



Top-Einkommensabsicherung
zum Top-Preis!

Basler Berufsunfähigkeitsversicherung

Was hat sie?

Berufsunfähigkeitsversicherung bietet die umfangreichste Arbeitskraftabsicherung

75 % aller Erwerbstätigen sind nicht gegen Berufsunfähigkeit versichert!

Zwei von drei Menschen wissen um die gesetzlichen Regeln und kennen selbst jemanden in ihrem Umfeld, der erwerbs- oder berufsunfähig ist. Trotzdem haben sich 25 % der potenziellen Kunden noch nicht mit dem Thema Berufsunfähigkeit beschäftigt, bei den 18- bis 24-Jährigen sogar 40 %.* Ein großes Potenzial für alle!

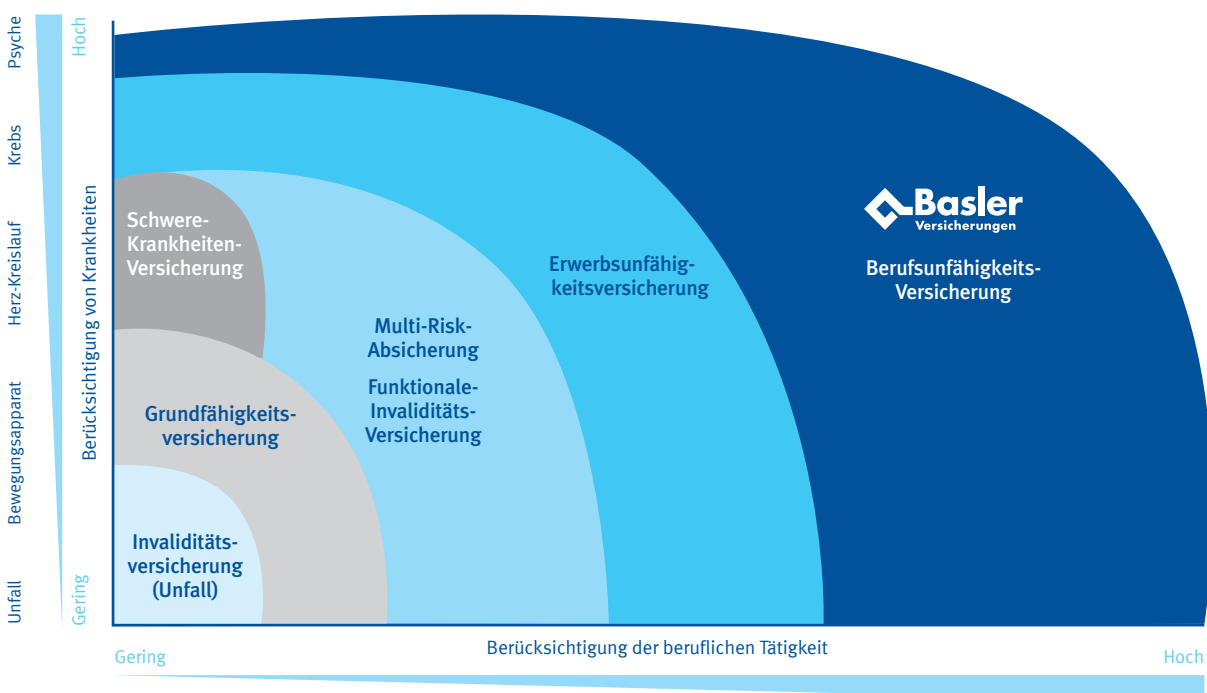
Medien, Politik und Verbraucherschützer empfehlen hier eine Berufsunfähigkeitsversicherung (BU). Denn nur die BU sichert neben dem Gesundheitszustand auch den Beruf ab. Andere Versicherungsprodukte werden qualitativ unterhalb der BU eingeordnet.

Die unten dargestellte Grafik zeigt die unterschiedlichen Absicherungsprodukte für die Einkommenssicherung unter Berücksichtigung des Krankheitsumfangs und des Bezugs zur beruflichen Tätigkeit.

- **Invaliditätsversicherung:** Leistet bei Invalidität, zum Beispiel bei einem Grad der Behinderung von über 50%. Oft ist die Leistung auf Unfälle begrenzt.
- **Grundfähigkeitsversicherung:** Sichert körperliche und geistige Fähigkeiten wie bspw. das Gehen, Sehen und Sprechen ab, unabhängig davon, ob die Kunden noch arbeiten können oder nicht.
- **Schwere-Krankheiten-Versicherung** (auch „Dread-Disease-Versicherung“ genannt): Leistet einen festen Geldbetrag bei Eintritt definierter schwerer Krankheiten.
- **Multi-Risk oder auch Funktionale-Invaliditäts-Versicherungen:** Kombiniert die verschiedenen Deckungen und leistet bei Verlust von Grundfähigkeiten, schweren Krankheiten oder Unfällen.
- **Erwerbsunfähigkeitsversicherung:** Leistet, wenn dauerhaft keine Erwerbstätigkeit von mehr als 3 Stunden täglich ausgeübt werden kann.

*Quelle: YouGov-Studie im Januar 2015.

Einordnung von Absicherungsprodukten bezüglich des Versicherungsumfangs



Quelle: 2014 Franke und Bornberg GmbH, in Anlehnung.

Top-Preise – überzeugen Sie sich selbst!

Arbeitnehmer

Beruf	Beitrag (Normaltarif)	Startbeitrag (Einsteigertarif)	Beitrag ab 6. Jahr (Einsteigertarif)
Kaufmännischer Angestellter Alter 25 Jahre, 1.000 EUR Garantierente	35,05 EUR	22,76 EUR	37,93 EUR
Anlagenmechaniker Alter 25 Jahre, 1.000 EUR Garantierente	50,31 EUR	32,67 EUR	54,44 EUR
Betriebswirt Alter 30 Jahre, 1.000 EUR Garantierente	29,95 EUR	16,62 EUR	32,69 EUR
Maschinenbauingenieur Alter 34 Jahre, 1.000 EUR Garantierente	32,35 EUR	21,39 EUR	35,65 EUR

Selbständige

Beruf	Beitrag (Normaltarif)	
Gesellschafter-Geschäftsführer Alter 35 Jahre, 2.500 EUR Garantierente	91,00 EUR	Voraussetzung: Akademischer Abschluss, mindestens 75% Bürotätigkeit

Auszubildende

Zielberuf	Beitrag (Normaltarif)	Startbeitrag (Einsteigertarif)	Beitrag ab 6. Jahr (Einsteigertarif)
Bürokaufmann Alter 19 Jahre, 1.000 EUR Garantierente	30,60 EUR	19,67 EUR	32,79 EUR
Elektroniker Alter 16 Jahre, 1.000 EUR Garantierente	40,74 EUR	26,09 EUR	43,48 EUR

Studenten

Zielberuf	Beitrag (Normaltarif)	Startbeitrag (Einsteigertarif)	Beitrag ab 6. Jahr (Einsteigertarif)
BWL-Student Alter 20 Jahre, 1.000 EUR Garantierente	24,54 EUR	15,80 EUR	26,33 EUR
Informatik-Student Alter 25 Jahre, 1.000 EUR Garantierente	27,42 EUR	17,80 EUR	29,68 EUR

Schüler

Schüler	Beitrag (Normaltarif)	Startbeitrag (Einsteigertarif)	Beitrag ab 6. Jahr (Einsteigertarif)
Schüler (Gymnasium) Schüler ab Klasse 11, 500 EUR Garantierente	17,78 EUR	11,38 EUR	18,97 EUR

Highlights und Produktmerkmale

Basler Berufsunfähigkeitsversicherung

Kundenfreundliche Bedingungskriterien

Vereinfachte Gesundheitserklärung für unter 30-Jährige (bis 2.000 EUR BU-Rente)	✓
Nachversicherungsgarantie ohne Anlass	✓
Genereller Verzicht auf befristete Anerkennnisse der Berufsunfähigkeit	✓
Berücksichtigung des zuletzt ausgeübten Berufes ohne Befristung	✓
Verzicht auf Prüfung bei Umorganisation von Selbständigen: 90 % Büro und akad. Ausbildung	✓
Grob fahrlässige Verstöße im Straßenverkehr sind versichert	✓
Bei Elternzeit bis zu 36 Monate Beitragspause	✓
Ausdrücklicher Verzicht auf die Meldefrist, auch nicht durch Verjährung nach BGB begrenzt	✓
Weltweiter Versicherungsschutz	✓
Verzicht auf abstrakte Verweisung	✓
Zinslose Beitragsstundung bei Leistungsprüfung	✓
Wiedereingliederungshilfe: 6 Monatsrenten bis zu insgesamt 10.000 EUR	✓
Transparente Bedingungen, Rating ITA	✓
⊕ Basler InflationsSchutz: Garantierte Rentendynamik	✓
⊕ Basler PflegeSchutz: Lebenslange BU-Rente bei Pflegebedürftigkeit, mit Pflegeoption	✓

Einsteiger

Schüler ab 10 Jahren durchgängig versicherbar	✓
Azubi / Studenten sind bis 1.500 EUR absicherbar, Einstufung mit Zielberuf	✓
Einsteigertarif für alle bis 34 Jahre, Startbeitrag in den ersten 5 Jahren um 40 % reduziert	✓
Verzicht auf abstrakte Verweisung im Einsteigertarif	✓

Leistungsauslöser / Leistungsmerkmale

BU-Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, bereits ab 1 ADL	✓
Infektionsklausel für alle Berufe	✓
Leistungen bei altersbedingtem Kräfteverfall	✓
BU-Rente auf Grundlage der vollen Erwerbsminderungsrente	✓
⊕ Basler ArbeitsunfähigkeitsSchutz: „Gelbe-Schein-Regelung“	✓
⊕ Basler KrankheitenSchutz: Soforthilfe bei 11 schweren Krankheiten	✓

Die neue Basler Berufsunfähigkeitsversicherung: Premium BU-Schutz mit Flexibilität

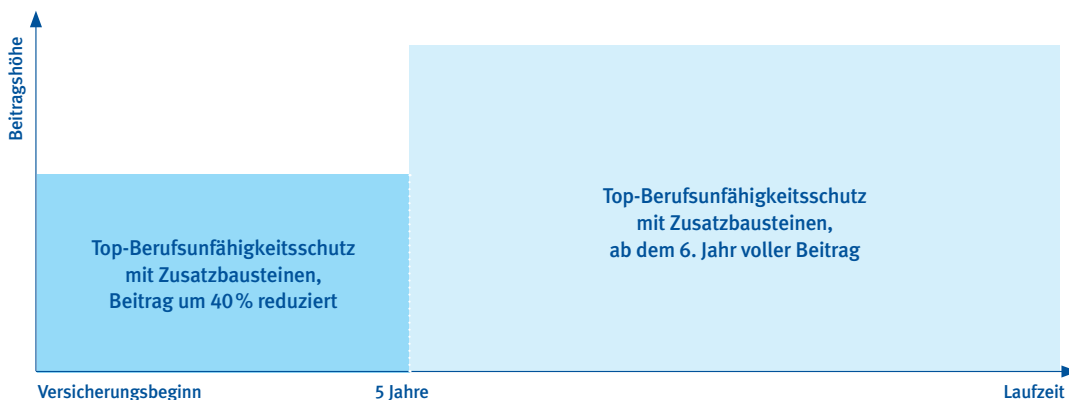
Top-BU-Schutz mit frei kombinierbaren Zusatzbausteinen

Die Basler Berufsunfähigkeitsversicherung bietet eine Premium-BU mit vier Zusatzbausteinen. Die Zusatzbausteine sind unabhängig voneinander kombinierbar, dadurch kann ein erweiterter Versicherungsschutz flexibel vereinbart werden.



Basler Berufsunfähigkeitsversicherung Einsteiger

Reduzierter Anfangsbeitrag bei Top-Versicherungsschutz



Berufsunfähigkeits-Zusatzbausteine – sinnvolle Erweiterung der Absicherung

Basler AU-Schutz: „Gelbe-Schein-Regelung“

- Die Krankschreibung muss durchgehend mindestens 6 Monate angedauert haben.
- Die AU-Rente wird rückwirkend gezahlt. Es ist ein mehrmaliger Leistungsbezug möglich, insgesamt maximal 18 Monate.
- Bescheinigung durch einen in Deutschland zugelassenen Arzt (muss kein Facharzt sein) genügt.
- Leistungsunterbrechungen werden angerechnet (Wiedereingliederungsversuche).
- Die Rente wegen Arbeitsunfähigkeit entspricht der versicherten BU-Rente.
- Kein Extra-Antrag auf BU-Rente notwendig.

Basler PflegeSchutz: Lebenslang und als Option

Pflegeoption:

- Option, zum Ende der Versicherungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung eine PflegeRente abzuschließen.
- Die garantierte PflegeRente entspricht der garantierten BerufsunfähigkeitsRente und beträgt maximal 2.000 EUR monatlich.

Lebenslange Leistungen im Pflegefall:

- Wird eine BU-Rente gezahlt und/oder tritt Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe 1 ein, wird die BU-Rente lebenslang weitergezahlt.

Basler InflationsSchutz: garantierte Leistungsdynamik

Garantierte Erhöhung der BU-Rente im Leistungsfall um jährlich 1 %

Zusätzliche Erhöhungsmöglichkeiten über den Basler InflationsSchutz hinaus:

- Durch zusätzliche Überschussrente von zurzeit 1,65 %.
- Nachversicherungsgarantien ohne Anlass und zu zahlreichen weiteren Anlässen.
- durch die Vereinbarung einer Beitragsdynamik.

Basler KrankheitenSchutz als Soforthilfe

Bei 11 schweren Krankheiten wird eine Einmalzahlung von 5.000 EUR geleistet:

- Operation der Hauptschlagader (Aorta)
- Hochgradige irreversible Sehbehinderung
- Bypass-Operation
- Terminale Niereninsuffizienz
- Herzklappenoperation
- Krebs im fortgeschrittenen Stadium
- Irreversible Lähmung von Gliedmaßen
- Multiple Sklerose mit dauerhaften neurologischen Ausfällen
- Myokardinfarkt (Herzinfarkt)
- Organtransplantation
- Schlaganfall mit bleibenden neurologischen Ausfällen

Sie haben individuelle Zielgruppen – wir haben die individuelle Absicherung

Für jede Zielgruppe die passende Lösung

Schüler

Zu Beginn Schulunfähigkeitsabsicherung und später Berufsunfähigkeitsversicherung

- Schüler ab Alter 10 Jahre in Berufsklasse 5 bis 700 EUR BU-Rente
- Schüler ab Klasse 11 in Berufsklasse 3 bis 1.100 EUR BU-Rente
- Einsteigertarif als Stufenmodell mit um 40 % reduziertem Startbeitrag, auch als Normaltarif ohne Stufe möglich
- Umfangreiche Erweiterungsoptionen, z. B.: AU-Schutz, PflegeSchutz, KrankheitenSchutz und Nachversicherungsgarantien



Studenten und Auszubildende

Top-Versicherungsschutz, der genau passt und flexibel anpassbar ist

- Ab Alter 15 Jahre, BU-Renten-Höhe bis zu 1.500 EUR monatlich
- Einsteigertarif als Stufenmodell mit um 40 % reduziertem Startbeitrag, auch als Normaltarif ohne Stufe möglich
- Studenten und Auszubildende werden mit dem Zielberuf eingestuft
- Umfangreiche Erweiterungsoptionen, z. B.: AU-Schutz, PflegeSchutz, KrankheitenSchutz und Nachversicherungsgarantien



Arbeitnehmer

Top-Bedingungen mit besonderen Gestaltungsmöglichkeiten

- Bis zu 5.000 EUR BU-Rente möglich
- Sehr günstige Beiträge, bis Alter 34 Jahre auch mit dem Einsteigertarif als Stufenmodell versicherbar
- Vereinfachte Gesundheitserklärung für unter 30-Jährige (bis 2.000 EUR BU-Rente)
- Umfangreiche Erweiterungsoptionen, z. B.: AU-Schutz, PflegeSchutz, KrankheitenSchutz, InflationsSchutz und Nachversicherungsgarantien



Selbständige

Besonderer Schutz für den besonderen Bedarf

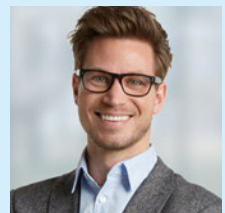
- Verzicht auf Prüfung bei Umorganisation von Selbständigen: 90 % Büro und akad. Ausbildung
- Vereinfachte Gesundheitserklärung für unter 30-Jährige (bis 2.000 EUR BU-Rente)
- Bis Alter 34 Jahre auch mit dem Einsteigertarif als Stufenmodell versicherbar
- Umfangreiche Erweiterungsoptionen, z. B.: AU-Schutz, PflegeSchutz, KrankheitenSchutz, InflationsSchutz und Nachversicherungsgarantien



Akademiker

Top-Beruf mit einer Top-Absicherung

- Akademiker erhalten besondere Konditionen – günstige Beiträge
- Verzicht auf Prüfung bei Umorganisation von Selbständigen: 90 % Büro und akad. Ausbildung
- Vereinfachte Gesundheitserklärung für unter 30-Jährige (bis 2.000 EUR BU-Rente)
- Bis Alter 34 Jahre auch mit dem Einsteigertarif als Stufenmodell versicherbar
- Umfangreiche Erweiterungsoptionen, z. B.: AU-Schutz, PflegeSchutz, KrankheitenSchutz, InflationsSchutz und Nachversicherungsgarantien



Unser Service für Ihre Kunden!



Unser ServicePLUS



Qualifiziertes BU-Team für die Risiko- und Leistungsprüfung

- Medizinisch, berufskundlich und juristisch qualifizierte und zertifizierte Mitarbeiter, feste persönliche Ansprechpartner (Leistungsfallmanager)
- Bei Vorliegen aller Unterlagen – Leistungsvotum innerhalb von 5 Arbeitstagen (in Bedingungen festgeschrieben)
- Zügige und individuelle Einzelfallbearbeitung
- Qualitätssicherung durch wissensbasierte Datenbanken



Teleclaiming / Telefon-Hilfe

- Gemeinsam wird der Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit in einem Telefoninterview ausgefüllt
- Leistungsfallmanager unterstützt beim Ausfüllen des Fragebogens
- Der Versicherte erhält den Fragebogen zur Prüfung, um Änderungen und Ergänzungen vorzunehmen
- Langwierige Schriftwechsel entfallen i. d. R., weitere Bearbeitungsschritte können sofort eingeleitet werden



Leistungs-Check mit unabhängigem Dienstleister

- Gemeinsam mit einer medizinischen Fachkraft wird der Antrag auf Leistungen vor Ort beim Kunden ausgefüllt
- Qualitätsgesicherter und vollständiger Leistungsantrag
- Schnellere Leistungsentscheidung
- Kostenloser Kundenservice



Vor-Ort-Service

- Direkte Leistungsfallprüfung beim Kunden durch Mitarbeiter der Basler Lebensversicherungs-AG
- Berücksichtigung der Umstände und der Situation vor Ort beim Kunden
- Dadurch schnelle und sachgerechte Fallentscheidung

Basler Lebensversicherungs-AG – Ihr BU-Partner: Wir bieten Sicherheit, Erfahrung und Know-how

Wussten Sie schon, dass ...

- ... die Basler Lebensversicherungs-AG seit 2012 Jahr für Jahr Bestnoten von Morgen & Morgen im BU-Kompetenz-Rating (Note „ausgezeichnet“) erhält?
- ... die Basler Lebensversicherungs-AG bereits seit 1958 Berufsunfähigkeitsversicherungen anbietet?

- ... die Basler Lebensversicherungs-AG seit Jahrzehnten ein erfahrener Leistungsregulierer ist, mit mehr als 1.000 Leistungsfällen pro Jahr?
- ... die Basler Lebensversicherungs-AG gesund und nachhaltig gewachsen ist und etwa 100.000 BU-Verträge verwaltet?

Starkes Produkt

- Top-Bedingungen auf höchstem Niveau
- Premium-Versicherungsschutz mit kombinierbaren Zusatzbausteinen
- Attraktives Preis-Leistungs-Verhältnis, besonders in häufig vorkommenden Berufen
- Transparente, kundenfreundliche Bedingungen

Starkes Unternehmen

- Die Basler Lebensversicherungs-AG als Tochter des Schweizer Baloise-Konzerns ist seit über 150 Jahren im deutschen Markt
- Finanzstark und solide Unternehmenskennzahlen
- Alle Stresstests bestanden
- Innovationsstark: Goldener Bulle für Vorsorge-Produkt des Jahres 2015



Starke BU Kompetenz

- Morgen & Morgen (M&M) Teilrating BU-Kompetenz (5 Sterne)
- Top-Annahmequote: Höchstbewertung bei M&M (87,65 %)
- Top-Leistungsquote: Höchstbewertung bei M&M (74,68 %)
- Beschwerdequote im Zusammenhang mit der Berufsunfähigkeitsversicherung (Ombudsmann und Unternehmen) im Jahr 2015: 0%

Starker Service

- Kompetente Vertriebsunterstützung vor Ort
- Persönlicher und qualifizierter Service in unserem Kompetenz-Team für Anliegen, Anträge und Risikovorabfragen
- 4 Wege zur Leistung: Persönliche Antragsbearbeitung – Teleclaiming – Leistungs-Check durch unabhängigen Dienstleister – Außenregulierung vor Ort
- Elektronische Risikoprüfung – softfair / RiVa angebunden

Vorsorge bei der Basler:
einfach  **sicher**

Ihr kompetenter Ansprechpartner



Basler Lebensversicherungs-AG
Ludwig-Erhard-Str. 22, 20459 Hamburg

Telefon 0 40/35 99 77 11
Montag bis Freitag von 8.00 bis 18.00 Uhr

Wir machen Sie sicherer.
www.basler.de

Versicherungsbedingungen und -informationen für die Basler Berufsunfähigkeitsversicherung

Nummer für die Empfangsbestätigung im Antrag:

BAL 1545 04.16

Inhaltsverzeichnis

		Seite
▶ Basler Berufsunfähigkeitsversicherung		
Allgemeine Versicherungsbedingungen Basler Berufsunfähigkeitsversicherung	BAL 8408 04.16	4
Gebührentabelle für konventionelle Versicherungen	BAL 8118 01.15	29
Allgemeine Informationen zu Ihrer Lebensversicherung	BAL 8119 04.16	30
Steuerregelungen für Berufsunfähigkeitsversicherungen, Pflegeversicherungen und Risikoversicherungen	BAL 8122 01.15	31
Steuer- und sozialversicherungsrechtliche Regelungen zur Direktversicherung	BAL 8125 01.15	32
Verbraucherinformation zur betrieblichen Altersversorgung	BAL 8126 04.15	33

Allgemeine Versicherungsbedingungen

- Basler Berufsunfähigkeitsversicherung
- Basler Berufsunfähigkeitsversicherung Einsteiger

A Vertragsschluss

- 1 Wer ist Ihr Vertragspartner? Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- 2 Was sind die wesentlichen Merkmale Ihres Vertrags?
- 3 Was müssen Sie beachten, wenn Sie den Antrag stellen?
- 4 Welche Folgen hat es, wenn Sie uns gegenüber unvollständige oder falsche Angaben machen?
- 5 Welche Dauer hat Ihr Vertrag?
- 6 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen?

B Leistungen und Einschränkungen

- 7 Wie sind Sie abgesichert, wenn die versicherte Person berufsunfähig wird?
- 8 Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik vereinbart haben?
- 9 Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie den ArbeitsunfähigkeitsSchutz vereinbart haben?
- 10 Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie den PflegeSchutz vereinbart haben?
- 11 Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie den KrankheitenSchutz vereinbart haben?
- 12 Wann ist die versicherte Person berufsunfähig?
- 13 Wann ist die versicherte Person arbeitsunfähig?
- 14 Wann ist die versicherte Person pflegebedürftig?
- 15 Wann ist die versicherte Person schwer erkrankt?
- 16 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen und was sind die Folgen?

C Auszahlung der Leistungen

- 17 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung aus dem Vertrag erhalten möchten?
- 18 Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir leisten? Wie zahlen wir aus?
- 19 Was müssen Sie beachten, während wir Leistungen erbringen?
- 20 Welche Folgen hat es, wenn Sie Ihre Pflichten verletzen?
- 21 Wer erhält die Leistung?

D Beitragszahlung und Kosten

- 22 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?
- 23 Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?
- 24 Welche Möglichkeiten haben Sie, wenn Sie Ihre Beiträge senken oder stoppen möchten?

25 Wie können Sie die Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?

26 Welche Kosten fallen für Ihren Vertrag an?

27 Welche Kosten können wir zusätzlich erheben (Gebühren)?

E Sonstige Regelungen während der Vertragsdauer

28 Welche Rechnungsgrundlagen verwenden wir?

29 Welche Überschüsse können während der Vertragsdauer zu Ihren Leistungen hinzukommen?

30 Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen, bevor wir versicherte Leistungen erbringen?

31 Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen, während wir Leistungen an Sie erbringen?

32 Wann und wie können Sie die Leistungen unabhängig vom Gesundheitszustand der versicherten Person erhöhen (Nachversicherungsgarantie)?

33 Welche Besonderheiten müssen Sie beachten, wenn Sie diesen Vertrag als Direktversicherung abschließen?

34 Wann können wir die Beiträge oder Leistungen anpassen?

35 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

36 Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift, Ihr Name oder Ihr steuerlicher Status ändert?

37 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

F Kündigung des Vertrags

38 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?

39 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?

Glossar

A Vertragsschluss

1 Wer ist Ihr Vertragspartner? Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Wir sind die Basler Lebensversicherungs-AG, eine Lebensversicherungsgesellschaft mit Sitz in Hamburg. Sie werden unser Vertragspartner, der so genannte ∇ Versicherungsnehmer.

Unser Vertrag kommt wie folgt zustande: Zuerst füllen Sie unser Antragsformular auf Abschluss der Versicherung vollständig und wahrheitsgemäß aus. Diesen Antrag schicken Sie oder Ihr Vermittler uns zu. Der Vertrag kommt in dem Moment zwischen uns zustande, wenn Sie eine der beiden Unterlagen von uns erhalten:

- Eine ∇ schriftliche Annahmeerklärung oder
- den ∇ Versicherungsschein.

Der Versicherungsschutz besteht frühestens ab diesem Zeitpunkt. Wenn im ∇ Versicherungsschein ein späterer Zeitpunkt als Versicherungsbeginn genannt ist, beginnt Ihr Versicherungsschutz zu diesem späteren Zeitpunkt. Die Versicherung beginnt immer um 12.00 Uhr mittags.

2 Was sind die wesentlichen Merkmale Ihres Vertrags?

Ihr Vertrag ist eine Versicherung, die folgende Leistungen erbringt:

- Eine Berufsunfähigkeits-Rente, wenn die ∇ versicherte Person berufsunfähig wird.
- Wenn Sie den ArbeitsunfähigkeitsSchutz beantragt haben: Eine Rente in Höhe der Berufsunfähigkeits-Rente, solange die ∇ versicherte Person arbeitsunfähig ist, längstens für 18 Monate.
- Wenn Sie den PflegeSchutz beantragt haben:
 - Eine lebenslange Berufsunfähigkeits-Rente, wenn die ∇ versicherte Person zum Ende der ∇ Leistungsdauer eine Berufsunfähigkeits-Rente erhält und außerdem pflegebedürftig ist und
 - das Recht, zum Ende der ∇ Versicherungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Pflege-Rentenversicherung für die ∇ versicherte Person abzuschließen.
- Wenn Sie den KrankheitenSchutz beantragt haben: Leistungen, wenn die ∇ versicherte Person schwer erkrankt.

Bitte beachten Sie: ∇ Versicherungsnehmer und ∇ versicherte Person können voneinander abweichen. Sie sind als ∇ Versicherungsnehmer unser Vertragspartner. Sie können entscheiden, sich selbst oder eine andere Person zu versichern. Diese Person nennen wir ∇ versicherte Person.

3 Was müssen Sie beachten, wenn Sie den Antrag stellen?

Im Antrag fragen wir Sie nach verschiedenen Angaben, die für das versicherte Risiko bedeutsam sind, zum Beispiel zu Ihrer Gesundheit. Alle Fragen im Antrag, die wir Ihnen in ∇ Textform stellen, müssen Sie vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Dies nennen wir Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht.

Wenn Sie eine andere Person versichern, gilt: Auch diese muss alle Fragen im Antrag, die wir in ∇ Textform stellen, vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.

4 Welche Folgen hat es, wenn Sie uns gegenüber unvollständige oder falsche Angaben machen?

4.1 Wann können wir vom Vertrag zurücktreten?

Wir können vom Vertrag zurücktreten, wenn Sie oder die ∇ versicherte Person unsere Fragen nicht vollständig oder falsch beantwortet haben. Damit wir zurücktreten können, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Wir haben Ihnen die Fragen in ∇ Textform gestellt und
- die Fragen sind bedeutsam für das versicherte Risiko.

Was heißt das? Wir hätten Ihren Antrag nicht oder nur geändert angenommen, wenn Sie die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet hätten.

4.2 Welche Folgen treten ein, wenn wir vom Vertrag zurücktreten?

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, endet Ihr Versicherungsschutz.

Was gilt für den Fall, dass zu dem Zeitpunkt des Rücktritts bereits ein ∇ Versicherungsfall eingetreten ist? In diesem Fall sind wir zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Ein verschwiegener oder falsch angegebener Umstand war nicht die Ursache dafür,
- dass der ∇ Versicherungsfall eingetreten ist oder festgestellt wurde,
 - dass die Leistungspflicht festgestellt wurde und
 - dass die Leistungspflicht im aufgetretenen Umfang angefallen ist.

Wenn keine Leistungspflicht besteht und ein ∇ Deckungskapital vorhanden ist, zahlen wir Ihnen dieses aus.

4.3 Wann können wir vom Vertrag nicht zurücktreten, diesen aber kündigen?

4.3.1 Unter folgenden Bedingungen können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, obwohl die Voraussetzungen nach 4.1 erfüllt sind: Sie haben unsere Fragen weder ∇ vorsätzlich noch ∇ grob fahrlässig falsch oder unvollständig beantwortet.

Wir können jedoch den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen. Wenn wir kündigen, gehen wir wie bei einem Beitrags-Stopp (24) vor. Wir verzichten auf dieses Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflicht ∇ unverschuldet verletzt haben.

4.3.2 Wenn Sie Ihre Anzeigepflicht ∇ grob fahrlässig oder ∇ fahrlässig verletzt haben, gilt: Wir können unter folgenden Bedingungen den Vertrag weder kündigen noch von ihm zurücktreten:

Wir hätten den Vertrag auch dann geschlossen, wenn wir die verschwiegenen Umstände (zum Beispiel eine Krankheit) gekannt hätten. Dies gilt auch, wenn wir den Vertrag dann zu anderen Bedingungen geschlossen hätten.

4.4 Wann können wir vom Vertrag weder zurücktreten noch diesen kündigen, aber neue Bedingungen aufnehmen?

4.4.1 Wenn wir vom Vertrag nicht zurücktreten oder

den Vertrag nicht kündigen können, gilt: Wir nehmen neue Bedingungen in den Vertrag auf. Bedingungen, zu denen wir den Vertrag geschlossen hätten, wenn wir die verschwiegenen Umstände gekannt hätten. Die neuen Bedingungen gelten ab folgendem Zeitpunkt: Wenn Sie die Anzeigepflicht ∇ grob fahrlässig oder ∇ fahrlässig verletzt haben, gelten die neuen Bedingungen rückwirkend ab Vertragsbeginn. Die neuen Bedingungen können dazu führen, dass wir Ihnen keinen Versicherungsschutz für den Umstand anbieten, den Sie uns verschwiegen haben. Wenn Sie die Anzeigepflicht ∇ unverschuldet verletzt haben, verzichten wir darauf, die Bedingungen anzupassen.

4.4.2 Was können Sie tun, wenn wir Ihnen die neuen Bedingungen mitgeteilt haben? Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats kündigen, nachdem Ihnen unsere Mitteilung zugegangen ist. In dieser Mitteilung weisen wir Sie auf das Recht zu kündigen hin. Damit Sie kündigen können, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Der Beitrag erhöht sich um mehr als zehn Prozent dafür, dass wir das neue Risiko übernehmen, oder
- die versicherte Leistung sinkt um mehr als zehn Prozent oder
- wir bieten Ihnen keinen Versicherungsschutz für den Umstand an, den Sie uns verschwiegen haben.

4.5 Welche Frist und Form müssen wir beachten, wenn wir vom Vertrag zurücktreten, diesen kündigen oder neue Bedingungen aufnehmen?

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Bedingungsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Wir müssen diese Rechte ∇ schriftlich geltend machen. Die Monatsfrist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir davon erfahren haben, dass Sie Ihre Anzeigepflicht verletzt haben. Wenn wir unsere Rechte ausüben, müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unseren Rücktritt, unsere Kündigung oder Bedingungsänderung stützen. Wir können nachträglich weitere Gründe angeben. Auch hierfür gilt jeweils eine Monatsfrist ab dem Zeitpunkt, zu dem wir davon erfahren haben. In folgenden Fällen können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder die Bedingungen ändern:

- Wir kannten den Umstand, den Sie verschwiegen haben,
- es war uns bekannt, dass der Umstand nicht richtig war oder
- es sind bereits fünf Jahre vergangen, seitdem wir den Vertrag geschlossen haben. Außerdem ist innerhalb dieser fünf Jahre kein ∇ Versicherungsfall eingetreten. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht ∇ vorsätzlich oder ∇ arglistig verletzt haben.

4.6 Wann können wir den Vertrag anfechten?

Wenn Sie oder die ∇ versicherte Person die Anzeigepflicht ∇ arglistig verletzen, können wir den Vertrag auch anfechten. Dann müssen wir keine Leistung erbringen. Dies gilt auch dann, wenn die ∇ versicherte Person unvollständige oder falsche Angaben gemacht hat, ohne dass Sie davon Kenntnis hatten.

Wenn wir den Vertrag anfechten, entfällt der Versicherungsschutz rückwirkend ab Vertragsbeginn. Ist ein ∇ Deckungskapital vorhanden, zahlen wir Ihnen dieses aus.

4.7 Welche Besonderheit gilt, wenn Sie später den Umfang des Versicherungsschutzes erweitern möchten?

Wenn wir zu einem späteren Zeitpunkt auf Ihren Wunsch hin den Umfang des Versicherungsschutzes erweitern, gilt: Dann können wir in Bezug auf den erhöhten Teil des Vertrags die zuvor genannten Rechte ebenfalls geltend machen. Die in 4.5 genannten Fristen beginnen bezüglich des geänderten Teils neu zu laufen. Dasselbe gilt, wenn Sie nach einem Beitrags-Stopp wieder Beiträge zahlen möchten.

5 Welche Dauer hat Ihr Vertrag?

Bei Vertragsbeginn vereinbaren wir zwei Altersgrenzen:

- Bis zu welchem Alter sind Sie mit diesem Vertrag geschützt (∇ Versicherungsdauer)?
- Bis zu welchem Alter zahlen wir Ihnen Leistungen, wenn ein ∇ Versicherungsfall eintritt (∇ Leistungsdauer)? Die ∇ Leistungsdauer kann gleich lang oder länger als die ∇ Versicherungsdauer sein.

Beide Angaben finden Sie im ∇ Versicherungsschein.

Ihr Vertrag endet,

- wenn das Ende der ∇ Versicherungsdauer erreicht ist. Ausnahme: Wenn vor dem Ende der ∇ Versicherungsdauer ein ∇ Versicherungsfall eingetreten ist, endet der Vertrag zum Ende der ∇ Leistungsdauer.
- Wenn die ∇ versicherte Person stirbt oder
- wenn Sie den Vertrag gekündigt oder einen Beitrags-Stopp beantragt haben und der Vertrag erlischt.

6 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen?

Ihr Vertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Die Vertragssprache für alle ∇ Erklärungen zu diesem Vertrag ist Deutsch.

Alle Mitteilungen zu diesem Vertrag müssen in ∇ Textform erfolgen. Ansonsten müssen die Mitteilungen nicht beachtet werden. Wir können mit Ihnen abweichende Vereinbarungen treffen. Wenn Sie sterben, dürfen wir unsere ∇ Erklärungen an folgende Personen schicken:

- Eine von Ihnen bevollmächtigte Person,
- den ∇ Begünstigten oder
- den Inhaber des ∇ Versicherungsscheins unter folgenden Voraussetzungen:
 - Ein ∇ Begünstigter ist nicht vorhanden oder
 - wir können seinen Aufenthalt nicht ermitteln.

B Leistungen und Einschränkungen

7 Wie sind Sie abgesichert, wenn die ∇ versicherte Person berufsunfähig wird?

7.1 Welche Leistungen erhalten Sie, wenn die ∇ versicherte Person berufsunfähig wird?

Wenn die ∇ versicherte Person während der ∇ Versicherungsdauer berufsunfähig (12) wird, erbringen wir folgende Leistungen:

- Wir zahlen eine Berufsunfähigkeits-Rente am Anfang eines jeden Monats und
- Sie müssen keine Beiträge für diesen Vertrag mehr zahlen.

Wie hoch die Berufsunfähigkeits-Rente ist, entnehmen Sie Ihrem ∇ Versicherungsschein. Sie kann sich um Überschüsse erhöhen (29, 30, 31).

7.2 In welchen Ländern sind Sie versichert?

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

7.3 Wie lange zahlen wir Ihnen Leistungen?

Wenn die ∇ versicherte Person berufsunfähig geworden ist, erbringen wir unsere Leistung erstmals zu folgendem Zeitpunkt: Zum Anfang des nächsten Monats, nachdem die ∇ versicherte Person berufsunfähig geworden ist.

Sie können eine Leistung aus diesem Vertrag jederzeit beantragen. Es gibt keine Frist, bis zu der Sie den ∇ Versicherungsfall melden müssen. Wenn Sie die Berufsunfähigkeit jedoch so spät melden, dass Sie diese für die Vergangenheit nicht mehr nachweisen können, gilt: Wir zahlen dann eine rückwirkende Leistung für den Zeitraum, für den Sie die Berufsunfähigkeit nachweisen. Beachten Sie dazu 17.

Unsere Leistungen enden, wenn

- die ∇ versicherte Person nicht mehr berufsunfähig ist,
- die ∇ versicherte Person stirbt oder
- wenn die ∇ Leistungsdauer endet.

Wenn die ∇ versicherte Person während der ∇ Versicherungsdauer erneut berufsunfähig wird, leisten wir erneut.

Wenn die ∇ versicherte Person nach Ablauf der ∇ Versicherungsdauer erneut berufsunfähig wird, leisten wir unter folgenden Bedingungen:

- Die erneute Berufsunfähigkeit muss ihren Ursprung in einer zuvor von uns anerkannten Berufsunfähigkeit haben und
- das Ende der ∇ Leistungsdauer darf noch nicht erreicht sein.

7.4 Wann zahlen wir Ihnen einen Startzuschuss?

Wir zahlen unter folgender Bedingung einen Startzuschuss: Wir müssen keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit mehr erbringen, weil die ∇ versicherte Person

- neue Fähigkeiten erworben oder
- eine ∇ Ausbildung abgeschlossen hat.

Der Startzuschuss beträgt sechs zuletzt gezahlte monatliche Berufsunfähigkeits-Renten, höchstens 10.000 EUR. Wir zahlen den Startzuschuss zu Beginn des Monats, in dem wir keine Leistungen mehr erbringen. Wenn innerhalb eines Jahres, nachdem wir den Startzuschuss gezahlt haben, eine neue

Berufsunfähigkeit eintritt, gilt: Wir ziehen den Startzuschuss von den Berufsunfähigkeits-Renten ab.

Unter folgenden Bedingungen zahlen wir keinen Startzuschuss:

- Wenn Sie oder die ∇ versicherte Person ihre Mitwirkungspflicht nach 19.1 verletzt hat oder
- wenn die ∇ Leistungsdauer innerhalb von weniger als einem Jahr endet.

8 Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik vereinbart haben?

Wenn die ∇ versicherte Person während der ∇ Versicherungsdauer berufsunfähig (12) wird, erbringen wir folgende zusätzliche Leistung:

Wir erhöhen Ihre Berufsunfähigkeits-Rente nach 7 jährlich zu Beginn eines ∇ Versicherungsjahres um ein Prozent, längstens bis zum Ende der ∇ Leistungsdauer. Wir erhöhen die Rente erstmals zu Beginn des ∇ Versicherungsjahres, nachdem wir für ein Jahr eine Berufsunfähigkeits-Rente gezahlt haben.

Wenn Sie den Arbeitsunfähigkeitschutz (9) oder den Pflege-Schutz (10) eingeschlossen haben, gilt: Die Renten hieraus erhöhen wir nicht, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben.

Wenn die ∇ versicherte Person nicht mehr berufsunfähig ist und wir die Leistung einstellen (19.3), gilt: Ihr Versicherungsschutz reduziert sich wieder auf die Höhe, bevor die ∇ versicherte Person berufsunfähig wurde.

9 Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie den Arbeitsunfähigkeitschutz vereinbart haben?

9.1 Welche Leistungen erhalten Sie, wenn die ∇ versicherte Person arbeitsunfähig wird?

Wenn die ∇ versicherte Person während der ∇ Versicherungsdauer arbeitsunfähig wird (13), erbringen wir folgende Leistung:

- Wir zahlen eine Rente in Höhe der Berufsunfähigkeits-Rente und
- Sie müssen keine Beiträge für diesen Vertrag zahlen.

Wir leisten nur in folgendem Fall: Sie beantragen die Leistungen, während die ∇ versicherte Person arbeitsunfähig ist.

9.2 Wie lange zahlen wir Ihnen Leistungen?

Wenn die ∇ versicherte Person seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig ist, erbringen wir unsere Leistung erstmals zu folgendem Zeitpunkt: Rückwirkend zum Anfang des nächsten Monats, nachdem die ∇ versicherte Person arbeitsunfähig geworden ist.

Wir leisten wegen Arbeitsunfähigkeit höchstens für insgesamt 18 Monate. Wenn wir bereits wegen Arbeitsunfähigkeit geleistet haben, rechnen wir diese Zeiträume auf die 18 Monate an.

Unsere Leistungen enden zum Ablauf des Monats, in dem

- die ∇ versicherte Person nicht mehr arbeitsunfähig ist,
- wir keine Bescheinigung nach 17.1.2 erhalten oder

- die ⚡versicherte Person stirbt.

Unsere Leistungen enden außerdem, wenn

- die ⚡Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeit endet oder
- wir Leistungen erbringen, weil die ⚡versicherte Person berufsunfähig geworden ist.

Wenn wir eine Berufsunfähigkeits-Rente für einen Zeitraum anerkennen, für den Sie eine Rente wegen Arbeitsunfähigkeit erhalten haben, gilt:

- Wir verrechnen die Rente wegen Arbeitsunfähigkeit mit der Berufsunfähigkeits-Rente. Sie erhalten nicht zwei Renten für den gleichen Zeitraum.
- Diesen Zeitraum rechnen wir nicht auf die 18 Monate an, für die wir insgesamt höchstens eine Rente wegen Arbeitsunfähigkeit leisten.

10 Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie den PflegeSchutz vereinbart haben?

Wenn Sie den PflegeSchutz vereinbart haben, erbringen wir folgende Leistungen:

- Eine lebenslange Berufsunfähigkeits-Rente, wenn die ⚡versicherte Person pflegebedürftig wird (10.1) und
- eine Pflegeoption (10.2).

10.1 Wann zahlen wir eine lebenslange Berufsunfähigkeits-Rente, weil die ⚡versicherte Person pflegebedürftig ist?

Wenn die ⚡versicherte Person bis zum Ende der ⚡Leistungsdauer

- eine Berufsunfähigkeits-Rente nach 7 erhält und
- zu diesem Zeitpunkt pflegebedürftig (14) ist, zahlen wir die Berufsunfähigkeits-Rente lebenslang weiter, solange die Pflegebedürftigkeit bestehen bleibt. Der Anteil der Rente aus der garantierten Leistungsdynamik (8) entfällt.

10.2 Was ist die Pflegeoption?

Mit der Pflegeoption sichern Sie sich das Recht,

- zum Ende der ⚡Versicherungsdauer
- ohne erneute Gesundheitsprüfung
- eine neue Pflege-Rentenversicherung für die ⚡versicherte Person abzuschließen.

10.2.1 Welche Voraussetzungen gelten für die Pflege-Rentenversicherung?

Die garantierte Pflege-Rente darf nicht höher sein als die garantierte Berufsunfähigkeits-Rente aus diesem Vertrag. Sie darf außerdem höchstens 2.000 EUR monatlich betragen.

Ihr Recht, die Pflege-Rentenversicherung abzuschließen, bleibt auch dann bestehen, wenn wir eine Berufsunfähigkeits-Rente zahlen.

In folgenden Fällen erlischt Ihr Recht, die Pflege-Rentenversicherung abzuschließen:

- Wenn die ⚡versicherte Person pflegebedürftig wird oder
- wenn Sie die Beiträge bis zum Ende der ⚡Versicherungsdauer gestoppt haben (24).

Wenn Sie die Leistungen der Berufsunfähigkeits-Rente herabsetzen oder erhöhen, vermindert oder erhöht sich auch die Pflege-Rente. Die Pflege-Rente ist immer begrenzt auf 2.000 EUR monatlich.

10.2.2 Welche Pflege-Rente erhalten Sie?

Sie erhalten eine monatliche Pflege-Rente, wenn die ⚡versicherte Person

- Hilfe benötigt bei mindestens vier der in 14.2 genannten Verrichtungen,
- pflegebedürftig infolge Demenz nach 14.4 ist oder
- schwer- oder schwerstpflegebedürftig nach §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 21.07.2014 ist.

Wir behalten uns vor, Folgendes für die Pflege-Rentenversicherung zu vereinbaren:

- Andere Bedingungen,
- einen anderen Zinssatz, mit dem wir Ihre Beiträge und Leistungen berechnen,
- andere Kostensätze und
- andere Annahmen zu den Wahrscheinlichkeiten, mit denen wir Leistungen berechnen.

Die neuen Bedingungen müssen aber mit den bisherigen Bedingungen vergleichbar sein. Dies kann zum Beispiel in folgendem Fall notwendig sein: Der Gesetzgeber ändert die Bedingungen, wenn jemand pflegebedürftig ist oder in welche Pflegestufe jemand fällt.

10.2.3 Was geschieht bei Vertragsablauf?

Wenn Sie drei Monate vor Ablauf der ⚡Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Rente Beiträge zahlen, geschieht Folgendes: Wir schicken Ihnen die Vertragsunterlagen zur neuen Pflege-Rentenversicherung zu.

Wenn Sie die Pflege-Rentenversicherung nicht abschließen möchten, können Sie innerhalb von vier Wochen nach deren Beginn widersprechen.

Die Höhe der Pflege-Rente berechnen wir auf der Grundlage Ihres bisherigen Beitrags neu. Die garantierte Pflege-Rente begrenzen wir auf die garantierte Berufsunfähigkeits-Rente oder auf 2.000 EUR monatlich. Es gilt der niedrigere Betrag. Wenn wir die Pflege-Rente begrenzen, vermindert sich Ihr Beitrag.

Wenn die neu berechnete Pflege-Rente geringer als die bisherige Berufsunfähigkeits-Rente ist, können Sie die Pflege-Rente anheben. Sie können die Pflege-Rente anheben, ohne dass wir die Gesundheit der ⚡versicherten Person prüfen. Höchstens können Sie die Pflege-Rente bis auf die garantierte Berufsunfähigkeits-Rente, höchstens bis 2.000 EUR monatlich, anheben. Diesen Wunsch müssen Sie uns innerhalb von drei Monaten mitteilen, nachdem die neue Pflege-Rentenversicherung begonnen hat. Der Beitrag erhöht sich, wenn Sie eine höhere Pflege-Rente wünschen.

11 Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie den KrankheitenSchutz vereinbart haben?

Wenn die ⚡versicherte Person während der ⚡Versicherungsdauer schwer erkrankt (15), erbringen wir folgende Leistung: Wir leisten die vereinbarte Einmalzahlung. Gleichzeitig endet der KrankheitenSchutz. Sie müssen keine Beiträge mehr für den KrankheitenSchutz zahlen. Für die Berufsunfähigkeits-Rente müssen Sie weiterhin Beiträge zahlen.

Wenn die ⚡versicherte Person in den ersten sechs Monaten schwer erkrankt, erbringen wir keine Leistung. Diese Sechsmonats-Frist beginnt, wenn Sie den ersten Beitrag zahlen. Wir zahlen ausnahmsweise dann in den ersten sechs Monaten,

wenn die schwere Krankheit durch einen Unfall verursacht wurde. Ein Unfall liegt vor, wenn die ⚡versicherte Person

- nachdem wir den Vertrag geschlossen haben
- durch ein plötzliches, von außen auf den Körper der ⚡versicherten Person wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig in ihrer Gesundheit geschädigt wird.

Es gelten dabei dieselben Ausschlüsse wie in 16.

Die Höhe der KrankheitenSchutz-Leistung entnehmen Sie Ihrem ⚡Versicherungsschein.

Wenn die ⚡versicherte Person während der ⚡Versicherungsdauer berufsunfähig wird, ohne dass eine der versicherten schweren Erkrankungen eingetreten ist, gilt: Wir erbringen zusätzlich zur vereinbarten Berufsunfähigkeitsleistung folgende Leistung:

- Der KrankheitenSchutz bleibt in voller Höhe bestehen und
- Sie zahlen keine Beiträge mehr für den KrankheitenSchutz.

12 Wann ist die ⚡versicherte Person berufsunfähig?

12.1 Was ist Berufsunfähigkeit nach diesen Bedingungen?

Die ⚡versicherte Person ist berufsunfähig, wenn folgende Bedingungen vorliegen:

- Die ⚡versicherte Person
 - kann ihren Beruf für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen
 - zu mindestens 50 Prozent nicht mehr ausüben
 oder
 - sie konnte ihren Beruf sechs Monate ununterbrochen
 - zu mindestens 50 Prozent nicht ausüben und
 - dieser Zustand dauert an. Dann stellen wir auf den Beginn dieses Zeitraums ab.
- Die Ursache für a. ist
 - eine Krankheit,
 - eine Verletzung des Körpers oder
 - ein Verfall der Kräfte.
- Maßgeblich für a. sind
 - der zuletzt ausgeübte Beruf und
 - die bisherige Lebensstellung (12.2), wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet waren.
- Die ⚡versicherte Person übt keine andere zumutbare Tätigkeit tatsächlich aus, die sie aufgrund ihrer ⚡Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann.

Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung. Das bedeutet, dass wir eine Leistung nicht ablehnen, weil die ⚡versicherte Person

- zwar eine andere zumutbare Tätigkeit ausüben könnte,
- diese aber tatsächlich nicht ausübt.

- Wenn die ⚡versicherte Person selbstständig oder freiberuflich arbeitet, gilt außerdem: Sie könnte auch dann nicht weiter tätig sein, wenn ihr Arbeitsplatz umorganisiert würde. Die Umorganisation des Arbeitsplatzes muss zumutbar und wirtschaftlich angemessen sein. Eine Umorganisation des Arbeitsplatzes ist wirtschaftlich angemessen, wenn diese
 - von Ihnen oder der ⚡versicherten Person vorgenommen

werden kann, indem das Direktions- und Weisungsrecht ausgeübt wird,

- keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und
- unternehmerisch zweckmäßig ist.

Wir verzichten auf eine Prüfung der Umorganisation, wenn die ⚡versicherte Person

- eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und
- mindestens 90 Prozent der täglichen Arbeitszeit kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt.

- Zumutbarkeit nach d. und e. liegt vor, wenn
 - die ⚡versicherte Person so gesund ist, dass sie zu mehr als 50 Prozent die entsprechende berufliche Tätigkeit ausüben kann und
 - die entsprechende berufliche Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung (12.2) entspricht.

Wenn Sie oder die ⚡versicherte Person uns einen ⚡Versicherungsfall melden, prüfen wir, ob die genannten Voraussetzungen vorliegen.

12.2 Wie definieren wir den Begriff der bisherigen Lebensstellung?

Wir verstehen unter dem Begriff der bisherigen Lebensstellung

- das bisher erzielte Einkommen,
- das soziale Ansehen und
- die Wertschätzung der bislang ausgeübten maßgeblichen beruflichen Tätigkeit.

Folgendes ist zumutbar: Wenn sich das Einkommen im Vergleich zum maßgeblichen Beruf, der vor der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübt wurde, in Grenzen vermindert. Welche Verminderung des Brutto-Einkommens zumutbar ist, beurteilen wir wie folgt: Danach, wie sich der Einzelfall darstellt und wie die Ober- und Bundesgerichte in vergleichbaren Fällen entschieden haben.

Wir erkennen als unzumutbar an, wenn sich das Brutto-Einkommen um mehr als 20 Prozent vermindert.

12.3 Welcher Beruf und welche Lebensstellung sind bei vorübergehendem Ausscheiden maßgeblich?

Wenn die ⚡versicherte Person vorübergehend oder dauerhaft aus dem Berufsleben ausscheidet und berufsunfähig wird, gilt:

- Maßgeblich für die Berufsunfähigkeit sind der ausgeübte Beruf und die Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens.
- Die ⚡versicherte Person ist in folgendem Fall nicht berufsunfähig: Sie übt eine andere zumutbare Tätigkeit tatsächlich aus, die ihrer ⚡Ausbildung und ihren Fähigkeiten entspricht.

12.4 Was verstehen wir unter Berufsunfähigkeit, weil die ⚡versicherte Person nicht alle Verrichtungen des täglichen Lebens ausüben kann?

Die ⚡versicherte Person ist auch berufsunfähig, wenn sie

- für mindestens eine der täglichen gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen nach 14.2 a. bis f.
- täglich die Hilfe einer anderen Person benötigt.

Dieser Zustand muss

- voraussichtlich für mindestens sechs Monate andauern oder
- mindestens sechs Monate bestanden haben und noch andauern.

Die Ursache für den Zustand ist

- eine Krankheit,
- eine Verletzung des Körpers,
- ein Verfall der Kräfte oder
- eine Behinderung.

Die \mathcal{A} versicherte Person ist auch berufsunfähig, wenn sie pflegebedürftig nach 14.3 oder 14.4 ist.

12.5 Was verstehen wir unter Berufsunfähigkeit aufgrund einer Erwerbsminderung in der Sozialversicherung?

Die \mathcal{A} versicherte Person ist auch in folgendem Fall berufsunfähig:

- Die \mathcal{A} versicherte Person erhält eine unbefristete Rente aus der Sozialversicherung wegen voller Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen. Dabei legen wir § 43 Sozialgesetzbuch VI in der Fassung vom 17.07.2015 zugrunde. Wenn sich das Sozialgesetzbuch VI ändert, ändert sich nicht die Definition der Berufsunfähigkeit aufgrund einer Erwerbsminderung nach dieser Ziffer.
- Bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung
 - hat die \mathcal{A} versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet und
 - dieser Vertrag besteht seit mindestens zehn Jahren.

12.6 Was verstehen wir außerdem unter Berufsunfähigkeit aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach dem Infektionsschutzgesetz?

Die \mathcal{A} versicherte Person ist auch in folgendem Fall berufsunfähig:

- Die \mathcal{A} versicherte Person hat ihre Tätigkeit zu mindestens 50 Prozent ausgeübt, als sie noch gesund war.
- Die \mathcal{A} versicherte Person darf ihre Tätigkeit aus folgendem Grund nicht mehr ausüben: Die zuständige Behörde hat ein vollständiges Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz ausgesprochen.
- Das Tätigkeitsverbot muss sich mindestens über sechs Monate erstrecken.
- Die \mathcal{A} versicherte Person übt keine andere zumutbare Tätigkeit tatsächlich aus, die sie aufgrund ihrer \mathcal{A} Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann.

Wenn die zuständige Behörde das Tätigkeitsverbot aufhebt, ist die \mathcal{A} versicherte Person nicht mehr berufsunfähig nach 12.6.

12.7 Welche Besonderheiten gelten für Schüler?

Solange die \mathcal{A} versicherte Person Schüler ist, ist sie berufsunfähig, wenn sie schulunfähig ist.

Die \mathcal{A} versicherte Person ist schulunfähig, wenn folgende Bedingungen vorliegen:

- a. Die \mathcal{A} versicherte Person
 - kann für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen nicht am regulären Unterricht einer allgemeinbildenden Schule teilnehmen
- oder
- sie konnte sechs Monate ununterbrochen nicht am regulären Unterricht einer allgemeinbildenden Schule teilnehmen und dieser Zustand dauert an. Dann stellen wir auf den Beginn dieses Zeitraums ab.

- b. Die Ursache für a. ist
 - eine Krankheit,
 - eine Verletzung des Körpers oder
 - ein Verfall der Kräfte.

- c. Die \mathcal{A} versicherte Person kann nicht regelmäßig am Unterricht einer Sonder- bzw. Förderschule teilnehmen.

- d. Die \mathcal{A} versicherte Person übt keine berufliche Tätigkeit tatsächlich aus.

Folgendes begründet für sich allein noch keine Schulunfähigkeit: Die \mathcal{A} versicherte Person wird im Hinblick auf den Entwicklungsstand ein Jahr später eingeschult. Dies gilt auch für \mathcal{A} weiterführende Schulen.

Wir sind nicht gebunden an eine Bescheinigung der Schulunfähigkeit durch eine Schulbehörde.

Als allgemeinbildende Schulen gelten Grundschulen sowie \mathcal{A} weiterführende Schulen. Nicht als allgemeinbildende Schulen gelten Schulen, die ausschließlich für geistig oder körperlich Behinderte vorgesehen sind.

12.8 Welche Besonderheiten gelten für Auszubildende?

Solange die \mathcal{A} versicherte Person Auszubildender ist, legen wir diese Tätigkeit als Beruf (siehe 12.1) zugrunde.

Als \mathcal{A} Ausbildung gelten:

- Eine Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder
- eine Laufbahnausbildung für Beamte.

12.9 Welche Besonderheiten gelten für Studenten?

Solange die \mathcal{A} versicherte Person Student ist, gilt:

- Wir legen diese Tätigkeit als Beruf (siehe 12.1) zugrunde und
- berücksichtigen dabei die bereits erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten für ein mit dem \mathcal{A} Studium verbundenes Berufsbild.

Die Tätigkeit als Student umfasst ein \mathcal{A} Studium an einer staatlich anerkannten Hochschule, Fachhochschule oder Berufsakademie.

12.10 Welche Besonderheit gilt für Hausfrauen oder Hausmänner?

Solange die \mathcal{A} versicherte Person Hausfrau oder Hausmann ist, legen wir diese Tätigkeit als Beruf (siehe 12.1) zugrunde.

12.11 Welche Besonderheiten gelten für Personen, die Wehr-, Zivil- oder ähnliche Dienste leisten?

Was geschieht, wenn die \mathcal{A} versicherte Person

- ihren Wehr- oder Zivildienst,
- ihren Bundesfreiwilligendienst oder
- ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leistet?

Dann beurteilen wir, ob die \mathcal{A} versicherte Person berufsunfähig ist, anhand des zuletzt ausgeübten Berufs vor Beginn dieses Dienstes.

Wenn die \mathcal{A} versicherte Person vor Beginn dieses Dienstes noch keine berufliche Tätigkeit ausgeübt hat, gilt: Wir beur-

teilen, ob die ⚠ versicherte Person berufsunfähig ist wie bei einem Auszubildenden oder Studenten nach 11.6.

13 Wann ist die ⚠ versicherte Person arbeitsunfähig?

Dieser Abschnitt ist nur von Bedeutung, wenn Sie den Arbeitsunfähigkeitschutz (9) vereinbart haben.

Die ⚠ versicherte Person ist nach diesen Bedingungen arbeitsunfähig, wenn

- sie seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen krankheitsbedingt arbeitsunfähig ist,
- dies durch einen in Deutschland zugelassenen Arzt bescheinigt worden ist (17.1.2) und
- keine Berufsunfähigkeit vorliegt.

Wenn der ⚠ versicherten Person die Beschäftigung nach dem Mutterschutzgesetz verboten wird, liegt keine Arbeitsunfähigkeit nach diesen Bedingungen vor.

Wenn die ⚠ versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit in einer stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch V teilweise wieder ausüben kann, gilt: Sie ist weiter arbeitsunfähig nach diesen Bedingungen.

14 Wann ist die ⚠ versicherte Person pflegebedürftig?

14.1 Was ist Pflegebedürftigkeit nach diesen Bedingungen?

Die ⚠ versicherte Person ist nach diesen Bedingungen pflegebedürftig, wenn sie

- bei mindestens drei der in 14.2 genannten Verrichtungen Hilfe benötigt,
- mindestens erheblich pflegebedürftig nach 14.3 ist oder
- pflegebedürftig infolge Demenz nach 14.4 ist.

Die Pflegebedürftigkeit muss

- voraussichtlich für mindestens sechs Monate andauern oder
- mindestens sechs Monate bestanden haben und noch andauern.

Die Ursache dafür ist

- eine Krankheit,
- eine Verletzung des Körpers,
- ein Verfall der Kräfte oder
- eine Behinderung.

Wenn Sie oder die ⚠ versicherte Person uns einen Pflegefall melden, prüfen wir, ob die genannten Voraussetzungen vorliegen.

14.2 Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor, weil die ⚠ versicherte Person nicht alle Verrichtungen des täglichen Lebens ausüben kann?

Wenn wir den Umfang der Pflegebedürftigkeit bewerten, prüfen wir die nachfolgend genannten Umstände.

Die ⚠ versicherte Person benötigt täglich die Hilfe einer anderen Person dabei:

a. Sich in einem Zimmer zu bewegen

Die ⚠ Person kann sich an ihrem üblichen Aufenthaltsort nicht ohne fremde Hilfe von Zimmer zu Zimmer auf ebener Oberfläche bewegen. Die ⚠ versicherte Person benötigt die

Hilfe eines anderen auch dann, wenn sie eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl benutzt.

b. Aufstehen und Zubettgehen

Die ⚠ versicherte Person kann nicht ohne fremde Hilfe das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.

c. Sich an- und auszukleiden

Die ⚠ versicherte Person kann sich nicht ohne fremde Hilfe an- und auskleiden. Die ⚠ versicherte Person benötigt die Hilfe auch dann, wenn sie krankengerechte Kleidung verwendet.

d. Mahlzeiten und Getränke einzunehmen

Die ⚠ versicherte Person kann nicht ohne fremde Hilfe essen und trinken. Die ⚠ versicherte Person kann dies auch dann nicht, wenn die Mahlzeiten für sie essfertig vorbereitet und die Getränke bereitgestellt werden. Die ⚠ versicherte Person kann auch dann nicht essen und trinken, wenn sie krankengerechte Essbestecke und Trinkgefäße benutzt.

e. Sich zu waschen

Die ⚠ versicherte Person kann sich nicht ohne fremde Hilfe so waschen, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene erreicht wird. Die ⚠ versicherte Person kann dies auch dann nicht, wenn sie Hilfsmittel wie Wannengriffe oder einen Wannenlift nutzt. Es liegt kein Hilfebedarf nach e. vor, wenn die ⚠ versicherte Person lediglich außerstande ist, in das Badezimmer zu gelangen.

f. Auf Toilette zu gehen

Die ⚠ versicherte Person kann nicht ohne fremde Hilfe auf Toilette gehen, weil

- sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- sie eine Bettschüssel benötigt,
- sie den Darm oder die Blase nicht eigenständig entleeren kann oder
- sie wegen einer Darm- oder Blaseninkontinenz mindestens eines der folgenden Hilfsmittel verwenden muss:
 - Windeln,
 - spezielle Einlagen,
 - einen Katheter oder
 - einen Kolostomiebeutel.

Die ⚠ versicherte Person kann diese Hilfsmittel nicht eigenständig anlegen, wechseln oder leeren.

14.3 Wann liegt Pflegebedürftigkeit in Anlehnung an die gesetzliche Definition vor?

Die ⚠ versicherte Person ist auch pflegebedürftig, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: Die Bedingungen der §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 21.07.2014. Dort unterscheidet der Gesetzgeber drei Pflegestufen:

- Pflegestufe I (erheblich pflegebedürftig),
- Pflegestufe II (schwerpflegebedürftig) und
- Pflegestufe III (schwerstpflegebedürftig).

Wir prüfen selbst, ob ein Pflegefall nach diesen Bedingungen vorliegt. Wenn sich das Sozialgesetzbuch XI ändert, ändert sich nicht die Definition der Pflegebedürftigkeit nach dieser Ziffer.

Wir erkennen unter folgenden Bedingungen eine Entscheidung über eine Pflegebedürftigkeit an:

- Ein Versicherungsträger der sozialen Pflegeversicherung oder ein vergleichbarer Träger der privaten Pflegepflichtversicherung hat die Entscheidung getroffen.
- Der Umfang der Pflegebedürftigkeit wurde auf Grundlage der §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 21.07.2014 festgestellt.
- Die Pflegestufe wurde auf Grundlage der §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 21.07.2014 eingestuft.

14.4 Wann liegt Pflegebedürftigkeit infolge Demenz vor?

Eine Demenz ist eine kognitive Störung, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht ist. Beispiele für Erkrankungen: Alzheimerkrankheit und Multiinfarktdemenz. Die Demenz zeichnet sich dadurch aus, dass die \mathcal{A} versicherte Person geistige Fähigkeiten verliert. Dies wirkt sich aus auf das

- Denk-,
- Erkennungs-,
- Erinnerungs- und
- Orientierungsvermögen.

Die \mathcal{A} versicherte Person ist infolge Demenz pflegebedürftig, wenn die \mathcal{A} versicherte Person in mindestens erheblichem Maße

- täglich beaufsichtigt werden muss,
- zu den in Ziffer 14.2 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens angeleitet werden muss oder
- ununterbrochen beaufsichtigt werden muss, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.

Dieser Zustand muss durch die Störung der Hirnleistung herbeigeführt worden sein.

Ein Facharzt für Nervensysteme (Neurologe) muss feststellen, dass eine Demenz vorliegt. Dazu muss der Arzt einen ausführlichen Befund erheben. Dabei muss der Arzt die \mathcal{A} versicherte Person körperlich und psychopathologisch untersuchen. Der Arzt muss den Schweregrad der Demenz feststellen, indem er psychometrische Tests durchführt. Pflegebedürftigkeit infolge Demenz liegt nur vor, wenn mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ vorliegt. Der Arzt muss den Schweregrad über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg ermitteln. Alternativ kann ein entsprechender Schweregrad einer anderen anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen. Pflegebedürftigkeit infolge Demenz liegt nicht vor bei leichten oder mäßigen Störungen der Hirnleistung. Wir können verlangen, dass sich die \mathcal{A} versicherte Person erneut untersuchen lassen muss. Dies ist erforderlich, damit die Diagnose zutreffend bestätigt werden kann.

15 Wann ist die \mathcal{A} versicherte Person schwer erkrankt?

Dieser Abschnitt ist nur von Bedeutung, wenn Sie den Krankheitschutz (11) vereinbart haben.

Diese Krankheiten gelten unter folgenden Bedingungen als schwere Erkrankungen:

a. Operation der Hauptschlagader (Aorta)

Versichert ist, wenn die \mathcal{A} versicherte Person am Hauptstamm der Aorta operiert wird. Mit der Operation wird eine krankhafte Veränderung des Hauptstammes der Aorta behandelt. Der Eingriff kann auch minimalinvasiv erfolgen. Operationen an den Seiten- oder Endästen der Aorta oder im Rahmen einer traumatischen Verletzung der Aorta sind nicht versichert.

Wir erbringen unsere Leistung

- wenn 30 Tage seit der Operation vergangen sind und
- wenn die \mathcal{A} versicherte Person zu diesem Zeitpunkt lebt.

b. Hochgradige irreversible Sehbehinderung

Versichert ist, wenn die \mathcal{A} versicherte Person an beiden Augen sehbehindert ist. Die Sehbehinderung muss

- krankhaft,
- hochgradig und
- nicht korrigierbar sein.

Die Sehbehinderung ist hochgradig,

- wenn die Sehschärfe (Visus) des besseren Auges auch mit medizinischen oder optischen Hilfsmitteln höchstens 0,05 beträgt oder
- wenn das Gesichtsfeld des besseren Auges auch mit medizinischen oder optischen Hilfsmitteln auf 10° oder weniger eingeschränkt ist.

c. Bypass-Operation

Versichert ist, wenn die \mathcal{A} versicherte Person am Herzen operiert wird. Mit der Operation wird eine Verengung oder ein Verschluss von mindestens zwei Herzkranzgefäßen behandelt. Dazu werden Ersatzgefäße (Bypass) angelegt. Der Eingriff kann auch minimalinvasiv erfolgen.

Wir erbringen unsere Leistung

- wenn 30 Tage seit der Operation vergangen sind und
- wenn die \mathcal{A} versicherte Person zu diesem Zeitpunkt lebt.

d. Terminale Niereninsuffizienz

Versichert ist, wenn beide Nieren der \mathcal{A} versicherten Person

- dauerhaft,
- endgültig und
- vollständig versagen.

Dadurch ist es medizinisch notwendig, dass die \mathcal{A} versicherte Person regelmäßig eine Blutwäsche (Dialyse) vornehmen lässt oder eine neue Niere erhält.

Wir erbringen unsere Leistung

- wenn 30 Tage seit der ersten Blutwäsche oder dem Erhalt der neuen Niere vergangen sind und
- wenn die \mathcal{A} versicherte Person zu diesem Zeitpunkt lebt.

e. Herzklappenoperation

Versichert ist, wenn die \mathcal{A} versicherte Person am Herzen operiert wird. Mit der Operation werden eine oder mehrere defekte Herzklappen ersetzt oder wiederhergestellt. Der Eingriff kann auch minimalinvasiv oder mit einem Katheter erfolgen.

Wir erbringen unsere Leistung

- wenn 30 Tage seit der Operation vergangen sind und
- wenn die \mathcal{A} versicherte Person zu diesem Zeitpunkt lebt.

f. Krebs im fortgeschrittenen Stadium

Versichert ist, wenn bei der \mathcal{A} versicherten Person ein bösartiger Tumor festgestellt wird. Es gelten folgende weitere Bedingungen: Der Tumor ist gekennzeichnet durch

- unkontrolliertes Wachstum maligner (bösartiger) Zellen,
- Eindringen in umliegendes Gewebe und
- einer Tendenz zur Bildung von Metastasen.

Diese Bedingungen müssen dadurch gesichert sein, indem die Krebszellen feingeweblich untersucht werden.

Versicherungsschutz besteht für

- Tumore im Stadium T2, T3 oder T4 nach klinischer TNM-Klassifikation. Alternativ kann ein entsprechender Schweregrad einer anderen anerkannten Beurteilungsskala vorliegen,
- Tumore, bei denen Lymphknotenmetastasen (N1) oder Fernmetastasen (M1) nachgewiesen sind,
- Leukämien,
- bösartige Tumore des Lymphsystems (maligne Lymphome) und
- das myelodysplastische Syndrom.

Ausgenommen sind folgende Tumore:

- Jeder Tumor, der auf der Grundlage einer Gewebsuntersuchung als
 - prä maligne,
 - nicht-invasiv,
 - mikroinvasiv oder
 - als Krebsvorstufe (Carcinoma in situ) eingestuft oder
 - als Stadium T1N0M0 klassifiziert wird.
- Basalzellkarzinom (Basaliom) und Plattenepithelkarzinom der Haut.

Wir erbringen unsere Leistung

- wenn 30 Tage seit der Diagnose durch einen Facharzt vergangen sind und
- wenn die 7 versicherte Person zu diesem Zeitpunkt lebt.

g. Irreversible Lähmung von Gliedmaßen

Versichert ist, wenn die 7 versicherte Person die Muskelfunktion von zwei oder mehr Gliedmaßen vollständig und unumkehrbar verliert. Es gelten folgende weitere Bedingungen: Der Verlust der Muskelfunktion

- besteht seit mindestens drei Monaten und
- ist die Folge einer Erkrankung oder Verletzung des Rückenmarks oder des Gehirns.

Gliedmaße ist definiert als

- vollständiger Arm, also Oberarm, Unterarm und Hand, oder
- vollständiges Bein, also Oberschenkel, Unterschenkel und Fuß.

h. Multiple Sklerose mit dauerhaften neurologischen Ausfällen

Versichert ist, wenn die 7 versicherte Person an einer Multiple Sklerose erkrankt ist. Es gelten folgende weitere Bedingungen: Die Multiple Sklerose ist mit motorischen oder sensorischen Ausfällen verbunden. Die Ausfälle bestehen ununterbrochen seit mindestens sechs Monaten und sind ärztlich dokumentiert.

Gleichzeitig müssen mindestens zwei demyelinisierende Herde im Bereich des Gehirns oder des Rückenmarks nachgewiesen werden. Demyelinisierend bedeutet, dass es zu einer Zerstörung der Marksubstanz kommt. Der Nachweis muss mittels einer Magnetresonanztomographie erfolgen.

Nicht versichert sind radiologisch oder klinisch isolierte Syndrome sowie eine isolierte optische Neuritis.

i. Myokardinfarkt (Herzinfarkt)

Versichert ist, wenn bei der 7 versicherten Person ein Teil des Herzmuskels abstirbt. Die Ursache dafür ist ein akuter Verschluss eines Herzkranzgefäßes. Der Herzinfarkt muss festgestellt worden sein durch mindestens zwei der folgenden Kriterien:

- Typische Brustschmerzen,
- Erhöhung der herzmuskelspezifischen Laborwerte (Enzyme) oder
- neu aufgetretene und für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen.

Nicht versichert sind stumme Herzinfarkte und eine stabile oder instabile Angina pectoris.

Wir erbringen unsere Leistung

- wenn 30 Tage vergangen sind, nachdem ein Arzt den Herzinfarkt festgestellt hat und
- wenn die 7 versicherte Person zu diesem Zeitpunkt lebt.

j. Organtransplantation

Versichert ist, wenn die 7 versicherte Person eines der folgenden Organe im Wege einer Transplantation von einem Spender erhalten hat:

- Herz,
- Niere,
- Leber oder ein Teil der Leber,
- Lunge oder ein Teil der Lunge,
- Knochenmark (allogene Stammzelltransplantation),
- Dünndarm oder
- Bauchspeicheldrüse.

Wir erbringen unsere Leistung

- wenn 30 Tage seit der Operation vergangen sind und
- wenn die 7 versicherte Person zu diesem Zeitpunkt lebt.

k. Schlaganfall (Apoplex) mit bleibenden neurologischen Ausfällen

Versichert ist, wenn Hirngewebe der 7 versicherten Person akut abstirbt. Die Ursache dafür ist

- ein Verschluss der Gefäße, die das Gehirn versorgen, oder
- eine Blutung innerhalb der Schädelhöhle.

Die Ursache müssen Sie mittels bildgebenden Befunden nachweisen.

Der Schlaganfall muss zur Folge haben, dass die 7 versicherte Person

- mindestens drei Monate lang bei mindestens drei Punkten der in 14.2 genannten Umstände Hilfe benötigt oder
- mindestens drei Monate lang bettlägerig sein muss und nicht mehr ohne fremde Hilfe aufstehen kann.

Der Zustand muss ärztlich dokumentiert sein.

16 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen und was sind die Folgen?

16.1 Welche Ausschlüsse gibt es?

Wir leisten nicht, wenn die 7 versicherte Person berufsuntfähig, pflegebedürftig oder arbeitsunfähig geworden ist oder schwer erkrankt ist:

- a. Durch Unruhen,
 - die aus der Bevölkerung heraus entstanden sind (innere Unruhen) und
 - an denen die 7 versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- b. Weil sie außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aktiv an kriegerischen Ereignissen beteiligt war.
- c. Durch unmittelbare oder mittelbare Folgen eines terroristischen Anschlags unter folgenden Bedingungen:

- Der Anschlag erfolgt, indem ∇ vorsätzlich atomare, biologische oder chemische Stoffe eingesetzt oder freigesetzt werden oder
 - der Anschlag erfolgt, indem Mittel mit einem Gefährdungspotenzial wie Flugzeuge oder Sprengstoffe als Waffe eingesetzt werden und
 - der Anschlag ist darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und
 - der Anschlag führt dazu, dass wir mehr Leistungen auszahlen müssen als wir angenommen haben. Diese Mehrleistungen dürfen für uns nicht vorhersehbar gewesen sein. Wegen der Mehrleistungen können wir nicht mehr sicherstellen, dass wir alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger ∇ Treuhänder muss bestätigen, dass die zuvor genannten Bedingungen erfüllt sind.
- d. Durch Strahlen infolge von Kernenergie. Diese Strahlen gefährden oder schädigen das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen. Die Strahlen kann man nur abwehren oder bekämpfen durch den Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder einer vergleichbaren Einrichtung.
- e. Weil Sie oder der ∇ Begünstigte ∇ widerrechtlich gehandelt und dadurch ∇ vorsätzlich den ∇ Versicherungsfall herbeigeführt haben.
- f. Weil die ∇ versicherte Person ∇ vorsätzlich eine Straftat begangen hat oder dieses versucht hat. Kein Ausschluss liegt vor, wenn die ∇ versicherte Person die Straftat ∇ grobfahrlässig oder ∇ fahrlässig begeht, zum Beispiel im Straßenverkehr.
- g. Weil die ∇ versicherte Person die Krankheit oder den Verfall der Kräfte absichtlich herbeigeführt hat. Oder weil sie sich absichtlich selbst verletzt hat oder versucht hat sich zu töten. Wir werden jedoch in folgendem Fall leisten: Die ∇ versicherte Person befindet sich zum Zeitpunkt der Handlung in einem Zustand, in dem ihre Geistestätigkeit krankhaft gestört ist. Dies gilt dann, wenn die ∇ versicherte Person aufgrund dieser Störung nicht in der Lage ist, sich einen freien Willen zu bilden. Dies müssen Sie uns nachweisen.

16.2 Was sind die Folgen eines Ausschlusses?

Wenn wir nach 16.1 keine Leistung erbringen, zahlen wir ein vorhandenes ∇ Deckungskapital aus. Damit endet der Vertrag.

C Auszahlung der Leistungen

17 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung aus dem Vertrag erhalten möchten?

17.1 Welche Unterlagen müssen Sie einreichen?

Wenn Sie Leistungen aus dieser Versicherung beantragen möchten, müssen Sie uns ∇ unverzüglich Unterlagen einreichen. Welche Unterlagen das sind, hängt von den Leistungen ab, die Sie beantragen: Ist die ∇ versicherte Person berufsunfähig, arbeitsunfähig, pflegebedürftig oder schwer erkrankt?

Die Kosten für diese Unterlagen muss derjenige tragen, der die Leistungen beantragt.

17.1.1 Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn die ∇ versicherte Person berufsunfähig geworden ist:

- Eine Darstellung, warum die ∇ versicherte Person berufsunfähig geworden ist.
- Ausführliche Berichte der Ärzte, die die ∇ versicherte Person gegenwärtig behandeln, in der Vergangenheit behandelt oder untersucht haben. Die Berichte müssen folgende Punkte beinhalten:
 - Die Ursache des Leidens,
 - den Beginn des Leidens,
 - die Art des Leidens,
 - den Verlauf des Leidens und
 - die voraussichtliche Dauer des Leidens und
 - die Auswirkungen des Leidens auf die Berufsunfähigkeit.
- Unterlagen über den Beruf der ∇ versicherten Person.
- Unterlagen über die Stellung und Tätigkeit der ∇ versicherten Person vor Eintritt der gesundheitlichen Beschwerden, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben.
- Unterlagen über die eingetretenen Veränderungen durch die Berufsunfähigkeit.
- Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung aus beruflicher Tätigkeit der ∇ versicherten Person und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (zum Beispiel: Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaft-

liche Unterlagen).

- Für den Fall, dass die ∇ versicherte Person berufsunfähig nach 12.4 ist:
 - Eine Bescheinigung über Art und Umfang der Hilfe von der Person oder Einrichtung, die der ∇ versicherten Person hilft.
 - Außerdem müssen in den ärztlichen Berichten Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit aufgeführt werden.
- Für den Fall, dass die ∇ versicherte Person berufsunfähig nach 12.5 ist:
 - Einen unbefristeten Rentenbescheid des Sozialversicherungsträgers über die volle Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen.
- Für den Fall, dass die ∇ versicherte Person berufsunfähig nach 12.6 ist:
 - Einen amtlichen Nachweis über das Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz.

17.1.2 Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn die ∇ versicherte Person arbeitsunfähig geworden ist:

Ein in Deutschland zugelassener Arzt muss die Arbeitsunfähigkeit in folgender Form bescheinigen:

- Nach § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz („AU-Bescheinigung“) oder
- eine vergleichbare ärztliche Bescheinigung in ∇ Textform, wenn die ∇ versicherte Person kein Arbeitnehmer ist.

Wir akzeptieren Bescheinigungen bis zu zwei Monate in die Zukunft.

Wir dürfen außerdem weitere Angaben verlangen, zum Beispiel zum Beruf.

Wenn Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit beantragen, müssen Sie nicht gleichzeitig Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragen. Wir dürfen jedoch prüfen, ob die ∇ versicherte Person berufsunfähig nach diesen Bedingungen ist.

17.1.3 Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn die \mathcal{A} versicherte Person pflegebedürftig geworden ist:

- Eine Darstellung, warum die \mathcal{A} versicherte Person pflegebedürftig geworden ist.
- Ausführliche Berichte der Ärzte, die die \mathcal{A} versicherte Person gegenwärtig behandeln, in der Vergangenheit behandelt oder untersucht haben. Die Berichte müssen folgende Punkte beinhalten:
 - Die Ursache des Leidens,
 - den Beginn des Leidens,
 - die Art des Leidens,
 - den Verlauf des Leidens und
 - die voraussichtliche Dauer des Leidens.
 In den ärztlichen Berichten muss aufgeführt werden, welche Auswirkungen diese Punkte auf die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit haben.
- Eine Bescheinigung der Person oder Einrichtung, die die \mathcal{A} versicherte Person pflegt, über Art und Umfang der Pflege.
- Das Schreiben der sozialen oder privaten Pflegeversicherung nach 14.3, wenn es Ihnen vorliegt und darin eine Pflegeleistung zugesagt wird.

17.1.4 Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn die \mathcal{A} versicherte Person schwer erkrankt ist:

Ein Facharzt muss in \mathcal{A} Textform bestätigen, dass die \mathcal{A} versicherte Person krank ist. Gegebenenfalls muss ein Facharzt bestätigen, dass der bezeichnete Eingriff notwendig ist oder durchgeführt wurde. Die Befunde von Untersuchungen müssen die Krankheit beziehungsweise den Eingriff belegen. Die angewendeten Verfahren müssen dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen, das bedeutet: Der Arzt muss die Verfahren entsprechend der aktuellen Leitlinien durchführen.

17.2 Welche Auskünfte und Prüfungen können wir außerdem verlangen?

17.2.1 Wir können folgende weiteren Maßnahmen von der \mathcal{A} versicherten Person verlangen:

- Medizinische Auskünfte,
- Auskünfte über den Beruf, die wir auch vom Arbeitgeber oder durch weitere Dritte einholen können,
- zusätzliche ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte,
- weitergehende Auskünfte, zum Beispiel zum Gesundheitszustand, Beruf oder Betrieb,
- Vor-Ort-Prüfungen, dazu besucht eine von uns beauftragte Person die \mathcal{A} versicherte Person zu Hause oder am Arbeitsplatz; und
- notwendige Nachweise. Dazu gehören auch Nachweise
 - über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen und
 - über die Identität der \mathcal{A} versicherten Person, zum Beispiel durch einen Personalausweis oder eine Geburtsurkunde.

Um diese Auskünfte zu erhalten, dürfen wir folgende Personen einsetzen:

- Gutachter,
- Ärzte und
- sachverständige Dienstleister.

Die Kosten für diese Maßnahmen tragen wir.

Wenn sich die \mathcal{A} versicherte Person im Ausland aufhält, können wir Folgendes verlangen: Die \mathcal{A} versicherte Person muss

sich in Deutschland untersuchen lassen. In diesem Fall übernehmen wir die Reise- und Aufenthaltskosten, wenn wir dies vorher abgestimmt haben.

17.2.2 Die \mathcal{A} versicherte Person muss folgende Personen oder Einrichtungen ermächtigen, uns Auskünfte zu geben:

- Ärzte,
- Heilbehandler,
- Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten,
- Pflegeheime und Pflegepersonen, bei denen die \mathcal{A} versicherte Person in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird,
- andere Versicherungsunternehmen,
- Pflegekassen und gesetzliche Krankenkassen und
- Berufsgenossenschaften und Behörden.

Wir werden die genannten Personen oder Einrichtungen nur bei Bedarf um Auskünfte bitten. Zum Beispiel wenn wir überprüfen,

- ob wir Leistungen erbringen oder nicht und
- ob die Angaben richtig sind, die Sie oder die \mathcal{A} versicherte Person vor dem Vertragsschluss gemacht haben.

Wir informieren die \mathcal{A} versicherte Person, bevor wir uns Auskunft bei den genannten Einrichtungen einholen.

Die \mathcal{A} versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass wir sie jedes Mal um Erlaubnis bitten, wenn wir eine Auskunft einholen möchten. Wenn die \mathcal{A} versicherte Person dies verlangt, muss sie aber die dadurch entstehenden Mehrkosten tragen.

Die \mathcal{A} versicherte Person kann uns auch untersagen, eine Auskunft einzuholen. Um zu überprüfen, ob die \mathcal{A} versicherte Person berufsunfähig, pflegebedürftig oder schwer erkrankt ist, benötigen wir aber die genannten Nachweise. Wenn wir aufgrund der Auskunftsverweigerung nicht alle benötigten Nachweise im Original erhalten, gilt: Die \mathcal{A} versicherte Person verletzt ihre Pflicht aus 17.1 und 17.2. Dies kann zur Folge haben, dass wir gar nicht oder nur teilweise leisten. Siehe hierzu 20.

17.3 Welche Maßnahmen zur Heilung können wir verlangen?

Die \mathcal{A} versicherte Person muss nicht jede von einem Arzt angeordnete Maßnahme befolgen, damit wir leisten. Sie kann zum Beispiel eine Operation ablehnen.

Die \mathcal{A} versicherte Person muss Anordnungen des behandelnden oder untersuchenden Arztes befolgen, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die Anordnung muss darauf ausgerichtet sein, die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu mindern und
- die Anordnung muss zumutbar sein. Zumutbar sind Maßnahmen,
 - die ohne Gefahr sind,
 - keine besonderen Schmerzen verursachen und
 - sicher erwarten lassen, dass sich der Gesundheitszustand verbessert.
 Zumutbar sind zum Beispiel folgende Maßnahmen:
 - Diäten,
 - Krankengymnastik und Massagen,
 - orthopädische oder andere Heil- und Hilfsmittel wie: Prothesen, Stützstrümpfe, Seh- oder Hörhilfen und
 - logopädische Maßnahmen.

Was geschieht, wenn die \mathcal{A} versicherte Person Maßnahmen ablehnt, die darüber hinaus ärztlich angeordnet sind? In diesem Fall werden wir dennoch leisten.

18 Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir leisten? Wie zahlen wir aus?

18.1 Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir leisten?

Wir teilen Ihnen innerhalb von fünf Arbeitstagen mit, ob wir eine Leistung erbringen oder welche weiteren Unterlagen wir benötigen. Die Frist beginnt, nachdem uns alle in 17 genannten Nachweise vollständig vorliegen. Wenn noch nicht alle Nachweise vorliegen, gilt: Wir informieren Sie regelmäßig alle vier Wochen über den Stand der Bearbeitung.

18.2 Was gilt für Ihre Beiträge in der Zeit, in der wir den Anspruch auf Leistung prüfen?

18.2.1 Sie müssen die Beiträge solange weiterzahlen, bis wir darüber entschieden haben, ob wir eine Leistung erbringen. Wenn wir eine Leistung erbringen, zahlen wir Ihnen die zu viel gezahlten Beiträge zurück. Was sind zu viel gezahlte Beiträge? Das sind die Beiträge, die Sie zwischen den beiden folgenden Zeitpunkten gezahlt haben:

- a. Zeitpunkt, ab dem wir
 - die Berufsunfähigkeit,
 - die Arbeitsunfähigkeit,
 - die Pflegebedürftigkeit oder
 - die schwere Erkrankung anerkennen und
- b. Zeitpunkt, an dem wir über die Leistung entscheiden.

Wenn wir eine Leistung nur für die schwere Erkrankung erbringen, zahlen wir die zu viel gezahlten Beiträge des Krankheits-Schutz zurück.

18.2.2 Auf Wunsch brauchen Sie solange keine Beiträge zu zahlen, bis wir über die Berufsunfähigkeits-Leistung entschieden haben. Dies nennen wir „Beiträge stunden“. Was geschieht mit den gestundeten Beiträgen?

- Wenn wir entscheiden, dass wir keine Leistungen erbringen: Dann müssen Sie die gestundeten Beiträge in einem Betrag oder in Raten nachzahlen. Diese Raten teilen wir in gleichen Beträgen auf einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten auf. Wir berechnen weder für die gestundeten Beiträge noch für die Ratenzahlung Zinsen.
- Wenn wir entscheiden, dass wir Leistungen erbringen: Dann müssen Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen.

Im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung gilt: Wir stunden die Beiträge zinslos bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung. Insgesamt stunden wir die Beiträge längstens für fünf Jahre.

18.3 Wie lange leisten wir?

Wenn wir eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit anerkennen, befristet wir diese nicht.

18.4 Wie zahlen wir die Leistung aus?

Wir überweisen die Leistung an den \mathcal{A} Begünstigten. Wenn wir die Leistung in ein Land außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes überweisen sollen, gilt: Dann trägt der Empfangsberechtigte die mit der Überweisung verbundenen Kosten und Gefahr. Die Gefahr liegt vor allem darin, dass das Geld nicht oder nicht vollständig beim Empfänger ankommt.

19 Was müssen Sie beachten, während wir Leistungen erbringen?

19.1 Was müssen Sie uns mitteilen?

Sie, die \mathcal{A} versicherte Person oder der \mathcal{A} Begünstigte müssen uns \mathcal{A} unverzüglich mitteilen, wenn

- die \mathcal{A} versicherte Person stirbt,
- sich ihr Zustand verbessert, der die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit begründet hat,
- sie die berufliche Tätigkeit wieder aufnimmt,
- sie die berufliche Tätigkeit ändert oder
- sie den Pflegestandort für länger als sechs Monate an einen Ort verlegt, der sich außerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens befindet.

19.2 Welche Unterlagen können wir anfordern? Welche Auskünfte und Prüfungen können wir verlangen?

Wir dürfen prüfen, ob die \mathcal{A} versicherte Person weiter berufsunfähig oder pflegebedürftig ist. Es gelten die Regelungen zu 7, 10.1, 12 und 14. Um die Prüfung vorzunehmen, dürfen wir verlangen, dass die \mathcal{A} versicherte Person

- uns jederzeit Auskünfte und Unterlagen zu folgenden Punkten gibt:
 - Zu ihrem Gesundheitszustand,
 - zu eingetretenen Verbesserungen,
 - zu neu erworbenen Fähigkeiten (zum Beispiel durch eine Umschulung) oder \mathcal{A} Ausbildung. Es gelten die Regelungen zu 17.2 und 17.3 oder
 - über Art und Umfang einer ausgeübten beruflichen Tätigkeit (zum Beispiel durch Einkommensnachweise, Arbeitsvertrag, Gewinn- und Verlustrechnungen, betriebswirtschaftliche Auswertungen, Gesellschaftsvertrag).
- sich einmal jährlich umfassend untersuchen lässt. Den Arzt, der die \mathcal{A} versicherte Person untersucht, dürfen wir beauftragen. Die Kosten für die ärztliche Untersuchung tragen wir. Hierfür gelten die gleichen Regelungen wie in 17.

Wenn die \mathcal{A} versicherte Person eine berufliche Tätigkeit aufnimmt, können wir Auskünfte und Unterlagen darüber verlangen. Dazu gehören Art und Umfang der Tätigkeit, Nachweise über das Einkommen und der Arbeitsvertrag.

Außerdem dürfen wir Nachweise verlangen, dass die \mathcal{A} versicherte Person noch lebt. Ein Nachweis muss ein amtliches Zeugnis sein.

19.3 Was sind die Folgen, wenn die \mathcal{A} versicherte Person nicht mehr berufsunfähig oder pflegebedürftig ist?

Wenn die \mathcal{A} versicherte Person nicht mehr berufsunfähig ist, leisten wir nicht mehr.

Wenn wir die Leistung einstellen, teilen wir dies Ihnen und dem \mathcal{A} Begünstigten mit. Darin erläutern wir auch die Gründe für unsere Entscheidung. Ab dem folgenden Zeitpunkt stellen wir unsere Leistung ein: Drei Kalendermonate ab dem nächsten Monatsersten, nachdem Sie und der \mathcal{A} Begünstigte unsere Mitteilung erhalten haben.

Wenn die Leistungen enden, müssen Sie ab diesem Zeitpunkt wieder Beiträge zahlen. Dies gilt nicht, wenn die vereinbarte \mathcal{A} Beitragszahlungsdauer bereits abgelaufen ist.

Wenn wir Leistungen ausgezahlt haben, auf die der \mathcal{A} Begünstigte keinen Anspruch hat, muss der \mathcal{A} Begünstigte uns diese Leistungen zurückzahlen.

Dieser Abschnitt 19.3 gilt auch, wenn die ∇ versicherte Person

- wegen Pflegebedürftigkeit berufsunfähig ist und
- sich ihr Zustand verbessert, so dass sie nicht mehr pflegebedürftig ist.

20 Welche Folgen hat es, wenn Sie Ihre Pflichten verletzen?

Solange Sie, die ∇ versicherte Person oder der ∇ Begünstigte eine Pflicht aus 17 und 19 ∇ vorsätzlich verletzt, müssen wir keine Leistung erbringen.

Wenn Sie, die ∇ versicherte Person oder der ∇ Begünstigte eine dieser Pflichten ∇ grob fahrlässig verletzt, dürfen wir unsere Leistung kürzen. Die Höhe unserer Leistung richtet sich danach, wie stark gegen eine der genannten Pflichten verstoßen wurde. Je stärker der Verstoß gegen die Pflichten ist, desto stärker kürzen wir die Leistungen.

In folgenden Fällen erbringen wir dennoch die Leistung in ungekürzter Höhe:

- Wenn uns eine der in 20 Satz 1 genannten Personen Folgendes nachweist: Diese Person hat nicht ∇ grob fahrlässig gegen eine Pflicht aus 17 und 19 verstoßen.
- Wenn eine der in 20 Satz 1 genannten Personen zwar gegen eine Pflicht aus 17 und 19 verstoßen hat, aber folgende Einschränkung gilt: Der Verstoß hat sich nicht auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ausgewirkt.
- Wenn Sie Ihre genannten Pflichten später erfüllen. Dann erbringen wir die Leistung ab Beginn des Monats, in dem Sie die Pflicht erfüllt haben.
- Wenn wir Sie nicht darauf hingewiesen haben, welche Folge ein Verstoß gegen die aus 17 und 19 genannten Pflichten hat. Wir müssen Sie in einer gesonderten Mitteilung in ∇ Textform auf die Folge hingewiesen haben.

21 Wer erhält die Leistung?

21.1 An wen zahlen wir die Leistung?

Die Leistung aus diesem Vertrag erbringen wir an Sie. Sie können uns auch eine andere Person benennen, die an Ihrer

Stelle die Leistung erhalten soll. Sie oder die andere Person nennen wir ∇ Begünstigter.

Sie können einen ∇ Begünstigten auf zwei Wegen benennen:

- Widerruflich: Sie können jederzeit in ∇ Textform eine andere Person als begünstigt benennen. Diese Berechtigung können Sie jederzeit widerrufen, solange der ∇ Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist.
- Unwiderruflich: Sie können jederzeit in ∇ Textform eine andere Person sofort und unwiderruflich als begünstigt benennen. Sobald wir diese ∇ Erklärung erhalten haben, können Sie dieses Bezugsrecht nur noch unter folgenden Bedingungen aufheben:
 - Wenn Sie uns dies in ∇ Textform mitteilen und
 - der von Ihnen benannte ∇ Begünstigte zustimmt.

21.2 Welche Bedeutung hat der ∇ Versicherungsschein?

Wir können die Leistung an jeden auszahlen, der uns den ∇ Versicherungsschein vorlegt. Der Inhaber des ∇ Versicherungsscheins kann uns gegenüber auch alle anderen Rechte aus dem Vertrag geltend machen. Er gilt auch als bevollmächtigt, unsere ∇ Erklärungen zu empfangen. Wir müssen also nicht prüfen, ob der Inhaber des ∇ Versicherungsscheins dazu berechtigt ist. Wir dürfen aber verlangen, dass der Inhaber des ∇ Versicherungsscheins uns seine Berechtigung nachweist. Dabei gibt es folgende Besonderheit: Sie setzen einen ∇ Begünstigten ein oder widerrufen seine Bezugsberechtigung. In diesen Fällen müssen wir den Inhaber des ∇ Versicherungsscheins nur dann als berechtigt anerkennen, wenn Sie uns die Berechtigung in ∇ Textform angezeigt haben.

21.3 Können Sie Leistungen abtreten oder verpfänden?

Sie können Ansprüche aus diesem Vertrag nicht auf Dritte übertragen. Das bedeutet: Sie können den Vertrag weder abtreten noch verpfänden.

D Beitragszahlung und Kosten

22 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?

Die Beiträge können Sie selbst oder eine andere Person zahlen. Wenn wir Sie direkt ansprechen, ist damit auch ein anderer Beitragszahler gemeint. Sie können laufende Beiträge in folgenden Abständen zahlen:

- Monatlich,
- vierteljährlich,
- halbjährlich oder
- jährlich.

Bei der Basler Berufsunfähigkeitsversicherung Einsteiger erhöht sich Ihr Beitrag nach fünf ∇ Versicherungsjahren, ohne dass sich Ihre Leistungen ändern. Wie hoch Ihr Beitrag ist, können Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen.

Wann müssen Sie Ihre Beiträge zahlen?

Sie müssen den ersten Beitrag zahlen

- sofort nachdem Sie den Vertrag geschlossen haben,
- aber nicht vor dem Versicherungsbeginn. Das Datum des

Versicherungsbeginns finden Sie im ∇ Versicherungsschein.

Alle weiteren Beiträge müssen Sie jeweils zum Beginn des gewählten Zahlungsabschnitts (siehe Absatz 1) zahlen. Wir buchen Ihre Beiträge jeweils am Anfang eines Zahlungsabschnitts von dem Konto ab, das Sie uns angegeben haben. Ihr Beitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn

- wir Ihren fälligen Beitrag einziehen können,
- wir berechtigt sind, Ihren Beitrag einzuziehen und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

Wenn wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn

- Sie nicht verantwortlich dafür sind, dass wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten,
- wir Sie zur Zahlung aufgefordert haben und
- Sie Ihren Beitrag ∇ unverzüglich an uns überweisen.

Wenn Sie Beiträge nicht gezahlt haben und der ∇ Versicherungsfall eingetreten ist, ziehen wir die Beiträge von unseren Leistungen ab.

23 Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?
23.1 Was geschieht, wenn Sie Ihren ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
23.1.1 Rücktritt

Wenn Sie Ihren ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Wenn wir zurücktreten, müssen Sie uns folgende Kosten erstatten: Alle Kosten für ärztliche Untersuchungen, die uns bei der Risikoprüfung entstanden sind.

In folgendem Fall können wir nicht zurücktreten: Sie sind nicht verantwortlich, dass Sie den Beitrag verspätet bezahlt haben.

23.1.2 Eintritt des ↗Versicherungsfalls

Was geschieht, wenn Sie Ihren ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben und ein ↗Versicherungsfall eintritt?

In diesem Fall erbringen wir keine Leistung. Dafür müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Wir haben Sie auf diese Folge auffällig im ↗Versicherungsschein aufmerksam gemacht oder
- wir haben Sie durch eine gesonderte Mitteilung auf diese Folge hingewiesen.

In folgendem Fall müssen wir trotzdem zahlen: Sie sind nicht verantwortlich, dass Sie den Beitrag verspätet bezahlt haben.

23.2 Was geschieht, wenn Sie einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
23.2.1 Kündigung

In diesem Fall gilt Folgendes:

- Wir schicken Ihnen eine Mahnung. Die Kosten dafür tragen Sie. Außerdem erheben wir eine Gebühr. Die Höhe entnehmen Sie bitte der Gebühren-Tabelle. Diese finden Sie bei Ihren Versicherungsunterlagen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Gebühren-Tabelle gern zu.
- In der Mahnung setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Wochen.
- Wenn Sie innerhalb dieser Frist nicht zahlen, geschieht Folgendes:
 - Der Versicherungsschutz vermindert sich wie nach einem Beitrags-Stopp (24).
 - Außerdem können wir Ihren Vertrag kündigen. Wir können die Kündigung schon in dem Mahnschreiben aussprechen.
- Auf die Folgen a. bis c. weisen wir Sie in der Mahnung hin.

Unter einer Bedingung können Sie verhindern, dass die Folgen unserer Kündigung in Kraft treten: Sie müssen den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nach der Kündigung an uns zahlen.

23.2.2 Eintritt des ↗Versicherungsfalls

Was geschieht, wenn Sie Ihren folgenden Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben und ein ↗Versicherungsfall eintritt? In diesem Fall zahlen wir keine oder nur verminderte Leistungen aus, wenn die Frist nach 23.2.1 Buchstabe b. abgelaufen ist.

24 Welche Möglichkeiten haben Sie, wenn Sie Ihre Beiträge senken oder stoppen möchten?
24.1 Wie beantragen Sie eine Beitrags-Senkung oder einen Beitrags-Stopp?

Sie können jederzeit zum nächsten Zahlungsabschnitt Ihre Beiträge senken oder stoppen. Dazu müssen Sie uns Ihren Wunsch rechtzeitig mitteilen, bevor Sie den nächsten Beitrag zahlen. Ihre Beiträge können Sie frühestens nach einem Jahr senken.

24.2 Wie hoch sind die Mindestbeträge?
24.2.1 Mindestbetrag für eine Beitrags-Senkung

Nachdem Sie Ihre Beiträge gesenkt haben, muss die garantierte Berufsunfähigkeits-Rente mindestens 50 EUR monatlich betragen.

24.2.2 Mindestbetrag für einen Beitrags-Stopp

Es gibt keinen Mindestbetrag für einen Beitrags-Stopp. Sie können Ihre Beiträge stoppen, wenn das um einen Abzug verminderte ↗Deckungskapital ausreicht, um Leistungen nach 24.4 zu berechnen.

Wenn das um einen Abzug verminderte ↗Deckungskapital nicht ausreicht, endet der Vertrag.

24.3 Welche Gebühren und Abzüge nehmen wir, wenn Sie Ihre Beiträge senken oder stoppen?
24.3.1 Gebühren und Abzug bei einer Beitrags-Senkung

Wenn Sie die Beiträge senken, erheben wir eine Gebühr (27). Die Höhe der Gebühr entnehmen Sie bitte unserer Gebühren-Tabelle. Diese finden Sie bei Ihren Versicherungsunterlagen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Gebühren-Tabelle gern zu.

Zusätzlich nehmen wir einen Abzug. Den Abzug berechnen wir anteilig für die wegfallende Berufsunfähigkeits-Rente. Der Abzug beträgt 50 Prozent des auf die wegfallende Berufsunfähigkeits-Rente entfallenden ↗Deckungskapitals.

24.3.2 Abzug bei einem Beitrags-Stopp

Wenn Sie die Beiträge stoppen, nehmen wir einen Abzug von 50 Prozent des zu diesem Zeitpunkt vorhandenen ↗Deckungskapitals. Weitere Gebühren erheben wir nicht.

24.3.3 Angemessener Abzug

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies müssen wir nachweisen, wenn Sie an der Angemessenheit zweifeln. Wir haben den Abzug mit pauschalen Annahmen berechnet. Diese halten wir aus folgenden Gründen für angemessen:

- Zusätzliche Verwaltungskosten
Ein Beitrags-Stopp und eine Beitrags-Senkung verursachen zusätzliche Verwaltungskosten. Diese sind in den ↗Rechnungsgrundlagen nicht berücksichtigt.
- Schutz der Risikogemeinschaft
Eine Versicherung ist eine Risikogemeinschaft. Personen mit einem geringen Risiko beantragen eher einen Beitrags-Stopp oder eine Beitrags-Senkung als Personen mit einem hohen Risiko. Dadurch schwächen sie die Risikogemeinschaft. Mit dem Abzug stellen wir sicher, dass der Risikogemeinschaft durch den Beitrags-Stopp oder die Beitrags-Senkung kein Nachteil entsteht.

c. Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital
 Wir bieten Ihnen einen garantierten Versicherungsschutz und verschiedene Optionen. Damit wir diese Versprechen dauerhaft erfüllen können, benötigen wir Risikokapital (Solvenzmittel). Ein Teil davon wird durch die Beiträge der ∇ Versicherungsnehmer aufgebaut. Bei einem Beitrags-Stopp oder einer Beitrags-Senkung entziehen Sie der Risikogemeinschaft eingeplante Solvenzmittel. Der Abzug gleicht diesen Ausfall aus.

Unabhängig davon haben Sie folgendes Recht: Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem konkreten Fall wesentlich niedriger liegen muss, setzen wir ihn herab. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

24.4 Welche Auswirkungen auf die Leistungen gibt es?

24.4.1 Welche Auswirkungen gibt es?

Wenn Sie die Beiträge senken oder stoppen, berechnen wir die versicherten Leistungen neu. Wir berechnen die neuen Leistungen auf folgender Grundlage:

- Höhe der künftigen Beiträge,
- Höhe des vorhandenen ∇ Deckungskapitals,
- Alter der ∇ versicherten Person bei Vertragsbeginn,
- Annahmen, die wir bei Ihrem Vertrag darüber getroffen haben, in welchem Umfang die versicherten Leistungen eintreten,
- Annahmen, die wir bei Ihrem Vertrag zu unseren Kosten getroffen haben sowie
- dem ∇ Rechnungszins, mit dem wir die Leistungen dieses Vertrages berechnen.

Die Höhe der neuen Leistungen können Sie dem Nachtrag zum ∇ Versicherungsschein entnehmen.

Wenn Sie Ihre Beiträge senken, beachten Sie Folgendes:

- Die Beiträge und Leistungen für den Krankheitschutz senken wir nicht.
- Bei der Basler Berufsunfähigkeitsversicherung Einsteiger gilt in den ersten fünf ∇ Versicherungsjahren: Wir berechnen Ihre Beiträge und Leistungen neu, so dass die Beitragserhöhung (siehe 22) nach fünf ∇ Versicherungsjahren entfällt.

Wenn Sie Ihre Beiträge stoppen, beachten Sie Folgendes:

- Sie können die Leistungen nach 25 und 32 nicht mehr erhöhen.
- Bei einem vereinbarten PflegeSchutz nach 10 entfällt die Pflegeoption (10.2)
- Ein vereinbarter Krankheitschutz nach 11 entfällt.

24.4.2 Wie wirken sich die Kosten auf das ∇ Deckungskapital aus?

Wenn Sie die Beiträge zu Ihrem Vertrag stoppen, kann das für Sie Nachteile haben. In den ersten Jahren Ihres Vertrages ist das ∇ Deckungskapital geringer als die Summe der eingezahlten Beträge. Das liegt an den eingerechneten einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten sowie den übrigen Kosten. Auch in den folgenden Jahren erreicht das ∇ Deckungskapital nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge.

Wenn Sie regelmäßige Beiträge zahlen, gilt: Wenn wir das ∇ Deckungskapital berechnen, verteilen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die ersten

fünf Jahre des Vertrags, höchstens auf die vereinbarte ∇ Beitragszahlungsdauer. Die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten betragen höchstens 2,5 Prozent der Summe aller vereinbarten ∇ Tarifbeiträge.

24.5 Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherigen Leistungen wiederherstellen?

Sie können Ihren Vertrag nach einer Beitrags-Senkung oder einem Beitrags-Stopp wiederherstellen. Dazu können Sie zwischen zwei Möglichkeiten wählen:

- Die Leistungen sollen wieder genauso hoch versichert sein, wie sie vor der Beitrags-Senkung oder dem Beitrags-Stopp vereinbart waren. In diesem Fall ist der Beitrag höher als zu dem Zeitpunkt, als Sie die Beiträge gesenkt oder gestoppt haben. Oder:
- Die Beiträge sollen wieder genauso hoch sein, wie sie vor der Beitrags-Senkung oder dem Beitrags-Stopp vereinbart waren. In diesem Fall sind die Leistungen geringer als zu dem Zeitpunkt, als Sie die Beiträge gesenkt oder gestoppt haben.

In beiden Fällen berechnen wir die Leistungen oder Beiträge neu auf der Grundlage, die wir in 28 beschrieben haben.

Wenn wir die Basler Berufsunfähigkeitsversicherung Einsteiger in den ersten fünf ∇ Versicherungsjahren wiederherstellen, gilt: Wir berechnen Ihre Beiträge und Leistungen neu, so dass die Beitragserhöhung (siehe 22) nach fünf ∇ Versicherungsjahren entfällt.

Wenn wir den Vertrag innerhalb von sechs Monaten wiederherstellen, prüfen wir die Gesundheit der ∇ versicherten Person nicht erneut. Wenn Sie den Vertrag später als sechs Monate wiederherstellen, prüfen wir die Gesundheit der ∇ versicherten Person. Hat sich die Gesundheit für uns bedeutsam verschlechtert, stellen wir die bisherigen Leistungen gar nicht wieder her oder zu schlechteren Bedingungen.

Wir stellen den Vertrag nicht wieder her, wenn

- der ∇ Versicherungsfall eingetreten ist,
- der Vertrag erloschen ist oder
- wir den Vertrag nach 4.3.1 gekündigt haben.

24.6 Welche zusätzliche Möglichkeit bietet die befristete Beitrags-Senkung oder der befristete Beitrags-Stopp?

Sie können von uns verlangen, dass Sie eine befristete Beitrags-Senkung oder einen befristeten Beitrags-Stopp einlegen. In dieser Zeit zahlen Sie für bis zu zwölf Monate einen reduzierten oder gar keinen Beitrag. Wenn die ∇ versicherte Person sich in Elternzeit befindet, können Sie die Beiträge für bis zu 36 Monate senken oder stoppen. Die Elternzeit müssen Sie uns nachweisen. Die vereinbarten Leistungen senken wir so, wie in 24.2 bis 24.4 beschrieben.

Nach Ablauf der befristeten Beitrags-Senkung oder des befristeten Beitrags-Stops haben Sie sofort wieder die bisherigen versicherten Leistungen. Wir prüfen die Gesundheit der ∇ versicherten Person nicht. Sie zahlen auch wieder Beiträge. Wir berechnen die Höhe der Beiträge neu. Die Beiträge werden höher sein als vorher. Ansonsten gelten die Regelungen in 24.5.

Wir werden Ihrem Wunsch nach einer befristeten Beitrags-Senkung oder einem befristeten Beitrags-Stopp zustimmen, wenn Sie Ihre Beiträge für das erste Jahr vollständig bezahlt haben.

Sie können auch zu einem späteren Zeitpunkt erneut eine befristete Beitrags-Senkung oder einen befristeten Beitrags-

Stopp einlegen. Dies ist aber erst dann möglich, wenn Sie Ihre Beiträge wieder mindestens drei Jahre vollständig gezahlt haben. Außerdem müssen Sie nach der erneuten befristeten Beitrags-Senkung oder dem befristeten Beitrags-Stopp noch mindestens ein Jahr Beiträge zahlen.

25 Wie können Sie die Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?

25.1 Wie funktioniert die automatische Erhöhung?

Sie können vereinbaren, dass sich Ihre Beiträge automatisch jedes Jahr um 3 Prozent des Beitrags im Vorjahr erhöhen. Alternativ können Sie vereinbaren, dass sich Ihre Beiträge jedes Jahr um 5 Prozent des Beitrags im Vorjahr erhöhen.

Die Basler Berufsunfähigkeitsversicherung Einsteiger erhöhen wir automatisch erstmals zum siebten 7 Versicherungsjahrestag.

Wann endet die automatische Erhöhung? Die Beiträge erhöhen sich nicht mehr,

- wenn Sie das 55. Lebensjahr überschritten haben oder
- spätestens ein Jahr vor dem Ende, das Sie für Ihre Beiträge vereinbart haben.

25.2 Wann erhöhen sich die Beiträge und Leistungen?

Die Beiträge und Leistungen erhöhen sich jeweils einmal im Jahr. Erstmals erhöhen sich Beiträge und Leistungen ein Jahr nach dem Beginn der Versicherung. Wir informieren Sie rechtzeitig vor jeder Erhöhung darüber, wie hoch der neue Beitrag und die erhöhten Leistungen sind. Der erhöhte Versicherungsschutz beginnt jeweils am Tag der Erhöhung um 12.00 Uhr mittags. Während eines Beitrags-Stopps (siehe 24) erhöhen wir die Beiträge nicht.

25.3 Wie erhöhen sich die Leistungen?

Wenn sich Ihre Beiträge automatisch erhöhen, erhöhen sich auch die Leistungen. Die Beiträge und Leistungen für den Krankheitschutz erhöhen sich nicht. Die Gesundheit der 7 versicherten Person prüfen wir nicht, bevor wir die Leistungen erhöhen. Wir berechnen die neuen, erhöhten Leistungen nach den in diesem Abschnitt aufgeführten Grundlagen. Wir verwenden die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen 7 Rechnungsgrundlagen für automatische Erhöhungen. Diese können von den Grundlagen abweichen, mit denen wir die Leistungen bei Vertragsbeginn berechnet haben.

Wir berechnen die neuen Leistungen nach folgenden Grundlagen:

- Dem Zinssatz, mit dem wir künftige Leistungen berechnen,
- unseren Annahmen, in welchem Umfang eine Berufsunfähigkeit oder ein Pflegefall bei bestimmten Berufen und in bestimmten Altersstufen auftritt,
- unseren Kostensätzen,
- dem Alter, das die 7 versicherte Person am Tag der Erhöhung erreicht hat und
- den Bedingungen, die wir unserem Vertrag zugrunde gelegt haben.

25.4 Wie können Sie die automatische Erhöhung der Beiträge aussetzen? Wann endet die automatische Erhöhung?

Sie können eine automatische Erhöhung wie folgt rückgängig machen:

- Sie widersprechen der automatischen Erhöhung bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin oder

- Sie bezahlen den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin.

Wenn Sie einer automatischen Erhöhung widersprechen, erhöhen wir Ihre Beiträge rückwirkend nicht. Im folgenden Jahr erhöhen wir Ihre Beiträge wieder normal. Sie können den Erhöhungen jedes Mal widersprechen. Wenn Sie jedoch mehr als zweimal hintereinander einer Erhöhung widersprechen, endet die automatische Erhöhung für die Zukunft.

Die automatische Erhöhung endet auch, wenn die 7 versicherte Person berufsunfähig wird.

Was geschieht, wenn uns erst verspätet mitgeteilt wird, dass die Berufsunfähigkeit eingetreten ist? Dann entfallen alle automatischen Erhöhungen rückwirkend, seitdem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Wenn der Grund für die Berufsunfähigkeit später wegfällt und Sie wieder Beiträge zahlen, gilt Folgendes: Wir entscheiden darüber, ob Sie Ihre Beiträge automatisch erhöhen können. Unsere Entscheidung machen wir von der Gesundheit der 7 versicherten Person abhängig.

26 Welche Kosten fallen für Ihren Vertrag an?

26.1 Welche Kosten gibt es?

Es gibt folgende Kosten:

- Einmalige Abschluss- und Vertriebskosten (siehe 26.2),
- übrige Kosten (siehe 26.3) und
- zusätzliche anlassbezogene Kosten (Gebühren, siehe 27).

Die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten sowie die übrigen Kosten sind in den Beiträgen enthalten. Sie müssen diese Kosten nicht zusätzlich bezahlen. Wie hoch die Kosten in Euro sind, entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

Wenn Sie Ihre Beiträge automatisch erhöhen (25), erhöhen sich auch die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten sowie die übrigen Kosten.

26.2 Was sind einmalige Abschluss- und Vertriebskosten?

Wir verwenden die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten, vor allem um die Vermittlung des Vertrags zu vergüten und das Risiko zu prüfen.

26.3 Was sind übrige Kosten?

Wir verwenden die übrigen Kosten, um Ihren Vertrag zu verwalten.

26.4 Wie wirken sich die Kosten aus, wenn wir das 7 Deckungskapital berechnen?

Wenn wir das 7 Deckungskapital berechnen, berechnen wir die aufzuwendenden Kosten wie folgt:

- Einmalige Abschluss- und Vertriebskosten

Wenn Sie die Beiträge monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen, wenden wir für die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dabei teilen wir diese einmaligen Kosten auf:

- In den ersten fünf Jahren ab Vertragsbeginn in gleiche Teilbeträge oder
- über die gesamte 7 Beitragszahlungsdauer in gleiche Teilbeträge, wenn Sie mit uns eine 7 Beitragszahlungsdauer von weniger als fünf Jahren vereinbart haben.

Die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten betragen höchstens 2,5 Prozent der Summe der vereinbarten \mathcal{A} Tarifbeiträge.

Wenn Sie Ihre Beiträge automatisch erhöhen (25), gilt: Wir berechnen die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten auf den zusätzlichen Beitrag ab dem Zeitpunkt der Erhöhung nach demselben Verfahren.

b. Übrige Kosten

Übrige Kosten fallen jährlich an.

27 Welche Kosten können wir zusätzlich erheben (Gebühren)?

Für bestimmte Ereignisse, die Sie veranlassen oder verursachen, berechnen wir Ihnen weitere jeweils einmalige Kosten. Dies können folgende Ereignisse sein:

- Sie zahlen den Beitrag nicht rechtzeitig und wir setzen Ihnen deshalb eine Frist oder schicken Ihnen eine Mahnung.
- Ihre Bank gibt eine Lastschrift zurück.
- Wir ändern auf Ihren Wunsch Ihren Vertrag (Ausnahme: Beitrags-Stopp, Kündigung und Wiederherstellung).
- Wir stellen einen Ersatz für Ihren \mathcal{A} Versicherungsschein aus.

Die Kosten entfallen, wenn Sie uns nachweisen, dass unsere Annahmen für die Berechnung der Kosten falsch sind. Die Kosten verringern sich, wenn Sie uns nachweisen, dass wir die Kosten zu hoch beziffert haben.

Die genauen Kosten finden Sie in der Gebühren-Tabelle bei Ihren Versicherungsunterlagen. Die Höhe der Kosten kann sich während der \mathcal{A} Vertragsdauer ändern, wenn sich unsere durchschnittlichen Kosten erhöhen oder verringern. Die jeweils aktuellen Kosten können Sie bei uns erfragen.

E Sonstige Regelungen während der Vertragsdauer

28 Welche \mathcal{A} Rechnungsgrundlagen verwenden wir?

Der \mathcal{A} Rechnungszins beträgt 1,25 Prozent. Wir verwenden unternehmenseigene \mathcal{A} Sterbe- und Wahrscheinlichkeitstabeln. Diese basieren

- bei der Berufsunfähigkeits-Rente auf den Wahrscheinlichkeitstabeln „DAV 1997“ und „DAV 2008 P MR“ und
- bei dem KrankheitenSchutz auf „MR 2013 DD“.

29 Welche Überschüsse können während der Vertragsdauer zu Ihren Leistungen hinzukommen?

Während der \mathcal{A} Vertragsdauer können Überschüsse zu Ihren Leistungen hinzukommen. Die Überschüsse sind nicht garantiert. Aus folgendem Grund: Wir wissen heute nicht, wie sich die Überschüsse entwickeln werden. Lesen Sie dazu die folgenden Absätze.

Überschüsse entstehen, weil wir die \mathcal{A} Rechnungsgrundlagen vorsichtig ansetzen. Es gibt Risiko-, Kosten- und Zins-Überschüsse. Die Überschüsse ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs und des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

Wir beteiligen unsere \mathcal{A} Versicherungsnehmer an diesen Überschüssen, wie es im Aufsichtsrecht vorgegeben ist.

29.1 Wie entstehen Überschüsse für unsere \mathcal{A} Versicherungsnehmer insgesamt?

Wir beteiligen unsere \mathcal{A} Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an den Überschüssen. Dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

Die Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

a. Aus dem Risikoergebnis.

Überschüsse aus dem Risikoergebnis entstehen, wenn die Risiken in geringerem Umfang eingetreten sind, als wir in die Beiträge eingerechnet haben. Beispiel: Die tatsächliche Lebensdauer der \mathcal{A} versicherten Personen ist kürzer, als wir angenommen haben. Dadurch zahlen wir weniger Renten,

als angenommen. Dann entsteht ein positives Risikoergebnis. Von diesem Risikoergebnis erhalten unsere \mathcal{A} Versicherungsnehmer mindestens den in der Mindestzuführungsverordnung genannten Anteil. Derzeit beträgt der Anteil grundsätzlich 90 Prozent.

b. Aus den Kapitalerträgen.

Überschüsse aus den Kapitalerträgen entstehen, wenn die nach der Mindestzuführungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen Erträge erzielen. Von den Erträgen ziehen wir die Aufwendungen für die Kapitalanlage ab. Das sind dann die Nettoerträge. Von den Nettoerträgen erhalten unsere \mathcal{A} Versicherungsnehmer mindestens den in der Verordnung genannten Anteil. Derzeit beträgt der Anteil grundsätzlich 90 Prozent. Von diesem Anteil ziehen wir die Mittel ab, die wir für die garantierten Leistungen aller Verträge benötigen. Den dann verbleibenden Ertrag verwenden wir für die Überschüsse.

c. Aus dem übrigen Ergebnis.

Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis entstehen zum Beispiel, wenn

- die tatsächlich angefallenen Kosten niedriger sind, als wir in die Beiträge eingerechnet haben oder
- wir andere Einnahmen als aus dem Versicherungsgeschäft haben, zum Beispiel Erträge aus Rückvergütungen von \mathcal{A} Fondsgesellschaften.

Dann entsteht ein positives übriges Ergebnis. Von diesem übrigen Ergebnis erhalten unsere \mathcal{A} Versicherungsnehmer mindestens den in der Mindestzuführungsverordnung genannten Anteil. Derzeit beträgt der Anteil grundsätzlich 50 Prozent.

Wir können in Ausnahmefällen von den in a. bis c. angegebenen Prozentsätzen abweichen. Welche Ausnahmefälle eintreten können, steht in der Mindestzuführungsverordnung.

Die Überschüsse ermitteln wir jährlich. Die auf die \mathcal{A} Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir zunächst der \mathcal{A} Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir sie nicht direkt den Verträgen gutschreiben.

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung

- gleich Schwankungen bei der Überschuss-Beteiligung aus und

- darf grundsätzlich nur für die Beteiligung unserer \nearrow Versicherungsnehmer an den Überschüssen verwendet werden.

Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde dürfen wir nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes die \nearrow Rückstellung für Beitragsrückerstattung für andere Zwecke verwenden. Dies dürfen wir, soweit die \nearrow Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschüsse entfällt. Derzeit dürfen wir die \nearrow Rückstellung für Beitragsrückerstattung in folgenden Fällen für andere Zwecke verwenden:

- Wir wenden einen drohenden Notstand ab.
- Wir gleichen unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen aus. Diese Verluste sind deshalb entstanden, weil sich die Verhältnisse allgemein geändert haben.
- Wir erhöhen die \nearrow Deckungsrückstellung, weil die \nearrow Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

Wenn wir die \nearrow Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um Verluste auszugleichen oder die \nearrow Deckungsrückstellung zu erhöhen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

29.2 Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen?

Wenn wir Überschüsse verteilen, fassen wir gleichartige Versicherungen zusammen. Zum Beispiel ordnen wir Renten-, Pflege- und Berufsunfähigkeitsversicherungen unterschiedlichen Gruppen zu. Die Überschüsse verteilen wir auf diese Gruppen in dem Maß, wie die Gruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben. Darüber hinaus bilden wir innerhalb dieser Gruppen Gewinnverbände. In einem Gewinnverband befinden sich alle Versicherungen, die in einem ähnlichen Umfang dazu beitragen, dass Überschüsse entstehen. Es kann auch vorkommen, dass innerhalb eines Gewinnverbandes keine Überschüsse entstehen. Welchem Gewinnverband die versicherten Risiken Ihres Vertrages angehören, können Sie dem \nearrow Versicherungsschein entnehmen.

Für jeden Gewinnverband legt der Vorstand unseres Unternehmens die genaue Höhe der Überschusssätze für ein Kalenderjahr fest. Wir veröffentlichen alle Überschusssätze im Anhang unseres Geschäftsberichts. Sie können den Geschäftsbericht gern bei uns anfordern.

30 Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen, bevor wir versicherte Leistungen erbringen?

30.1 Wie verwenden wir die Überschüsse bei Ihrem Vertrag?

Wir teilen Ihnen die Überschüsse zu, indem wir Ihre Beiträge herabsetzen (Beitragsreduktion, siehe 30.2). Ausnahme: Wenn Sie den Vertrag als Direktversicherung abschließen, erhöhen wir Ihre Leistungen (Bonus, siehe 30.3).

30.2 Wie schreiben wir Überschüsse in Form herabgesetzter Beiträge gut (Beitragsreduktion)?

Wir verwenden die Überschüsse, um Ihren Beitrag zu senken. Wir setzen jedes Jahr neu fest, um welchen Betrag sich Ihr Beitrag vermindert. Wir drücken die Höhe der Beitragsminderung in Prozent des \nearrow Tarifbeitrags aus. Wenn wir \nearrow Risikozuschläge vereinbart haben, vermindern sich diese nicht.

Wie stark sich Ihr Beitrag vermindert, garantieren wir nicht. Es

kann auch geschehen, dass der Beitrag sich in einem Jahr weniger vermindert, als im Jahr zuvor oder sich auch gar nicht vermindert. In diesen Fällen ist Ihr Beitrag im Folgejahr höher als im Jahr zuvor. Mehr als den \nearrow Tarifbeitrag zahlen Sie aber nicht. Es kann auch geschehen, dass der Beitrag sich in einem Jahr stärker vermindert, als im Jahr zuvor.

Das Ausmaß, in dem sich Ihr Beitrag vermindert, hängt bei der Berufsunfähigkeits-Rente auch davon ab, welchen Beruf Sie bei Vertragsbeginn ausgeübt haben.

Das erste Mal teilen wir die Überschüsse bei Vertragsbeginn zu, das letzte Mal, wenn Sie den letzten Beitrag zahlen.

30.3 Wie schreiben wir Überschüsse in Form erhöhter Leistungen gut (Bonus)?

30.3.1 Was ist der SofortBonus?

Den SofortBonus gewähren wir ab Vertragsbeginn. Wir verwenden die Überschüsse, um im \nearrow Versicherungsfall Ihre Berufsunfähigkeits-Rente zu erhöhen. Wir drücken die Erhöhung in Prozent der garantierten Rente aus.

Die Höhe des SofortBonus ist nicht garantiert und kann auch Null sein. Der SofortBonus kann auch im Folgejahr niedriger sein als im laufenden Jahr. Dies kann sich wie folgt auswirken: Im Folgejahr würden wir eine geringere Rente zahlen, wenn der \nearrow Versicherungsfall eintritt. Sie erhalten dann aber mindestens die garantierte Rente. Der SofortBonus kann im Folgejahr auch höher sein als im laufenden Jahr.

Wenn der \nearrow Versicherungsfall eintritt, zahlen wir die Rente zusammen mit dem SofortBonus, der bei Eintritt des \nearrow Versicherungsfalls gilt. Wir zahlen den SofortBonus solange, wie wir die Rente zahlen. Wir senken den SofortBonus nicht, während wir die Rente auszahlen.

Der SofortBonus kann unterschiedlich hoch sein, je nachdem, welchen Beruf die \nearrow versicherte Person bei Vertragsbeginn ausgeübt hat.

30.3.2 Wie können Sie Ihren Versicherungsschutz anpassen?

Wenn die gesamte Rente in einem Jahr sinkt, weil der SofortBonus gesunken ist, können Sie die Rente erhöhen. Sie müssen uns innerhalb von drei Monaten Ihren Wunsch mitteilen. Die Frist beginnt an dem Tag, an dem Sie die Information über die Senkung erhalten. Dann erhöhen wir Ihre garantierte Rente so, dass diese zusammen mit den Überschüssen die bisherige gesamte Rente erreicht. Ihr Beitrag steigt. Wir prüfen dabei nicht erneut die Gesundheit der \nearrow versicherten Person.

Damit Sie die Rente bei gesunkenem SofortBonus erhöhen können, muss eine Bedingung erfüllt sein: Es darf noch kein \nearrow Versicherungsfall eingetreten sein.

31 Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen, während wir Leistungen an Sie erbringen?

Wenn wir eine Berufsunfähigkeits-Rente zahlen, teilen wir Ihnen Überschüsse jährlich laufend zu. Wir teilen Ihnen die Überschüsse jeweils zu Beginn eines \nearrow Versicherungsjahres zu.

Das erste Mal teilen wir Ihnen Überschüsse zu, wenn wir mindestens für ein Jahr Leistungen gezahlt haben. Das letzte Mal teilen wir Ihnen die Überschüsse zum Beginn des letzten \nearrow Versicherungsjahres zu, in dem wir eine Leistung zahlen.

Die zugeteilten Überschüsse erhöhen die Berufsunfähigkeits-Rente. Wenn wir die Berufsunfähigkeits-Rente mit Überschüssen erhöht haben, ist diese bis zum Ende der Leistung garantiert. Den nächsten Überschuss berechnen wir auf die zuletzt gezahlte Rente.

32 Wann und wie können Sie die Leistungen unabhängig vom Gesundheitszustand der ∇ versicherten Person erhöhen (Nachversicherungsgarantie)?

Ob in Ihrem Vertrag die Nachversicherungsgarantie eingeschlossen ist, können Sie Ihrem ∇ Versicherungsschein entnehmen.

32.1 Bei welchen Anlässen können Sie erhöhen?

Wenn bei der ∇ versicherten Person bestimmte Anlässe eintreten, können Sie die Leistungen aus diesem Vertrag erhöhen. Dabei prüfen wir die Gesundheit der ∇ versicherten Person nicht. Bei folgenden Anlässen ist eine Erhöhung der Leistungen möglich:

Die ∇ versicherte Person

- heiratet oder begründet eine eingetragene Lebenspartnerschaft,
- lässt sich scheiden oder hebt eine eingetragene Lebenspartnerschaft auf,
- bekommt oder adoptiert ein minderjähriges Kind,
- nimmt ein Darlehen auf, um eine selbstgenutzte Immobilie im Wert von mindestens 50.000 EUR zu finanzieren,
- ist nicht mehr in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert oder
- erfährt einen Karrieresprung. Als Karrieresprung gilt, wenn die ∇ versicherte Person
 - nicht selbstständig ist: Das Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit hat sich um mindestens zehn Prozent im Vergleich zum letzten Kalenderjahr erhöht. Der Zeitpunkt des Karrieresprungs ist der 31.12. des Jahres, in dem sich das Bruttogehalt entsprechend erhöht hat,
 - freiberuflich oder selbstständig ist: Das Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit hat sich um mindestens 25 Prozent erhöht. Gemeint ist hierbei das Bruttoeinkommen der letzten zwei Kalenderjahre im Vergleich zu den beiden Kalenderjahren davor. Unter Bruttoeinkommen verstehen wir den Gewinn oder den Jahresüberschuss vor Steuern. Der Zeitpunkt des Karrieresprungs ist der 31.12. des zweiten der beiden Jahre, in denen sich das Bruttoeinkommen entsprechend erhöht hat,
- beginnt nach erfolgreichem Abschluss einer ∇ Ausbildung oder eines ∇ Studiums eine berufliche Tätigkeit. Die ∇ Ausbildung oder das ∇ Studium müssen dabei auf die berufliche Tätigkeit ausgerichtet gewesen sein.

Außerdem können Sie die Leistungen bei folgendem Anlass erhöhen: Der Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner der ∇ versicherten Person stirbt oder wird pflegebedürftig in der Pflegepflichtversicherung.

Zusätzlich können Sie die Leistungen ohne Anlass zu Beginn des sechsten und elften ∇ Versicherungsjahres erhöhen.

32.2 Welche Bedingungen müssen Sie für die Erhöhung beachten?

Um die Leistungen nach einem der genannten Anlässe zu erhöhen, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Der Anlass nach 32.1 muss während der ∇ Versicherungsdauer eingetreten sein.
- Sie müssen die Erhöhung der Leistung innerhalb von sechs Monaten beantragen, nachdem der Anlass eingetreten ist.

- Der letzte Anlass, zu dem Sie die Leistungen erhöht haben, muss mindestens zwölf Monate her sein.
- Die erhöhten Leistungen haben höchstens folgenden Umfang:
 - Die garantierte Berufsunfähigkeits-Rente darf nach der Erhöhung höchstens doppelt so hoch sein wie vor der Erhöhung.
 - Die gesamte Berufsunfähigkeits-Rente einschließlich Sofortbonus erhöhen wir höchstens auf 2.500 EUR monatlich.
 - Wenn mehrere Berufsunfähigkeits-Renten für die ∇ versicherte Person bestehen, gilt: Alle zusammen einschließlich dieser Erhöhung dürfen insgesamt höchstens 60 Prozent des Bruttoeinkommens betragen. Das müssen Sie uns nachweisen.
 - Wenn für die ∇ versicherte Person auch Erwerbsunfähigkeits-Renten bestehen, gilt: Die Erwerbsunfähigkeits-Renten dürfen zusammen mit allen Berufsunfähigkeits-Renten 90 Prozent des Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Das müssen Sie uns nachweisen.
- Sie müssen uns in Textform nachweisen, dass ein Anlass nach 32.1 eingetreten ist.

Wenn Sie die Leistungen ohne Anlass zu Beginn des sechsten oder elften ∇ Versicherungsjahres erhöhen möchten, gelten die Bedingungen a. bis d. entsprechend.

32.3 Wie berechnen wir die erhöhten Leistungen und Beiträge?

Wenn Sie die Leistungen zu den in 32.1 genannten Anlässen erhöhen, erhöhen sich damit auch die Beiträge.

Für den Teil der Leistungen und Beiträge, der über die bisherigen Leistungen und Beiträge hinausgeht, gilt:

- Wir richten für diesen Teil einen neuen Vertrag ein.
- Für diesen Vertrag gelten die Bedingungen, die am Tag der Erhöhung gültig sind.
- Einen Krankheitschutz (11) können Sie nicht einschließen.
- Wenn Sie die Basler Berufsunfähigkeitsversicherung Einsteiger mit uns vereinbart haben, gilt: Wir richten einen neuen Vertrag ein, bei dem keine Beitragserhöhung (siehe 22) nach fünf ∇ Versicherungsjahren erfolgt.

Wir berechnen die neuen Leistungen und Beiträge, indem wir Folgendes berücksichtigen:

- Das ∇ rechnungsmäßige Alter der ∇ versicherten Person am Tag der Erhöhung,
- die ∇ Rechnungsgrundlagen, die am Tag der Erhöhung gültig sind,
- das in Ihrem ∇ Versicherungsschein genannte Ende der ∇ Versicherungsdauer, ∇ Leistungsdauer und ∇ Beitragszahlungsdauer,
- die gegebenenfalls mit Ihnen getroffenen Vereinbarungen zum Risiko, zum Beispiel Risikoausschlüsse und
- den zum Zeitpunkt der Erhöhung ausgeübten Beruf der ∇ versicherten Person.

32.4 Wann beginnt die Erhöhung?

Die erhöhten Leistungen und Beiträge gelten ab dem folgenden Monat, nachdem wir Ihren Wunsch erhalten haben. Die Erhöhungen gelten zum ersten des Monats um 12.00 Uhr.

32.5 Wann endet die Möglichkeit zur Erhöhung?

In folgenden Fällen haben Sie keine Möglichkeit mehr, die Leistungen zu erhöhen:

- a. Ab dem 1. Versicherungsjahrestag, an dem die 1. versicherte Person das 1. rechnungsmäßige Alter von 50 Jahren erreicht hat,
- b. wenn für die 1. versicherte Person bereits aus irgendeiner privaten oder gesetzlichen Versicherung Leistungen für folgende Fälle beantragt worden sind: Berufsunfähigkeit, Pflege, Erwerbsunfähigkeit oder -minderung,
- c. die 1. versicherte Person schwerbehindert ist oder einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt hat,
- d. wenn Sie keine Beiträge zahlen,
- e. wenn Sie falsche oder unvollständige Angaben gemacht haben und wir zurücktreten, kündigen oder den Vertrag anpassen. Beachten Sie 3 und 4.

33 Welche Besonderheiten müssen Sie beachten, wenn Sie diesen Vertrag als Direktversicherung abschließen?

- a. Als Arbeitgeber müssen Sie uns die steuerliche Behandlung der Beiträge zu folgenden Terminen mitteilen:
 - Spätestens zwei Monate nach Ablauf des Kalenderjahres oder
 - innerhalb des Kalenderjahres, wenn das Arbeitsverhältnis mit der 1. versicherten Person beendet wurde.
- b. Wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (23), informieren wir den Arbeitnehmer hierüber. Dieser kann dann selbst die Beiträge innerhalb von zwei Monaten bezahlen.
- c. Sie müssen uns in 1. Textform mitteilen, wenn die 1. versicherte Person aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet.

Wir gehen dann wie bei einem Beitrags-Stopp (24) vor. Den Beitrags-Stopp nehmen wir zu folgendem Zeitpunkt vor: Zum nächsten Zahlungsabschnitt nach dem Ausscheiden, frühestens zum nächsten Zahlungsabschnitt, nachdem Ihre Mitteilung eingegangen ist. Sind keine Beiträge mehr fällig, erübrigt sich ein Beitrags-Stopp.

Wir übertragen den Vertrag auf die 1. versicherte Person als neuen 1. Versicherungsnehmer. Sie kann den Vertrag mit eigenen Beiträgen fortführen. Dies muss uns die 1. versicherte Person innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden in 1. Textform mitteilen. Die 1. versicherte Person kann den Vertrag auch auf einen neuen Arbeitgeber übertragen und die Vorteile einer Direktversicherung weiter nutzen.

34 Wann können wir die Beiträge oder Leistungen anpassen?

Unter folgenden Bedingungen können wir die Beiträge nach dem Versicherungsvertragsgesetz erhöhen:

- a. 1. Versicherungsfälle sind in höherem Umfang eingetreten als wir bei Vertragsbeginn angenommen haben. Dieser Zustand ist voraussichtlich dauerhaft und diese Entwicklung konnten wir bei Vertragsbeginn nicht vorhersehen.
- b. Der neu berechnete Beitrag muss angemessen sein. Außerdem muss der neue Beitrag erforderlich sein, um Folgendes sicherzustellen: Wir müssen in Zukunft alle Leistungen dauerhaft erfüllen können.
- c. Ein unabhängiger 1. Treuhänder muss prüfen und bestätigen, ob die zuvor genannten Bedingungen erfüllt sind. Der 1. Treuhänder muss auch die neue Berechnung des Beitrags prüfen und diese bestätigen. Der 1. Treuhänder überprüft die Bedingungen nicht, wenn die Aufsichtsbehörde die Beitragsanpassung genehmigen muss.

Unter folgender Bedingung dürfen wir die Beiträge nicht neu berechnen:

- Bei Vertragsbeginn oder einer späteren Neuberechnung haben wir die Beiträge zu niedrig berechnet und
- ein ordentlicher und gewissenhafter 1. Aktuar hätte dies zum Zeitpunkt der Berechnung erkennen müssen.

Wenn Sie wünschen, dass die Beiträge nicht steigen, können wir stattdessen auch die Leistung entsprechend senken. Wenn Sie keine Beiträge zahlen, senken wir automatisch die Leistung entsprechend.

Der neue Beitrag oder die gesenkte Leistung gelten ab folgendem Zeitpunkt: Zu Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Ihnen den neuen Beitrag oder die gesenkte Leistung mitgeteilt haben. In dieser Mitteilung müssen wir Ihnen auch die Gründe nennen, warum wir die Beiträge erhöht oder die Leistung gesenkt haben.

35 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

Wenn eine oder mehrere Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen unwirksam sind, bleiben die übrigen Bestimmungen dennoch wirksam.

35.1 Wie kann es geschehen, dass eine Bestimmung Ihrer Versicherungsbedingungen unwirksam wird?

Eine Bestimmung kann durch eine 1. höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen 1. bestandskräftigen Verwaltungsakt unwirksam werden. In diesem Fall können wir die unwirksame Bestimmung durch eine neue Bestimmung ersetzen. Wir dürfen dies allerdings nur unter folgenden Bedingungen:

- a. Wenn es notwendig ist, die alte durch die neue Bestimmung zu ersetzen, um den Vertrag fortzuführen, oder
- b. wenn es für Sie oder uns eine 1. unzumutbare Härte darstellen würde, wenn der Vertrag ohne neue Bestimmung bestehen bleibt. Wir müssen Ihre und unsere Interessen berücksichtigen.

35.2 Wann wird die neue Bestimmung wirksam?

Die neue Bestimmung ist nur wirksam, wenn die Bestimmung die Interessen aller unserer 1. Versicherungsnehmer berücksichtigt. Außerdem muss auch mit der neuen Bestimmung das Ziel Ihres Vertrags gewahrt bleiben. Die neue Bestimmung wird Bestandteil dieses Vertrags, sobald die beiden folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a. Wir haben Ihnen die neue Bestimmung mitgeteilt. Dabei müssen wir Ihnen auch die Gründe nennen, die für die Änderung maßgeblich waren.
- b. Sie müssen die Mitteilung zwei Wochen vorher erhalten haben.

36 Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift, Ihr Name oder Ihr steuerlicher Status ändert?

36.1 Was gilt, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert?

Wenn sich Ihre Anschrift ändert, müssen Sie uns dies 1. unverzüglich mitteilen. Tun Sie dies nicht, können Ihnen Nachteile entstehen: Wir können Ihnen 1. Erklärungen zum Vertrag mit eingeschriebenem Brief an Ihre letzte Anschrift senden. Drei

Tage danach gilt die ∇ Erklärung als bei Ihnen zugegangen – auch wenn Sie sie tatsächlich nicht erhalten haben. Dies gilt auch, wenn Sie Gewerbetreibender sind und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben. Dasselbe gilt, wenn Sie Ihren Namen ändern.

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren ständigen Aufenthalt in die USA verlegen, müssen Sie uns eine Person Ihres Vertrauens nennen. Sie müssen dann diese Vertrauens-Person bevollmächtigen, Mitteilungen von uns entgegenzunehmen. Diese Person muss ihren Wohnsitz in der Europäischen Union haben. Wir schicken grundsätzlich keine Post in die USA.

36.2 Was gilt, wenn sich Ihr steuerlicher Status ändert?

36.2.1 Was müssen Sie uns mitteilen?

Vor Eintritt des ∇ Versicherungsfalls müssen Sie uns ∇ unverzüglich Folgendes mitteilen und eine neue Selbstauskunft nach den gesetzlichen Bestimmungen abgeben:

- Sie verlegen Ihren steuerlichen Wohnsitz/Ihre steuerliche Ansässigkeit ins Ausland oder zurück nach Deutschland,
- Sie werden eine „US-Person“ oder aus anderen Gründen in den USA unbeschränkt steuerpflichtig. Oder Sie verlieren den Status als „US-Person“ oder sind aus anderen Gründen in den USA nicht mehr unbeschränkt steuerpflichtig.
- Auf eine beherrschende Person, die einen passiven Rechtsträger im Sinne der AIA- oder FATCA-Regulierung kontrolliert, trifft ein unter a. oder b. genannter Sachverhalt zu.
- Sie sind Rechtsträger und Ihr AIA- oder FATCA-Status ändert sich.

„US-Personen“ sind:

- US-Staatsbürger (einschließlich doppelter und mehrfacher Staatsangehörigkeit).
- Personen mit Wohnsitz in den USA.
- Personen, die sich ständig in den USA aufhalten dürfen (zum Beispiel Greencard).
- Personen, die sich längere Zeit in den USA aufgehalten haben. Was bedeutet längere Zeit?
 - Im laufenden Kalenderjahr mindestens 31 Tage und
 - im laufenden und in den beiden vorausgehenden Kalenderjahren insgesamt mehr als 183 Tage. Die Tage werden wie folgt gezählt: Tage des laufendes Kalenderjahres voll, Tage des letztens Kalenderjahres zu einem Drittel und Tage des vorletzten Kalenderjahres zu einem Sechstel.
- Gesellschaften, die ihren Sitz in den USA haben oder in den USA eingetragen sind.

„Beherrschende Personen“ meinen natürliche Personen, die einen passiven Rechtsträger beherrschen. Das sind insbesondere Inhaber von mindestens 25 Prozent der Anteile an dem passiven Rechtsträger.

Ein Rechtsträger ist zum Beispiel eine ∇ juristische Person, eine Personengesellschaft oder ein Einzelunternehmen. Passiv ist der Rechtsträger, wenn er im letzten Geschäftsjahr

- mehr als 50 Prozent der Bruttoeinkünfte aus passiven Einkünften (zum Beispiel Dividenden, Zinsen oder sonstige Kapitalerträge) erzielt hat oder
- mit mehr als 50 Prozent seiner Vermögenswerte passive Einkünfte erzielt hat.

AIA (Automatischer Informations-Austausch nach dem Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz) ist ein internationaler Standard, um grenzüberschreitend Steuerinformationen bei steuerlicher Ansässigkeit im Ausland auszutauschen.

FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) ist ein US-amerikanisches Steuergesetz. Hiervon sind US-Steuerpflichtige betroffen, die sich außerhalb der USA aufhalten.

36.2.2 Welche weiteren Mitwirkungspflichten haben Sie?

Zeigen sich nach Vertragsabschluss bei Ihnen oder einer beherrschenden Person, die einen passiven Rechtsträger im Sinne der AIA- oder FATCA-Regeln kontrolliert, Indizien

- einer Änderung des steuerlichen Wohnsitzes/der steuerlichen Ansässigkeit,
- einer US-Steuerpflicht oder
- einer Änderung des AIA-/FATCA-Status,

müssen wir dies näher abklären. Sie sind verpflichtet, daran mitzuwirken und weitere beteiligte Personen zur Mitwirkung anzuhalten. Sie sind insbesondere verpflichtet, unsere Fragen wahrheitsgetreu zu beantworten und eine neue Selbstauskunft nach den gesetzlichen Bestimmungen abzugeben.

36.2.3 Wann geben wir Daten an die Steuerbehörden weiter?

Wir können im gesetzlichen Rahmen Daten an deutsche oder ausländische Steuerbehörden weitergeben.

36.2.4 Nach Eintritt des ∇ Versicherungsfalls gelten die in 36.2.1 und 36.2.2 genannten Pflichten weiter.

37 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

37.1 Bei natürlichen Personen?

Wenn Sie eine ∇ natürliche Person sind, müssen wir Klagen gegen Sie beim zuständigen Gericht an Ihrem Wohnort erheben. Wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, ist das Gericht an dem Ort zuständig, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten.

Sie können eine Klage gegen uns bei folgenden zuständigen Gerichten erheben:

- An Ihrem Wohnort,
- an dem Ort, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben,
- an unserem Geschäftssitz oder
- am Ort unserer Niederlassung, in der Ihr Vertrag geführt wird.

37.2 Bei juristischen Personen?

Was geschieht, wenn unser Vertragspartner eine ∇ juristische Person ist? In diesem Fall müssen wir Klagen gegen diese juristische Person beim zuständigen Gericht an ihrem Geschäftssitz oder ihrer Niederlassung erheben.

Die juristische Person kann an folgenden Orten gegen uns Klage erheben:

- An ihrem Geschäftssitz oder ihrer Niederlassung,
- an unserem Geschäftssitz oder
- am Ort unserer Niederlassung, in der ihr Vertrag geführt wird.

37.3 Bei einem ausländischen Wohnsitz?

An welchem Ort ist Klage einzureichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland verlegen? In diesem Fall sind die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Geschäftssitz haben.

F Kündigung des Vertrags

38 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Sie können diesen Vertrag jederzeit zum nächsten Zahlungsabschnitt kündigen. Sie können nicht kündigen, wenn wir Leistungen erbringen. Sie müssen in ∇ Textform kündigen. Eine Kündigungsfrist gibt es nicht.

Den KrankheitenSchutz (11) können Sie auch allein kündigen.

39 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, gehen wir wie bei einem Beitrags-Stopp (24) vor. Dann zahlen Sie keine Beiträge mehr. Die Leistungen berechnen wir neu nach 24.4 wie bei einem Beitrags-Stopp.

Wenn Sie den KrankheitenSchutz allein kündigen, endet dieser, ohne dass wir etwas auszahlen.

Glossar

Welche Fachbegriffe verwenden wir?

Hier erläutern wir Ihnen die wesentlichen Inhalte der mit ∇ gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Versicherungsbedingungen verwenden.

Aktuar: Ein versicherungsmathematisch ausgebildeter Sachverständiger.

Arglistige Verletzung der Anzeigepflicht: Bedeutet, dass Sie oder die versicherte Person uns ∇ vorsätzlich täuschen. Sie beabsichtigen damit, dass wir uns irren und deshalb möglicherweise eine andere Entscheidung über den Vertragsabschluss treffen, als ohne die Täuschung.

Ausbildung: Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder Laufbahnausbildung für Beamte.

Beitragszahlungsdauer: Der Zeitraum, in dem Sie die Pflicht haben, Beiträge zu zahlen.

Begünstigter: Eine Person, für die Sie im Vertrag vorgesehen haben, die Leistungen im ∇ Versicherungsfall zu erhalten. Das können Sie selbst oder eine andere Person sein. Im Gesetz nennt man den Begünstigten „Bezugsberechtigten“.

Bestandskräftiger Verwaltungsakt: Ein Bescheid, gegen den der Betroffene nicht mehr mit rechtlichen Mitteln anfechten kann. Zum Beispiel ein Bescheid der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörde.

Deckungskapital: Es berechnet sich aus dem Unterschiedsbetrag zwischen

- den zukünftig von uns zu erbringenden Versicherungsleistungen sowie den aufzuwendenden Kosten und
- den zukünftig von Ihnen zu zahlenden Beiträgen für diesen Vertrag. Diesen Betrag berechnen wir für jedes Jahr. Die zukünftigen Verpflichtungen, Kosten und Beiträge berechnen wir wie folgt: Nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den ∇ Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation.

Erklärungen: Haben einen rechtlichen Charakter, zum Beispiel Anfechtungen, Kündigungen.

Fahrlässig: Sie handeln fahrlässig, wenn Sie die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt nicht beachten.

Grob fahrlässig: Sie handeln grob fahrlässig, wenn Sie die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maß nicht beachten. Sie stellen schon einfachste, ganz naheliegende Überlegungen nicht an. Sie beachten in der gegebenen Situation nicht, was jedem einleuchten muss.

Höchstrichterliche Entscheidung: Ein Urteil oder ein Beschluss eines Bundesgerichts, zum Beispiel ein Urteil des Bundesgerichtshofs oder des Bundesverwaltungsgerichts.

Juristische Person: Zum Beispiel eine Aktiengesellschaft (AG), eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder ein Verein.

Leistungsdauer: Der Zeitraum, bis zu dessen Ende wir unsere Leistung längstens erbringen.

Natürliche Person: Eine „natürliche Person“ ist ein Mensch. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei einer ∇ „juristischen Person“ zum Beispiel um Kapitalgesellschaften.

Rechnungsgrundlagen: Sie dienen dazu, die Beiträge und die Leistungen zu berechnen. Sie bestehen aus drei Punkten: a) aus den Annahmen zu den Wahrscheinlichkeiten der versicherten Risiken, zum Beispiel: Wie wahrscheinlich ist es, in einem bestimmten Alter berufsunfähig zu werden?, b) den Kosten, um den Betrieb der Versicherung und die Vermittlung des Vertrags zu bezahlen und c) dem ∇ Rechnungszins.

Rechnungszins: Der Zinssatz, mit dem wir die Beiträge und Leistungen berechnen. Er ist gesetzlich begrenzt.

Rechnungsmäßiges Alter: Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist der Unterschied zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr. Beispiel: Geboren im Jahr 1973, Beginn des Vertrags im Jahr 2014: das rechnungsmäßige Alter ist $2014 - 1973 = 41$ Jahre.

Risikozuschlag: Ein Aufschlag auf den Beitrag. Diesen verlangen wir,

- wenn der Gesundheitszustand der ∇ versicherten Person schlechter ist als bei den ∇ Rechnungsgrundlagen angenommen oder
- die versicherte Person ein sonstiges risikoe erhöhendes Merkmal aufweist, zum Beispiel eine gefährliche Sportart betreibt.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB): Rückstellung, aus der wir die Überschüsse zuteilen. Unsere Erträge führen wir zunächst der RfB zu. Zu diesem Zeitpunkt sind die Erträge noch nicht den Verträgen gutgeschrieben. Die RfB dient als Puffer, um schwankende Erträge auszugleichen. Erst wenn wir aus der RfB die Überschüsse zuteilen, gehören sie unseren ∇ Versicherungsnehmern.

Schriftlich: Zum Beispiel per eigenhändig unterschriebenem Brief.

Schriftliche Annahmeerklärung: Ein Schreiben von uns an Sie, mit dem wir Ihren Antrag auf Abschluss der Versicherung annehmen.

Sicherheitskapital: Das gesamte von unseren \rightarrow Versicherungsnehmern eingebrachte und verzinst Vermögen nach Abzug der Kosten.

Sterbe- und Wahrscheinlichkeitstafeln: Unsere Annahmen über die Sterblichkeit und den Eintritt anderer Risiken, zum Beispiel Berufsunfähigkeit.

Studium: Gemeint ist ein Studium an einer staatlich anerkannten Hochschule, Fachhochschule oder Berufsakademie.

Tarifbeitrag: Der Beitrag für Ihren Versicherungsschutz. Der tatsächlich zu zahlende Beitrag kann sich durch Überschüsse vermindern.

Textform: Zum Beispiel eine E-Mail. Es ist keine eigenhändige Unterschrift erforderlich.

Treuhänder: Eine zuverlässige und vom Versicherungsunternehmen unabhängige Person mit Spezialkenntnissen. Sie prüft Sachverhalte und schlägt Entscheidungen vor.

Unverschuldet: Bedeutet, dass Sie weder \rightarrow vorsätzlich noch \rightarrow fahrlässig gehandelt haben.

Unverzüglich: Bedeutet nicht unbedingt sofort, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“ beziehungsweise so schnell wie eben möglich.

Unzumutbare Härte: Bedeutet, dass es für Sie oder uns untragbar ist, am Vertrag weiter festzuhalten.

Versicherte Person: Die Person, die wir im Hinblick auf die Risiken Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und gegebenenfalls schwere Krankheiten versichern. Die versicherte Person kann jemand anderes sein als der \rightarrow Versicherungsnehmer.

Versicherungsfall: Wenn ein Umstand eintritt, der eine vertraglich geschuldete Leistung durch uns auslöst. Zum Beispiel: Die \rightarrow versicherte Person wird berufsunfähig.

Versicherungsdauer: Wenn innerhalb dieses Zeitraums der \rightarrow Versicherungsfall eintritt, erbringen wir unsere Leistung.

Versicherungsjahr / Versicherungsjahrestag: Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Beginn der Versicherung und dauert dann 12 Monate. Alle folgenden Versicherungsjahre beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beispiel: Beginn der Versicherung ist der 1.2., dann endet das Versicherungsjahr am 1.2. des folgenden Jahres. Den 1.2. nennen wir auch Versicherungsjahrestag.

Versicherungsnehmer: Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Er schließt den Vertrag ab und erhält den \rightarrow Versicherungsschein.

Versicherungsschein: Eine Urkunde über unseren Versicherungsvertrag. Zu Beginn des Vertrags schicken wir Ihnen den Versicherungsschein. Er enthält wichtige Daten zu Ihrer Versicherung, zum Beispiel das versicherte Risiko, den Beginn und die Dauer der Versicherung. Heben Sie Ihren Versicherungsschein gut auf.

Vertragsdauer: Das ist der Zeitraum, in dem unser Vertrag besteht. Die Vertragsdauer ist etwas anderes als die \rightarrow Versicherungsdauer, beide Zeiträume können aber übereinstimmen.

Vorsätzlich: Vorsätzlich handelt, wer ein bestimmtes Ergebnis will, und

- entweder den Eintritt eines Ergebnisses für sicher hält oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für möglich hält und ihn bewusst in Kauf nimmt.

Weiterführende Schulen: Schulen, die den Hauptschulabschluss, die mittlere Reife oder die Hochschulreife ermöglichen.

Widerrechtlich: Zum Beispiel gegen Gesetze, Verordnungen oder Verträge verstoßend.

Gebührentabelle für konventionelle Renten-, Pflege-, Risiko- und Berufsunfähigkeitsversicherungen

Die folgenden Gebühren werden entweder mit der Deckungsrückstellung oder bei der Zuteilung künftiger Überschussanteile mit diesen verrechnet oder zusammen mit der Beitragszahlung fällig.

▶ Ausstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein	30 EUR
▶ Durchführung von Vertragsänderungen (mit Ausnahme von vollständiger Beitragsfreistellung und vollständiger Kündigung)	30 EUR pro Vertragsänderung
▶ Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen (sofern diese vertraglich nicht ausgeschlossen sind)	30 EUR pro Bearbeitungsvorgang
▶ Bearbeitung von Weiterabtretungen (Weiterzession, sofern diese vertraglich nicht ausgeschlossen ist)	50 EUR pro Weiterabtretung
▶ Individuelle Werteanfragen zusätzlich zur regelmäßigen Information	0 EUR
▶ Neuaufteilung der Anlagebeiträge (Anlagesplitting) oder Fondswechsel (Umschichtung) bei einem Geldwert der Fondsanteile von <u>weniger</u> als 1.000 EUR	30 EUR pro Änderung
▶ Neuaufteilung der Anlagebeiträge (Anlagesplitting) oder Fondswechsel (Umschichtung) bei einem Geldwert der Fondsanteile von <u>mindestens</u> 1.000 EUR	Bis zu 12 Änderungen pro Kalenderjahr sind gebührenfrei, dann 30 EUR für jede weitere Änderung
▶ Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren, diese Gebühr dient auch der Verrechnung der uns von Ihrem Kreditinstitut in Rechnung gestellten Kosten	7,50 EUR
▶ Mahnverfahren bei Beitragsrückständen	5 EUR pro Mahnung

Wir weisen darauf hin, dass nicht alle Gebührenarten auf die jeweilige Versicherung zutreffen müssen.

Wir behalten uns vor, die in der Gebührentabelle genannten Gebühren bzw. die Anzahl der gebührenfreien Vorgänge in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. in angemessener Höhe neu festzulegen. Über Änderungen werden wir Sie informieren.

Allgemeine Informationen zu Ihrer Lebensversicherung

1 Wer ist Ihr Vertragspartner?

Basler Lebensversicherungs-AG
Ludwig-Erhard-Straße 22
20459 Hamburg

Telefon: 040 3599-7711
Telefax: 040 3599-3636
E-Mail: kunde@basler.de
Internet: www.basler.de

Sitz: Hamburg
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer: DE 276021973
Registergericht: Amtsgericht Hamburg HRB 4659

2 Was ist unsere Hauptgeschäftstätigkeit?

Wir bieten hauptsächlich Versicherungsprodukte für die Risikoabsicherung und Altersversorgung an.

Hierzu gehören

- klassische Lebens- und Rentenversicherungen,
- fondsgebundene Lebens- und Rentenversicherungen,
- Risikoversicherungen,
- Berufsunfähigkeitsversicherungen und
- Pflege-Rentenversicherungen.

3 Wie sind Ihre Ansprüche über eine Sicherheitseinrichtung abgesichert?

Die Basler Lebensversicherungs-AG gehört dem gesetzlichen Sicherungsfonds an.

Dieser schützt die Ansprüche

- von Ihnen,
- der versicherten Personen,
- der Bezugsberechtigten und
- sonstiger aus dem Vertrag begünstigter Personen.

Die Aufgaben und Befugnisse des gesetzlichen Sicherungsfonds für die Lebensversicherer wurden übertragen auf:

Protektor Lebensversicherungs-AG
Wilhelmstraße 43 G
10117 Berlin
Internet: www.protektor-ag.de

4 Wie kommt Ihr Vertrag zustande?

Ihr Vertrag kommt zustande, wenn

- Sie einen Antrag bei uns stellen und
- wir diesen durch Versand eines Versicherungsscheines oder eine schriftliche Annahmeerklärung annehmen.

Es gibt keine vereinbarte Frist, bis zu deren Ablauf Sie an Ihren Antrag gebunden sind.

5 Welches Recht und welche Vertragssprache wenden wir an?

Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Die Versicherungsbedingungen und alle weiteren Informationen erhalten Sie in deutscher Sprache. Auch während der Vertragslaufzeit verständigen wir uns mit Ihnen in Deutsch.

6 Wo können Sie sich beschweren? Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?

Ihr Vermittler und die Mitarbeiter der Basler Versicherungen beraten Sie umfassend und kompetent.

Sollten Sie dennoch einmal unzufrieden sein, haben Sie folgende Möglichkeiten:

- a. Rufen Sie unseren Kundenservice an:
Telefon: 040 3599-7711
- b. Schreiben Sie uns:
Basler Lebensversicherungs-AG
22797 Hamburg
E-Mail: kunde@basler.de
- c. Darüber hinaus können Sie sich auch an diese außergerichtliche Schlichtungsstelle für Verbraucher wenden:
Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Wir sind Mitglied beim Versicherungsombudsmann e.V. Wenn Sie sich an diese Schlichtungsstelle wenden, beteiligen wir uns an dem Verfahren. Außerdem erkennen wir eine Entscheidung des Versicherungsombudsmann e.V. an.

- d. Sie können sich auch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Unabhängig von einer Beschwerde können Sie den Rechtsweg beschreiten.

7 Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können Ihren Vertrag jederzeit kündigen. Ihre Kündigung wird dann zum nächsten Zahlungsabschnitt wirksam. Wenn Sie keine Beiträge mehr zahlen, wird Ihre Kündigung zum nächsten Monatsersten wirksam.

Zu den Folgen einer Kündigung lesen Sie bitte die Versicherungsbedingungen.

Steuerregelungen für Berufsunfähigkeitsversicherungen, Pflegeversicherungen und Risikoversicherungen

Die nachfolgenden Informationen bieten Ihnen eine allgemeine steuerliche Übersicht und beruhen auf den am 01.01.2015 geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Sie können eine individuelle steuerliche Beratung nicht ersetzen.

1 Wie werden die Beiträge steuerlich behandelt?

Die Beiträge für Berufsunfähigkeits-, Pflege- und Risikoversicherungen sind Vorsorgeaufwendungen. Diese Vorsorgeaufwendungen können nach § 10 Abs. 1 Nr. 3a Einkommensteuergesetz (EStG) steuerlich geltend gemacht werden.

Für diese und weitere Vorsorgeaufwendungen gibt es einen Höchstbetrag von insgesamt 2.800 EUR jährlich. Zu den weiteren Vorsorgeaufwendungen gehören zum Beispiel Beiträge zur Kranken- und gesetzlichen Pflegeversicherung.

Der Höchstbetrag reduziert sich auf 1.900 EUR, wenn

- der Steuerpflichtige einen Anspruch auf Erstattung oder Übernahme von Krankheitskosten hat (zum Beispiel Beihilfe) oder
- für dessen Krankenversicherung Leistungen vom Arbeitgeber erbracht werden (zum Beispiel Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung).

Bei einer Zusammenveranlagung werden die jeweiligen Höchstbeträge addiert.

Die Beiträge zur Berufsunfähigkeits-, Pflege- oder Risikoversicherung können in folgendem Fall steuerlich nicht berücksichtigt werden: Bereits die abzugsfähigen Beiträge zur Kranken- und gesetzlichen Pflegeversicherung übersteigen die Höchstbeträge.

2 Wie werden die Leistungen steuerlich behandelt?

2.1 Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung

Berufsunfähigkeitsrenten unterliegen mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer. Die Höhe des Ertragsanteils ergibt sich aus

- der voraussichtlichen Laufzeit der Rente und
- dem Alter zum Rentenbeginn.

Einmalige Kapitalleistungen aus Berufsunfähigkeitsversicherungen sind einkommensteuerfrei.

2.2 Leistungen aus einer Pflegeversicherung

Leistungen aus Pflegeversicherungen an den Pflegebedürftigen sind nach § 3 Abs. 1a EStG einkommensteuerfrei.

Einmalige Kapitalleistungen aus Pflegeversicherungen auf den Todesfall sind einkommensteuerfrei.

2.3 Leistungen aus einer Risikoversicherung

Einmalige Kapitalleistungen aus Risikoversicherungen auf den Todesfall sind einkommensteuerfrei.

3 Wann fällt Erbschaft- oder Schenkungsteuer an?

Wenn nicht der Versicherungsnehmer, sondern eine andere Person eine Versicherungsleistung erhält, kann Erbschaft- oder Schenkungsteuer anfallen. Durch hohe Freibeträge muss in vielen Fällen jedoch keine Steuer gezahlt werden.

4 Welche Mitteilungspflichten und Besonderheiten gelten bei einer Steuerpflicht?

Wenn Sie oder eine andere am Vertrag beteiligte Person in Deutschland, den USA oder einem anderen Land steuerpflichtig sind, gilt: Diese Person muss die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag möglicherweise gegenüber den deutschen oder ausländischen Behörden deklarieren.

Bitte beachten Sie: Wir können im gesetzlichen Rahmen Daten an deutsche oder ausländische Steuerbehörden weitergeben.

Steuer- und sozialversicherungsrechtliche Regelungen zur Direktversicherung

Die nachfolgenden Informationen bieten Ihnen eine allgemeine Übersicht und beruhen auf den am 01.01.2015 geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Sie können eine individuelle steuerliche Beratung nicht ersetzen.

1 Was ist eine Direktversicherung?

Die Direktversicherung ist eine Form der betrieblichen Altersversorgung. Dazu schließt der Arbeitgeber für seinen Arbeitnehmer eine Rentenversicherung ab. Der Arbeitnehmer oder seine Hinterbliebenen sind für die Versicherungsleistungen bezugsberechtigt.

Der Arbeitgeber kann laufende Beiträge oder einen einmaligen Beitrag zahlen. Die Beiträge können

- vom Arbeitgeber allein,
- vom Arbeitnehmer über eine Entgeltumwandlung oder
- von beiden (Mischfinanzierung) finanziert werden.

2 Wie werden die Beiträge steuerlich behandelt?

2.1 Beim Arbeitgeber

Der Arbeitgeber kann die Beiträge zur Direktversicherung als Betriebsausgaben abziehen.

Die Beiträge sind umsatzsteuerfrei.

Die Ansprüche aus der Direktversicherung sind in der Regel nicht zu aktivieren und gehören nicht zum Betriebsvermögen.

2.2 Beim Arbeitnehmer

Die Beiträge zur Direktversicherung werden grundsätzlich wie Arbeitslohn behandelt. Da eine Direktversicherung jedoch der Altersversorgung dient, werden die Beiträge nach § 3 Nr. 63 Einkommensteuergesetz (EStG) steuerlich gefördert.

Folgende Beiträge können je Kalenderjahr pro Arbeitnehmer steuerfrei in eine Direktversicherung eingezahlt werden:

- 4 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung.
- Zusätzlich 1.800 EUR, sofern keine Beiträge zu einer bereits vor 2005 bestehenden betrieblichen Altersversorgung pauschal versteuert werden (nach der am 31.12.2004 geltenden Fassung des § 40b EStG).

Folgende Voraussetzungen gelten für die steuerliche Förderung:

- Der Arbeitnehmer ist in einem ersten Dienstverhältnis beschäftigt (nicht Steuerklasse VI).
- Die Direktversicherung sieht grundsätzlich einen Rentenbeginn frühestens zum 62. Lebensjahr vor.
- Für die nach § 3 Nr. 63 EStG geförderten Beiträge kann nicht gleichzeitig eine Förderung nach §§ 10a, 79 ff. EStG („Riester-Rente“) in Anspruch genommen werden.

Wenn Sie frühzeitig das Kapitalwahlrecht ausüben, werden künftige Beiträge nicht mehr steuerlich gefördert.

Wenn das Arbeitsverhältnis endet, kann aus diesem Anlass folgender einmaliger Beitrag in eine Direktversicherung eingezahlt werden:

- 1.800 EUR vervielfältigt mit der Anzahl der Kalenderjahre, in denen das Arbeitsverhältnis bestanden hat,
- vermindert um steuerfreie Beiträge, die der Arbeitgeber
 - in dem Kalenderjahr, in dem das Arbeitsverhältnis beendet wird, und
 - in den sechs vorangegangenen Kalenderjahren erbracht hat.

Kalenderjahre vor 2005 werden dabei jeweils nicht berücksichtigt.

3 Wie werden die Beiträge in der Sozialversicherung behandelt?

Die steuerlich geförderten Beiträge sind bis zu 4 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung sozialversicherungsfrei. Dies regelt § 1 Abs. 1 Nr. 9 der Sozialversicherungsentgeltverordnung (SvEV).

Der zusätzliche Förderbetrag von 1.800 EUR ist generell sozialversicherungspflichtig.

Geringere Beiträge zur Sozialversicherung können zu reduzierten Ansprüchen führen.

4 Wie werden die Leistungen steuerlich behandelt?

Die Leistungen müssen vom Versorgungsberechtigten voll versteuert werden („Sonstige Einkünfte“ gemäß § 22 Nr. 5 EStG). Dies gilt, soweit sie auf steuerfreien Beiträgen nach § 3 Nr. 63 EStG beruhen.

Folgende Beträge können die zu versteuernden Einkünfte mindern:

- Werbungskostenpauschbetrag (§ 9a Nr. 3 EStG),
- Sonderausgabenpauschbetrag (§ 10c EStG) und
- Altersentlastungsbetrag (§ 24a EStG).

5 Wie werden die Leistungen in der Sozialversicherung behandelt?

Auf die Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung müssen die Mitglieder gesetzlicher Krankenversicherungen die vollen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge zahlen.

6 Welche Mitteilungspflichten und Besonderheiten gelten bei einer Steuerpflicht?

Wenn Sie oder eine andere am Vertrag beteiligte Person in Deutschland, den USA oder einem anderen Land steuerpflichtig sind, gilt: Diese Person muss die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag möglicherweise gegenüber den deutschen oder ausländischen Behörden deklarieren.

Bitte beachten Sie: Wir können im gesetzlichen Rahmen Daten an deutsche oder ausländische Steuerbehörden weitergeben.

Verbraucherinformation zur betrieblichen Altersversorgung

- Welche Risiken bestehen bei dem Altersversorgungssystem?
- Wie ist die Lage der Basler Lebensversicherungs-AG?

1 Welche Risiken bestehen bei dem Altersversorgungssystem?

Mit Ihrer betrieblichen Altersversorgung über eine Direktversicherung haben Sie sich für eine sichere und rentable Vorsorge entschieden. Durch eine vorsichtige Kalkulation und eine umsichtige Kapitalanlage minimieren wir mögliche Risiken. Das führt in der Regel zu Überschüssen, an denen wir Sie beteiligen.

1.1 Welche versicherungstechnischen Risiken gibt es?

In der Lebensversicherung bestehen insbesondere folgende versicherungstechnischen Risiken:

- Die versicherten Risiken treten in höherem Umfang ein, als wir in die Beiträge eingerechnet haben.
- Wir erzielen weniger Erträge aus Kapitalanlagen, als wir für den Garantiezins benötigen.
- Die Kosten entwickeln sich ungünstiger, als wir in die Beiträge einkalkuliert haben.
- Es werden mehr Verträge vorzeitig beendet, als wir angenommen haben.

Es gehört jedoch zu unserer Kernkompetenz, dass wir diese Risiken beherrschen. Um die versicherungstypischen Risiken zu reduzieren, prüfen wir Versicherungsanträge sorgfältig. Außerdem sichern wir Verträge zum Teil bei einem Rückversicherer ab.

Bei einer Rentenversicherung ist das Langlebkeitsrisiko von besonderer Bedeutung. Wenn es neue Erkenntnisse über die Lebenserwartung gibt, kann Folgendes erforderlich werden: Wir müssen zusätzliche Beträge der Deckungsrückstellung zuführen.

1.2 Welche Kapitalmarktrisiken gibt es?

Kapitalmarktrisiken bestehen vor allem darin, dass sich die Kapitalmarktzinsen und Aktienkurse verändern. Diese Risiken reduzieren wir, indem wir die Kapitalanlagen breit streuen und in unterschiedlichen Vermögenswerten investieren. Dabei achten wir darauf, dass die Kapitalanlage rentabel ist. Es bestehen keine wesentlichen Kredit- oder Währungsrisiken.

Bei einer fondsgebundenen Rentenversicherung werden Teile Ihres Beitrages in Fonds angelegt. Sie haben die Chance, dass Ihr Vertragsvermögen wächst, wenn die Kurse steigen. Sie tragen aber auch das Risiko, wenn die Kurse fallen und dadurch Ihr Vertragsvermögen sinkt. Beachten Sie hierzu bitte die Fondsinformationen.

2 Wie ist die Lage der Basler Lebensversicherungs-AG?

2.1 Wie hat sich das Neugeschäft entwickelt?

Die Basler Lebensversicherungs-AG verzeichnete ein rückläufiges Neugeschäft im Jahr 2014. Das eingelöste Neugeschäft betrug nach laufendem Beitrag 20,5 Mio. EUR (Vorjahr: 25,4 Mio. EUR) und gegen Einmalbeitrag 35,8 Mio. EUR (Vorjahr: 37,9 Mio. EUR).

Der Anteil der fondsgebundenen Versicherungen am eingelösten Neugeschäft betrug nach laufendem Beitrag 66,8%.

2.2 Wie hat sich der Bestand entwickelt?

Zum Jahresende 2014 hatte die Basler Lebensversicherungs-AG 755.790 Verträge (Vorjahr: 790.693 Verträge) im Bestand.

Der Gesamtbestand nach laufendem Beitrag betrug 479,1 Mio. EUR (Vorjahr: 498,1 Mio. EUR). Grund für den Rückgang gegenüber dem Vorjahr ist, dass das rückläufige Neugeschäft den derzeit weiterhin hohen Abgang an Verträgen nicht ausgleichen kann.

Der Bestand an fondsgebundenen Versicherungen nach laufendem Beitrag fiel um 2,7%.

Bei den Einzel-Rentenversicherungen (einschließlich Berufsunfähigkeits- und Pflegerentenversicherungen) sank der Bestand leicht um 1,2%.

Eine weiterhin erfreuliche Entwicklung zeigen dagegen die Bestände an selbständigen Berufsunfähigkeits- bzw. Pflegerentenversicherungen, die in 2014 nach laufendem Beitrag um 27,3% bzw. 8,9% stiegen.

Der Bestand an Risikotodesfallversicherungen nach laufendem Beitrag fiel um 2,4%. Der Bestand bei den Einzel-Kapitalversicherungen nach laufendem Beitrag fiel um 7,7% infolge des eingestellten Neugeschäfts bei gleichzeitig gestiegenen Abläufen.

2.3 Wie haben sich die Kapitalanlagen und die Kapitalerträge entwickelt?

Der Bestand an Kapitalanlagen für das konventionelle Versicherungsgeschäft stieg in 2014 von 6.838,6 Mio. EUR auf 6.946,9 Mio. EUR. Wir investieren überwiegend in festverzinsliche Kapitalanlagen.

Die Nettoverzinsung in 2014 betrug 5,1% (Vorjahr: 4,1%). Die durchschnittliche Nettoverzinsung der Jahre 2012 bis 2014 belief sich auf 4,9%. 2014 sind die gesamten Bewertungsreserven von 652,4 Mio. EUR bzw. 9,5% der Kapitalanlagen auf 1.233,9 Mio. EUR bzw. 17,9% der Kapitalanlagen gestiegen.

Die Kapitalanlage erfolgt ohne spezielle Berücksichtigung ethischer, sozialer und ökologischer Belange.

Der Bestand an Kapitalanlagen für Rechnung und Risiko von Inhabern von Versicherungspolice im fondsgebundenen Geschäft stieg im gleichen Zeitraum von 1.324,8 Mio. EUR um 12,1% auf 1.484,5 Mio. EUR.

2.4 Wie hoch sind die Abschluss- und Verwaltungskosten?

In 2014 betrug die Abschlusskostenquote 6,0% der Beitragssumme des Neugeschäftes (Vorjahr 5,9%). Die Verwaltungskostenquote betrug 2,8% (Vorjahr 3,1%).

2.5 Wünschen Sie weitere Informationen?

Auf Wunsch können Sie bei uns den aktuellen Geschäftsbericht oder weitere Informationen anfordern.

Ihr kompetenter Ansprechpartner



Basler Lebensversicherungs-AG
Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg

Telefon 0 40/35 99-77 11
Montag bis Freitag von 8.00 bis 18.00 Uhr

Wir machen Sie sicherer.
www.basler.de