser Wunsch wurde im Beratungsprotokoll dokumentiert.

Unterschrift des Vermittlers

X

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen (z. B. Ihren betreuenden Vermittler, IT-Dienstleister oder an unsere Rückversicherer) weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch uns

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

- Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

- Ich wünsche, dass mich die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte bestätigen Sie mit einem Kreuz die folgende Erklärung für den Fall Ihres Todes:

- Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb unseres Unternehmens

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung oder die Leistungsfallbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, in Einzelfällen nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.volkswohl-bund.de eingesehen oder bei der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37-41, 44137 Dortmund bzw. unter info@volkswohl-bund.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung

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

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen können, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag den Rückversicherern vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherer uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützen. Haben Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

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

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers
(Versicherungsnehmers)/zu Versichernden

X

Unterschrift des volljährigen zu Versichernden
(falls nicht Antragsteller)

X

Unterschrift gesetzlich vertretene zu versichernde Person

(bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit,
frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

X

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s
(bei minderjährigen zu Versichernden)

X

Unterschrift des volljährigen
Mituversichernden

X

Unterschrift gesetzlich vertretene mitzuversichernde Person

(bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit,
frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

X

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s
(bei minderjährigen Mitzuversichernden)

X

Dienstleisterliste der VOLKSWOHL BUND Versicherungen

Gesellschaften der VOLKSWOHL BUND Versicherungen, die an der gemeinsamen Verarbeitung der Stammdaten teilnehmen:

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G., Südwall 37-41, 44137 Dortmund
 VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG, Südwall 37-41, 44137 Dortmund
 Dortmunder Lebensversicherung AG, Südwall 37-41, 44137 Dortmund
 prokundo GmbH, Südwall 37-41, 44137 Dortmund

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Auftraggeber	Stellen	Übertragene Aufgaben
VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.	General Reinsurance AG	– Risikobeurteilung – Schadenabwicklung
	Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft in München	– Risikobeurteilung – Schadenabwicklung
	Pro Claims Solution GmbH	– Telefonischer Kundenservice – Assistance-Leistungen
	Malteser Hilfsdienst gGmbH	– Telefonischer Kundenservice – Assistance-Leistungen
	Medicals Direct Deutschland GmbH	– Unterstützung bei Leistungsanträgen
	Infoscore Consumer Data GmbH	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
	Creditreform AG	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
	Bürger AG	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
	SCHUFA Holding AG	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
	VOLKSWOHL BUND Sachversicherung AG	VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.
General Reinsurance AG		– Risikobeurteilung – Schadenabwicklung
E+S Rückversicherung AG		– Risikobeurteilung – Schadenabwicklung
Swiss Re Europe S.A.		– Risikobeurteilung, Schadenabwicklung
Deutsche Rückversicherung AG		– Schadenabwicklung
Malteser Service Center Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH		– Telefonischer Kundenservice – Assistance-Leistungen
ROLAND Assistance GmbH		– Telefonischer Kundenservice – Reha- und Assistance-Leistungen
ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG		– Schadenabwicklung
ARAG SE		– Telefonische Rechtsberatung
GDV Dienstleistungs GmbH & Co KG		– Zentralruf der Versicherer, – Branchennetz – Nachrichtenservice
informa HIS GmbH		– Hinweis- und Informationssystem (HIS) der deutschen Versicherungswirtschaft
Infoscore Consumer Data GmbH		– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
Creditreform AG		– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
Info-Partner KG		– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
prokundo GmbH		– Vertragsbearbeitung und -verwaltung – Schadenregulierung
prokundo GmbH	Infoscore Consumer Data GmbH	– Wirtschaftsauskünfte (Bonitätsprüfung)
Dortmunder Lebensversicherung AG	VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.	– Vertragsbearbeitung und -verwaltung

Darüber hinaus arbeiten die Gesellschaften der VOLKSWOHL BUND Versicherungen mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten/ personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen, bei denen die Datenverarbeitung jedoch kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:

Kategorien	Übertragene Aufgaben
Gutachter, Sachverständige und Schadenregulierer	– Risikobeurteilung – Schadenabwicklung – Objekteinwertung
Adressermittler	– Adressprüfung
Rechtsanwaltskanzleien	– Rechtsverfolgung, Rechtsberatung
Inkassounternehmen	– Einzug von Forderungen
IT-Wartungsdienstleister	– Wartung von Systemen/Anwendungen
IT- und Telekommunikationsdienstleister	– IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
Entsorger	– Aktenentsorgung
Dienstleister für Reha-, Hilfs- und Pflegeleistungen	– Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen
Übersetzungsbüros	– Übersetzungen
Auslandsregulierungsbüros	– Abwicklung von Schäden mit Auslandsbezug
Autoglaser	– Scheibenreparatur und -ersatz
KFZ-Werkstätten und Werkstattnetze	– Reparatur beschädigter Kraftfahrzeuge
Autovermietungen	– Vermietung von Fahrzeugen an Unfallgeschädigte
Restwertbörsen	– Ermittlung von Restwertangeboten im Bereich KFZ-Schaden
Sanierer	– Durchführung von Sanierungsarbeiten im Schadenfall
Leckortner und Trockner	– Durchführung von Leckortungs- und Trocknungsarbeiten
Sonstige Dienstleister zur Unterstützung und Schadenregulierung	– Belegprüfung, technische Prüfung

Hinweis zur Übermittlung personenbezogener Daten an Dienstleister – Widerspruchsrecht

Eine Übermittlung personenbezogener Daten an die oben genannten Dienstleister erfolgt nur, wenn dies zur Durchführung des Versicherungsverhältnisses oder zur Wahrung unserer berechtigten Interessen (z. B. im Rahmen der Risikoprüfung oder Schaden- und Leistungsbearbeitung) erforderlich ist. Die Übermittlung im Rahmen einer Funktionsübertragung nach Art. 22 Code of Conduct unterbleibt, wenn der Betroffene widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass sein schutzwürdiges Interesse wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse des Auftraggebers an einer Übermittlung übersteigt.

Hinweise zum Datenschutz

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Bitte informieren Sie etwaig andere betroffene Personen (z. B. Bezugsberechtigte, Beitragszahler, etc.) entsprechend.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G.
Südwall 37-41
44137 Dortmund
Telefon 0231 / 5433-0
Fax 0231 / 5433-400
E-Mail-Adresse info@volkswohl-bund.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@volkswohl-bund.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“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.volkswohl-bund.de/cms/datenschutz abrufen.

Stellen Sie 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.

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

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 uns oder einer anderen Gesellschaft des VOLKSWOHL BUND-Konzerns 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 bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) 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,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

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.

Herkunft der Daten

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, wenn Sie mit uns in Kontakt treten, z. B. als Interessent, im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung oder als Anspruchsteller. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, die wir von Ihrem für Sie zuständigen Vermittler, für Sie tätigen Makler, von einem anderen Unternehmen des VOLKSWOHL BUND-Konzerns oder sonstigen Dritten (z. B. einer Kreditauskunft, Adressdienstleister, Bundeszentralamt für Steuern, Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen) zulässigerweise (z. B. zur Ausführung von Aufträgen, zur Erfüllung von Verträgen oder aufgrund einer erteilten Einwilligung) erhalten haben. Außerdem verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Schuldnerverzeichnisse, Handels- und Vereinsregister, Presse, Medien, Internet) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Relevante personenbezogene Daten sind Personalien (Name, Anschrift, Geburtsdaten, Staatsangehörigkeit), Legitimationsdaten (z. B. Ausweisdaten), Dokumentationsdaten (z. B. Beratungsprotokoll) sowie andere mit den genannten Kategorien vergleichbare Daten.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellt Ihnen dieser unter de.genre.com/Datenschutz/HinweiseArt14DSGVO/ zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

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

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

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

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter <http://www.volkswohl-bund.de/cms/datenschutz> entnehmen.

Weitere Empfänger:

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

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei 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

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.

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für den Datenschutz Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2-4
40213 Düsseldorf

Bonitätsauskünfte

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden (im Folgenden „ICD“ genannt). Rechtsgrundlage dieser Übermittlungen sind Art. 6 Abs. 1 b und Art. 6 Abs. 1f DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zur ICD i. S. d. Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie in der Anlage beziehungsweise unter folgendem Link [<https://finance.arvato.com/icdinfoblatt>].

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei den Unternehmen der creditreform-Gruppe Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

1. Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der ICD ist unter der o.a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter: datenschutz@arvato-infoscore.de erreichbar.

2. Zwecke der Datenverarbeitung der ICD

Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der Erreichbarkeit von Personen unter den von diesen angegebenen Adressen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z. B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungsbkauf oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrages vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, zur Risikosteuerung, zur Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung.

3. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD

Die ICD ist ein Auskunftunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i.V.m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern 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 wirtschaftlichem Risiko gegeben (z.B. Rechnungsbkauf, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrages).

4. Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD

Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Ziff. 5), zu Schuldnerverzeichniseintragungen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur (Nicht-)Erreichbarkeit unter der angegebenen Adresse sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.

5. Herkunft der Daten der ICD

Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert.

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD

Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im europäischen Wirtschaftsraum, im Vereinigten Königreich und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z.B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Vertragspartnern der ICD Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen oder Rechtsanwälte.

7. Dauer der Datenspeicherung der ICD

Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i.S.d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO notwendig ist.

Die bei ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschrufen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband Die Wirtschaftsauskunfteien e.V. zusammengeschlossenen Auskunftunternehmen.

- Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, so lange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach vier Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 – 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- 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 währende Speicherung erforderlich ist.

8. Betroffenenrechte gegenüber der ICD

Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde -Der Landesdatenschutzbeauftragte für den Datenschutz Baden-Württemberg, Königstr. 10a, 70173 Stuttgart- zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der ICD widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer – unentgeltlichen – schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen:

Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft)

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter <https://www.arvato.com/finance/de/verbraucher/selbstauskunft/selbstauskunft-anfordern.html> beantragen.

9. Profilbildung/Profiling/Scoring

Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen.

Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt: Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe Ziff. 4. u. 5.), zu Schuldnerverzeichnis-Eintragungen und Insolvenzverfahren (siehe Ziff. 4. u. 5.), Geschlecht und Alter der Person, adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekanntsein der Adresse), Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße/Haus)), Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD.

Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 DSGVO (z.B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z.B. die Einsichtnahme in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring.

Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z.B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit den folgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer.

Sofern Sie bei uns keinen Antrag, sondern lediglich eine Anfrage auf Versicherungsschutz stellen, gelten die folgenden Bestimmungen für die Anfrage mit folgender Maßgabe: An die Stelle der Worte „Antrag“ und „beantragt“ treten die Worte „Anfrage“ und „angefragt“ in der jeweils im Text verwendeten grammatischen Form. Darüber hinaus können Regelungen direkt auf eine Anfrage Bezug nehmen.

Inhaltsverzeichnis.....	Seite
§ 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 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?	2
§ 6 Wie ist das Verhältnis zum Hauptvertrag und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?	2

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für das erste Versicherungsjahr beantragte Todesfallleistung.

(2) Wurde der Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Versicherung - auch als Zusatzversicherung - beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes die Berufsunfähigkeit ein, leisten wir in dem beantragten Umfang, wenn uns die Berufsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.

Für die Beitragsbefreiung ist erforderlich, dass der Hauptvertrag nach den objektiven Gegebenheiten und ohne Berücksichtigung der eingetretenen Berufsunfähigkeit zustande gekommen wäre.

Die Berufsunfähigkeitsleistungen enden spätestens mit dem Ablauf der jeweils beantragten Leistungsdauer.

(3) Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir bei Tod höchstens 100.000 Euro, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben. Hinterbliebenen-Rentenleistungen oder Beitragsfreistellungen werden dabei mit ihrer Deckungsrückstellungsauffüllung berücksichtigt. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

(4) Bei Berufsunfähigkeit beträgt die im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes versicherte Höchstrente

1.000 Euro monatlich; die Leistung einer Beitragsbefreiung ist auf 250 Euro im Monat beschränkt.

(5) Die Absätze 2 und 4 gelten sinngemäß, wenn Sie eine Erwerbsunfähigkeits- oder Pflege-Versicherung oder eine Existenz-Versicherung beantragen. Im Rahmen dieser Versicherungen beantragte Einmalleistungen sind auf 12.000 Euro begrenzt.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz, dass

- der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist;
- Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- Ihr Antrag nicht von den von uns angebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht;
- die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 5. Lebensjahr schon 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 einer unserer Geschäftsstellen oder unserer Hauptverwaltung eingeht. Als Nachweis gilt der Eingangsstempel.

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn

- der Versicherungsschutz aus dem Hauptvertrag begonnen hat;
- Sie Ihre Vertragserklärung angefochten oder zurückgenommen haben;
- Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Gebrauch gemacht haben;
- Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben. Stattdessen gilt bei einer Anfrage: Sie uns mitteilen, dass Sie am Abschluss des Hauptvertrags kein Interesse mehr haben.
- der Einzug des Einlösungsbeitrags aus von Ihnen zu vertretenden 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) Absatz 2 Buchstaben a) und e) finden auch Anwendung, wenn Sie den Hauptvertrag oder einen weiteren Vertrag über vorläufige Deckung mit einem anderen Versicherer schließen. Den Vertragsschluss müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) 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) Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor der Unterzeichnung Kenntnis hatte. Dies gilt auch dann, wenn die zum Schadensereignis führenden Ursachen bereits im Antrag angegeben waren. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich waren.

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

Wird der Versicherungsfall durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung herbeigeführt, besteht kein Versicherungsschutz.

(3) Bei Ableben der versicherten Person oder bei Eintritt des Versicherungsfalles in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen, soweit die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, entfällt unsere Leistungspflicht.

Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt,

denen die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für einen Beitragszahlungsabschnitt. Bei Einmalbeitragsversicherungen erheben wir ein Entgelt, das einem Jahresbeitrag des beantragten Versicherungsvertrags bei jährlicher Zahlungsweise entspricht. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsummen gemäß § 1 Abs. 3 und 4. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zum Hauptvertrag und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

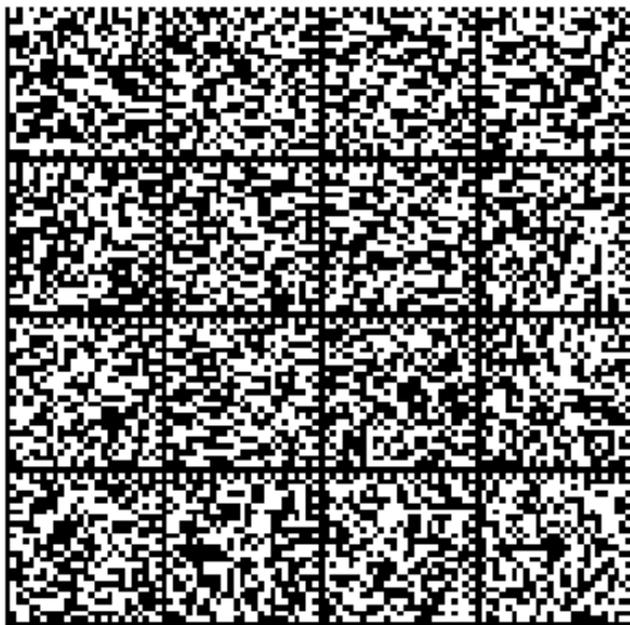
(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für den Hauptvertrag Anwendung, einschließlich derjenigen für mitbeantragte Zusatzversicherungen. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.

Eine Überschussbeteiligung erfolgt nicht.

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

Vertriebspartner-Informationen

Vertriebspartner-Informationen		
Name	Partnerkennung	Büro-Nr.
IHK-Registrierungsnummer	Abweichender Bestand	
Infofeld	Infofeld 2	



data_betr

VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. · 44137 Dortmund, Südwall 37-41
Vorstand: Dietmar Bläsing (Sprecher), Dr. Gerrit Böhm, Celine Carstensen-Opitz, Axel-Rainer Hoffmann
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Joachim Maas · Sitz des Unternehmens: Dortmund · Registergericht: Amtsgericht Dortmund, HRB 29381
Telefon: 02 31 / 54 33 - 0 · Telefax: 02 31 / 54 33 400 · info@volkswohl-bund.de · www.volkswohl-bund.de

Beiblatt bei ärztlichen Untersuchungen

(Für Versicherungsschutz ab Erreichen der ersten Risikostufe)

Name

Vorname

Geburtsdatum

PLZ

Wohnort

Straße und Hausnummer

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben einen Versicherungsschutz beantragt oder eine unverbindliche Anfrage auf Versicherungsschutz gestellt. Für die Risikobeurteilung sind ärztliche Unterlagen erforderlich. Art und Umfang der einzureichenden ärztlichen Unterlagen sind abhängig vom beantragten oder angefragten Versicherungsschutz.

Risikostufe 1:

- Ärztlicher Befundbericht des Hausarztes oder des Arztes, der über Ihren Gesundheitszustand am besten unterrichtet ist. Dieser Befundbericht wird **von uns** direkt bei dem im Antragsformular benannten Hausarzt angefordert. Sofern **kein** Hausarzt im Antragsformular benannt ist, benötigen wir zur Risikoeinschätzung die Beantwortung beider Teile des Ärztlichen Zeugnisses durch einen Internisten.

Risikostufe 2:

- Teil I. des Ärztlichen Zeugnisses,
- Teil II. des Ärztlichen Zeugnisses,
- Vollständiges Blutbild (Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, Nüchternblutzucker, Kreatinin oder Reststickstoff, Gesamtcholesterin (mit Angabe der LDL- und HDL-Werte), Triglyzeride, Transaminasen (Gamma-GT, SGOT und SGPT), Harnsäure),
- HIV-Test.

Risikostufe 3:

- Unterlagen der Risikostufe 2 und zusätzlich
- Ruhe- und Belastungs-EKG (Ergometrie) einschließlich Beurteilung,
- Mini-Mental Status Test (nur bei Pflegeversicherung).

Wichtig für Antrag und Anfrage!

Beachten Sie bitte den wichtigen **Hinweis zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht**, die wichtige **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung** und das **Merkblatt zur Datenverarbeitung**. Diese Unterlagen finden Sie im Antragsformular.

Kostenübernahme

Ärztliche Zeugnis Teil I

Wir bieten Ihrem Arzt für diese Befragung ein Honorar von 25,00 EUR an. Bitte beachten Sie, dass wir das o. g. Honorar nur zahlen, sofern uns ein entsprechendes Antragsformular vorliegt und die beantragte oder angefragte Versicherung eine ärztliche Untersuchung erforderlich macht. Von uns geforderte weitergehende Untersuchungen können gesondert berechnet werden. Bitte fügen Sie die Liquidation Ihres Arztes bei. Wir erstatten dann per Scheck bzw. Überweisung.

Ärztliche Zeugnis Teil II

Wir bieten Ihrem Arzt für diese Untersuchung ein Honorar von 35,00 EUR an, bei notwendigem aktuellem HIV-Test 60,00 EUR. Bitte beachten Sie, dass wir das o. g. Honorar nur zahlen, sofern uns ein entsprechender Antrag vorliegt und die beantragte oder angefragte Versicherung eine ärztliche Untersuchung erforderlich macht. Von uns geforderte weitergehende Untersuchungen können gesondert berechnet werden. Bitte fügen Sie die Liquidation Ihres Arztes bei. Wir erstatten dann per Scheck bzw. Überweisung.

Ich habe diese Erläuterungen zur Kenntnis genommen. Sofern die Durchführung ärztlicher Untersuchungen erforderlich ist, erkläre ich mich damit sowie mit der Weitergabe aller Untersuchungsergebnisse einschließlich des HIV-Testergebnisses an die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. einverstanden. Ich werde mich über die besondere Bedeutung des HIV-Tests von dem untersuchenden Arzt aufklären lassen.

Ort, Datum

Unterschrift der oben genannten Person

Ärztliches Zeugnis Teil I*

(Befragung durch einen Internisten)

*Nur notwendig, wenn kein Ärztlicher Befundbericht durch den Hausarzt erstellt wird.

Name		Vorname	Geburtsdatum
PLZ	Wohnort	Straße und Hausnummer	

Erklärung des Arztes:
 Ich bin mit der zu befragenden Person verwandt oder verschwägert nein ja
 (Falls „ja“, darf die Befragung nicht vorgenommen werden.)

Erklärungen der zu befragenden Person vor dem Arzt:
 Jede Frage ist vom Arzt zu stellen und ist mit „nein“ oder „ja“ zu beantworten. Eine sorgfältige, ausführliche Beantwortung dieser Fragen erspart Rückfragen und beschleunigt damit die Bearbeitung des Antrages oder der unverbindlichen Anfrage.

Hinweise bei Stellung einer unverbindlichen Anfrage:
 Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage auf Versicherungsschutz gestellt haben, füllen Sie bitte auch als Anfragender sämtliche Felder aus. Die im folgenden gemachten Angaben werden dann Bestandteil Ihrer Versicherungsanfrage.

Hinweise zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen der Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. Südwall 37-41, 44137 Dortmund in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Sie haben einen Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wir verzichten auf das Recht den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte 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.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

	nein ▼	ja ▼	Wenn ja, welche, wann, wie oft? Befund?	Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)
1. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:				
a) des Herzens oder der Kreislauforgane , z.B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) der Atmungsorgane , z.B. Tuberkulose, Rippen-(Brust)-fellentzündung, wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) der Verdauungsorgane , z.B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) der Harn- oder Geschlechtsorgane , z.B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankungen der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e) des Gehirns oder Rückenmarks , der Nerven, Geistesstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmacht, Schwindel, häufige Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f) psychischer oder psychosomatischer Art, wie z.B. Depressionen, Überforderungssyndrom, Burn-out-Syndrom etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g) der Augen, z.B. Herabsetzung der Sehschärfe? Dioptrienzahl? li _____ re _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h) der Ohren, z.B. Ohrenfluss, Schwerhörigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i) der Haut, der Drüsen, der Milz, des Blutes; Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
k) Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
l) Geschwülste (Tumore)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
m) der Knochen und Gelenke, der Wirbelsäule, der Bandscheiben; Gelenkrheumatismus, rheumatische Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
n) akute oder chronische Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten, z.B. Malaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
o) sonstige Krankheiten, Gebrechen, körperliche Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
p) bei Frauen: Erkrankungen der weiblichen Organe? Gab es bei evtl. vorausgegangenen Schwangerschaften und Entbindungen Komplikationen? Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			In welchem Monat? _____	
2. a) Wurde Ihnen die regelmäßige Einnahme von Medikamenten ärztlich verordnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche, wann, weshalb? Behandelnde Ärzte mit Anschrift	
b) Nahmen oder nehmen Sie Rauschgifte oder Medikamente ohne ärztliche Verordnung zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche, wann?	
c) Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, was und wie häufig (Anzahl/täglich)?	
d) Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, was, wie viel und wie häufig?	
3. a) Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Art, welche Folgen? Behandelnde Ärzte mit Anschrift	
b) Sind Sie in Ihrem Beruf oder beim Sport besonderen Gefahren ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welchen?	
	nein ▲	ja ▲		

	nein	ja		
4. a) Sind Sie operiert worden oder ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann, weshalb? Befund?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift
b) Sind Sie mit Röntgen- Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt worden oder ist dies vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann, weshalb?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift
5. a) Wurden Sie mit Röntgen, Isotopen oder mit Sonographie untersucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, warum und Ergebnis?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift
b) Wurde früher ein Elektrokardiogramm aufgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, Ergebnis?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift
6. a) Waren Sie aufgrund von Erkrankungen oder Verletzungen in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann, wie lange, weshalb?	Behandelnde Ärzte mit Anschrift
b) Beantragten, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, weshalb? Von welcher Stelle?	
c) Besteht nach dem Schwerbehindertengesetz eine Erwerbsminderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte den Grund und den Grad in % angeben!	
7. Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann?	
8. a) Haben andere Ärzte, außer den bereits genannten, Sie innerhalb der letzten fünf Jahre untersucht, beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann, weshalb? Befund?	Ärzte mit Anschrift
b) Sind Sie in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann, weshalb? Befund?	Einrichtung mit Anschrift
	nein	ja		
9. a) Welchen Arzt nehmen Sie für sich gewöhnlich in Anspruch (Hausarzt)?			Name und Anschrift des Arztes	
b) Welchen Arzt haben Sie zuletzt beansprucht?			Name und Anschrift des Arztes	Wann? Weshalb? Befund?
<p>Sofern Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz gestellt haben, sind die vorstehend gemachten Angaben verbindlich. Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage auf Versicherungsschutz gestellt haben, machen Sie die soeben gemachten Angaben erst mit Unterzeichnung der Annahmeerklärung zum Inhalt des Versicherungsvertrages.</p>				
_____		_____		
Ort, Datum	Unterschrift der untersuchten Person			
_____		_____		_____
Ort, Datum	Unterschrift des Arztes		Arztstempel	
<p>Wir bieten Ihnen für diese Befragung ein Honorar von 25,00 EUR an. Bitte beachten Sie, dass wir das o. g. Honorar nur zahlen, sofern uns ein entsprechendes Antragsformular Ihres Patienten vorliegt und die beantragte oder angefragte Versicherung eine ärztliche Untersuchung erforderlich macht. Von uns geforderte weitergehende Untersuchungen können gesondert berechnet werden. Bitte fügen Sie Ihre Liquidation bei. Wir erstatten dann per Scheck bzw. Überweisung.</p>				

Ärztliches Zeugnis Teil II

(Untersuchung durch einen Arzt)

Name _____		Vorname _____		Geburtsdatum _____	
PLZ _____		Wohnort _____		Straße und Hausnummer _____	
Erklärung des Arztes:					
Ich bin mit der zu befragenden Person verwandt oder verschwägert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
(Falls „ja“ darf die Untersuchung nicht vorgenommen werden.)					
Haben Sie die zu untersuchende Person bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt?		nein ▼ <input type="checkbox"/>	ja ▼ <input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte alle Behandlungen auflisten: Wann, weshalb und wie lange? Befund?	
1. a) Gewicht ohne Kleidung: _____ kg Größe ohne Schuhe _____ cm				Umfang des Brustkorbes: _____ cm des Halses: _____ cm des Leibes: _____ cm	
b) Macht die zu untersuchende Person einen altersentsprechenden, gesunden und frischen Eindruck?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, nähere Angaben	
2. Halten Sie Skelett und Bewegungsapparat für gesund?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	
3. Halten Sie Haut und Schleimhäute für gesund?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	
4. Halten Sie die Sinnesorgane für gesund?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	
5. Halten Sie Nervensystem und Psyche für gesund, insbesondere verhalten sich die Reflexe (Pupillenreaktionen, Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fußsohlen- und Bauchdeckenreflexe, Romberg) normal?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?	
6. Halten Sie das Hormonsystem - insbesondere die Schilddrüse - für gesund?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	

	nein ▼	ja ▼													
7. Herz und Kreislauf															
a) Besteht perkutorisch ein Anhalt für eine Herzvergrößerung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, Ausmaß:												
b) Sind die Herztöne rein und normal betont?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
c) Bestehen Geräusche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche und wo?												
d) Sind die Geräusche organisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
e) Blutdruck und Pulsfrequenz:			<table> <tr> <td></td> <td>Pulsschläge je Minute</td> <td>Blutdruck in mm Hg. systol.</td> <td>diastol.</td> </tr> <tr> <td>in Ruhe</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>nach Belastung mit 10 Kniebeugen</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>		Pulsschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg. systol.	diastol.	in Ruhe	_____	_____	_____	nach Belastung mit 10 Kniebeugen	_____	_____	_____
	Pulsschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg. systol.	diastol.												
in Ruhe	_____	_____	_____												
nach Belastung mit 10 Kniebeugen	_____	_____	_____												
f) Ist der Puls in Ruhe und nach Belastung gleich- und regelmäßig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nicht, worin bestehen die Abweichungen?												
			Bei Extrasystolen: Wieviele in der Minute in Ruhe und nach Belastung?												
g) Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?												
h) Sind Krampfadern vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, nähere Angaben:												
i) Können Sie noch zusätzliche Angaben über Herz und Kreislauf machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?												
8. Atmungsorgane															
a) Besteht Heiserkeit? Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, seit wann? Ursache?												
b) Sind Form und Wölbung des Brustkorbs normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?												
c) Sind die Ergebnisse der Perkussion und Auskultation normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?												
d) Halten Sie die Atmungsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, welches Leiden liegt vor?												
9. Verdauungsorgane															
a) Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Rachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher?												
b) Sind die Ergebnisse der Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation des Bauches normal? (Magen, Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, Milz, Darm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?												
c) Halten Sie die Verdauungsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn nein, welches Leiden liegt vor?												
	▲ nein	▲ ja													

		nein	ja		
10. Harn- und Geschlechtsorgane					
a) Halten Sie die Harn- und Geschlechtsorgane für gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	
b) Bei Frauen: Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der weiblichen Organe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wenn ja, auf welches Leiden?	
c) Harnuntersuchung: Bitte den Harn in Ihren Praxisräumen entleeren lassen. Harnbefund: (Falls pathologisch, bitte Laborwerte beifügen.)				Eiweiß positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> Zucker positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> Ist Urobilinogen vermehrt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sedimentbefund: _____	
11. Sonstiges					
a) Liegt ein aktueller HIV-Test (nicht älter als 3 Monate) vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wenn ja, Ergebnis mit Datum:	
b) Liegen Ihnen pathologische Laborwerte (Cholesterin, HDL, LDL, Transaminasen, BZ, Harnsäure, Kreatinin usw.) vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wenn nein, bitte <u>nur</u> veranlassen und beifügen, wenn die Risikostufe 2 oder 3 erforderlich ist oder dieser explizit von uns angefordert wird.	
c) Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde (z.B. Drüsenschwellungen, Störungen des Immunsystems, Blutkrankheiten) erhoben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wenn ja, welche?	
		nein	ja		
12. a) Der Arzt kann dem Untersuchten krankhafte Befunde mitteilen.				Welche Befunde haben Sie mitgeteilt?	
b) Die Untersuchung fand statt um _____ Uhr <input type="checkbox"/> in meiner Arztpraxis, <input type="checkbox"/> in der Wohnung des Untersuchten.					
13. Bemerkungen					
_____		_____		_____	
Tag der Untersuchung		Unterschrift des Arztes		Arztstempel	
Wir bieten Ihnen für diese Untersuchung ein Honorar von 35,00 EUR an, bei notwendigem, aktuellem HIV-Test 60,00 EUR. Bitte beachten Sie, dass wir das o.g. Honorar nur zahlen, sofern uns ein entsprechendes Antragsformular Ihres Patienten vorliegt und die beantragte oder angefragte Versicherung eine ärztliche Untersuchung erforderlich macht. Von uns geforderte weitergehende Untersuchungen können gesondert berechnet werden. Bitte fügen Sie Ihre Liquidation bei. Wir erstatten dann per Scheck bzw. Überweisung.					
Bitte fügen Sie leihweise Ihnen evtl. vorliegende Befundberichte, EKG-Streifen, Laborergebnisse oder die Krankenakte diesem Zeugnis zur Einsicht bei.					