

# Versicherungsbedingungen und Informationen für Basler Beruf + Pflege Aktiv

Nummer für die Empfangsbestätigung im Antrag:

BAL 1332 10.13



## Inhaltsverzeichnis

		Seite
▶ Basler Beruf + Pflege Aktiv		
Übersicht	BAL 8302 10.13	4
Allgemeine Versicherungsbedingungen für Basler Beruf + Pflege Aktiv	BAL 8287 10.13	5
Gebührentabelle für konventionelle Versicherungen	BAL 8118 01.13	28
Allgemeine Informationen zu Ihrer Lebensversicherung	BAL 8119 01.13	29
Allgemeine Steuerregelungen für Pflege-, Risiko- und Berufsunfähigkeitsversicherungen	BAL 8122 10.13	30

*Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,*

*willkommen in der Basler Sicherheitswelt. Vielen Dank für Ihr Vertrauen, das Sie uns durch den Abschluss der Basler Beruf + Pflege entgegenbringen.*

*Sie sind als Versicherungsnehmer unser Vertragspartner. Wir möchten Sie von Beginn an umfassend über Ihren Versicherungsschutz informieren. Die nachfolgenden Bedingungen bilden die Grundlage unseres Vertrages. Bitte heben Sie diese sorgfältig auf!*

*Die Versicherungsbedingungen und Informationen gliedern sich in:*

- Allgemeine Versicherungsbedingungen*
- Gebührentabelle*
- Allgemeine Informationen zu Ihrer Lebensversicherung*
- Allgemeine Steuerregelungen*

*Für Fragen steht Ihnen Ihr persönlicher Berater immer gerne zur Verfügung.*

*Mit freundlichen Grüßen*  
*Basler Lebensversicherungs-AG*

## Allgemeine Versicherungsbedingungen Basler Beruf + Pflege Aktiv

### A Vertragsschluss

- 1 Wer ist Ihr Vertragspartner? Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- 2 Was sind die wesentlichen Merkmale Ihrer Basler Beruf + Pflege Aktiv?
- 3 Was müssen Sie beachten, wenn Sie den Antrag stellen?
- 4 Welche Folgen hat es, wenn Sie uns Angaben verschweigen?
- 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 Wie sind Sie abgesichert, wenn die versicherte Person pflegebedürftig wird?
- 9 Optional: Was leisten wir, wenn Sie den PflegeSchutz vereinbart haben?
- 10 Optional: Was leisten wir, wenn Sie den KrankheitenSchutz vereinbart haben?
- 11 Wann gilt die versicherte Person als berufsunfähig?
- 12 Wann gilt die versicherte Person als pflegebedürftig?
- 13 Wann gilt die versicherte Person als schwer erkrankt?
- 14 In welchen Fällen zahlen wir keine Leistungen aus?

### C Auszahlung der Leistungen

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

### D Beitragszahlung und Kosten

- 20 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?
- 21 Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?
- 22 Welche Möglichkeiten haben Sie, wenn Sie Ihre Beiträge senken oder stoppen möchten?
- 23 Wie können Sie die Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?
- 24 Welche Kosten sind in Ihren Beiträgen enthalten?
- 25 Welche Kosten können wir zusätzlich erheben?

### E Sonstige Regelungen während der Vertragsdauer

- 26 Welche Rechnungsgrundlagen verwenden wir?
- 27 Welche Überschüsse können während der Vertragsdauer zu Ihren Leistungen hinzukommen?

- 28 **Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen, bevor wir versicherte Leistungen erbringen?**
- 29 **Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen, während wir Leistungen an Sie erbringen?**
- 30 **Wann und wie können Sie die Leistungen unabhängig vom Gesundheitszustand der versicherten Person erhöhen, umtauschen oder verlängern?**
- 31 **Wann können wir die Beiträge oder Leistungen anpassen?**
- 32 **Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?**
- 33 **Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift, Ihr Name oder Ihr steuerlicher Status ändert?**
- 34 **Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?**

## **F Kündigung des Vertrags**

- 35 **Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?**
- 36 **Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?**

## **Glossar**

## A Vertragsschluss

### 1 Wer ist Ihr Vertragspartner? Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

**1.1** Wir sind die Basler Lebensversicherungs-AG, eine Lebensversicherungsgesellschaft mit Sitz in Hamburg. Sie werden unser Vertragspartner, der so genannte  $\nabla$ Versicherungsnehmer.

**1.2** Unser Vertrag kommt wie folgt zustande: Zuerst füllen Sie unser Antragsformular auf Abschluss der Basler Beruf + Pflege Aktiv 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  $\nabla$ schriftliche Annahmeerklärung oder
- den  $\nabla$ Versicherungsschein.

Der Versicherungsschutz besteht frühestens ab diesem Zeitpunkt. Wenn im  $\nabla$ 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 Ihrer Basler Beruf + Pflege Aktiv?

Ihr Vertrag ist eine Versicherung, die folgende Leistungen erbringt:

- Eine Berufsunfähigkeits-Rente, wenn die  $\nabla$ versicherte Person berufsunfähig wird,
- eine Berufsunfähigkeits-Rente, solange die  $\nabla$ versicherte Person pflegebedürftig ist, wenn die  $\nabla$ versicherte Person zum Ende der  $\nabla$ Leistungsdauer eine Berufsunfähigkeits-Rente erhält und außerdem pflegebedürftig ist,
- wenn Sie den PflegeSchutz beantragt haben: das Recht, zum Ende der  $\nabla$ Versicherungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Pflege-Rente für die  $\nabla$ versicherte Person abzuschließen und
- wenn Sie den KrankheitenSchutz beantragt haben: Leistungen, wenn die  $\nabla$ versicherte Person schwer erkrankt.

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

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

**3.1** Im Antrag fragen wir Sie nach verschiedenen Angaben, zum Beispiel zu Ihrer Gesundheit. Alle Fragen im Antrag müssen Sie vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Dies nennen wir Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht.

**3.2** Wenn Sie eine andere Person versichern, muss auch diese alle Fragen im Antrag vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Auch dafür sind Sie und die andere Person verantwortlich.

**3.3** Es ist unsere Pflicht, dass wir Ihnen die Fragen in  $\nabla$ Textform stellen.

### 4 Welche Folgen hat es, wenn Sie uns Angaben verschweigen?

**4.1** Unter den folgenden Bedingungen können wir vom Vertrag zurücktreten: Sie oder die  $\nabla$ versicherte Person haben unsere Fragen nicht, nicht vollständig oder falsch beantwortet. Damit wir zurücktreten können, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Wir haben Ihnen die Fragen in  $\nabla$ Textform gestellt und
- die Fragen sind bedeutsam für uns.

Was heißt das? Wir hätten Ihren Antrag nicht angenommen, wenn Sie die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet hätten.

**4.2** Unter folgenden Bedingungen können wir nicht vom Vertrag zurücktreten:

- Sie haben unsere Fragen weder  $\nabla$ vorsätzlich falsch oder unvollständig beantwortet noch  $\nabla$ grob fahrlässig falsch oder unvollständig beantwortet und
- Sie weisen uns a. nach.

Sind a. und b. erfüllt, können wir nicht zurücktreten, aber wir können den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen. Wir verzichten auf dieses Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflicht  $\nabla$ unverschuldet verletzt haben.

**4.3** Wenn Sie Ihre Anzeigepflicht  $\nabla$ grob fahrlässig verletzt haben, gilt folgende Ausnahme: 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 und
- Sie weisen uns nach, dass wir im Sinn von a. gehandelt hätten.

**4.4** Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, endet Ihr Versicherungsschutz. Was gilt für den Fall, dass zu dem Zeitpunkt des Rücktritts bereits ein  $\nabla$ Versicherungsfall eingetreten ist? In diesem Fall bleiben wir zur Leistung verpflichtet. Dazu müssen aber folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Der Umstand unter 4.3.a. war nicht die Ursache dafür,
  - dass der  $\nabla$ Versicherungsfall eingetreten ist oder festgestellt wurde,
  - dass die Leistungspflicht festgestellt wurde,
  - dass die Leistungspflicht im aufgetretenen Umfang angefallen ist und
- Sie weisen uns a. nach.

**4.5** Was geschieht, wenn wir den Vertrag nicht kündigen oder vom Vertrag nicht zurücktreten können? In diesem Fall nehmen wir 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  $\nabla$ fahrlässig verletzt haben, gelten die neuen Bedingungen rückwirkend ab Vertragsbeginn. Wenn Sie die Anzeigepflicht  $\nabla$ unverschuldet verletzt haben, verzichten wir darauf, die Bedingungen anzupassen.

Was können Sie tun, wenn wir Ihnen diese Vertragsänderung 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.

**4.6** Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Es genügt, wenn wir diese Rechte in  $\nabla$  Textform 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 Vertragsanpassung stützen. Wir können nachträglich weitere Gründe angeben, solange die Monatsfrist nicht verstrichen ist. In folgenden Fällen können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder ändern:

- Wir kannten den Umstand, den Sie verschwiegen haben.
- Es war uns bekannt, dass der Umstand nicht richtig war.
- Es sind bereits fünf Jahre vergangen, seit dem wir den Vertrag geschlossen haben. Dies gilt nicht, wenn innerhalb dieser fünf Jahre ein  $\nabla$  Versicherungsfall eintritt. Die Frist verlängert sich auf zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht  $\nabla$  vorsätzlich oder  $\nabla$  arglistig verletzt haben.

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

**4.8** Welche Besonderheit gilt, wenn wir zu einem späteren Zeitpunkt auf Ihren Wunsch hin den Umfang der Versicherung erhöhen? Dann können wir in Bezug auf den erhöhten Teil des Vertrags die zuvor genannten Rechte erneut geltend machen. Die in 4.6 genannten Fristen beginnen bezüglich des geänderten Teils neu zu laufen. Dasselbe gilt, wenn Sie nach einem Beitrags-Stopp wieder Beiträge zahlen möchten.

**4.9** Wenn wir vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten, endet Ihr Versicherungsschutz. Ist zu diesem Zeitpunkt ein  $\nabla$  Deckungskapital vorhanden, zahlen wir Ihnen dieses aus. Wenn wir kündigen, gehen wir wie bei einem Beitrags-Stopp (22) vor. Dann zahlen Sie keine Beiträge mehr.

## B Leistungen und Einschränkungen

### 7 Wie sind Sie abgesichert, wenn die $\nabla$ versicherte Person berufsunfähig wird?

#### 7.1 Welche Leistungen erhalten Sie, wenn die $\nabla$ versicherte Person berufsunfähig wird?

Wenn die  $\nabla$  versicherte Person während der  $\nabla$  Versicherungsdauer berufsunfähig (11) 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

### 5 Welche Dauer hat Ihr Vertrag?

**5.1** Bei Vertragsbeginn vereinbaren wir zwei Altersgrenzen:

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

Beide Angaben finden Sie im  $\nabla$  Versicherungsschein.

**5.2** Ihr Vertrag endet,

- wenn das Ende der  $\nabla$  Versicherungsdauer erreicht ist. Ausnahme: Wenn vor dem Ende der  $\nabla$  Versicherungsdauer ein  $\nabla$  Versicherungsfall eingetreten ist, endet der Vertrag zum Ende der  $\nabla$  Leistungsdauer.
- Wenn die  $\nabla$  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?

**6.1** Ihr Vertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

**6.2** Die Vertragssprache für alle  $\nabla$  Erklärungen zu diesem Vertrag ist Deutsch.

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

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

Ihrem  $\nabla$  Versicherungsschein. Sie kann sich um Überschüsse erhöhen (27, 28, 29).

#### 7.2 In welchen Ländern sind Sie versichert?

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

#### 7.3 Wie lange zahlen wir Ihnen Leistungen?

Wenn die  $\nabla$  versicherte Person berufsunfähig geworden ist, erbringen wir unsere Leistung erstmals zu folgendem Zeitpunkt: zum Anfang des nächsten Monats, nachdem die  $\nabla$  versicherte Person berufsunfähig geworden ist.

Unsere Leistungen enden, wenn

- die 7 versicherte Person nicht mehr berufsunfähig ist,
- die 7 versicherte Person stirbt oder
- wenn die 7 Leistungsdauer endet.

Wenn die 7 versicherte Person während der 7 Versicherungsdauer erneut berufsunfähig wird, leisten wir erneut.

Wenn die 7 versicherte Person nach Ablauf der 7 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 7 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 7 versicherte Person

- neue Fähigkeiten erworben oder
- eine 7 Ausbildung abgeschlossen hat.

Der Startzuschuss beträgt sechs 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 7 versicherte Person ihre Mitwirkungspflicht nach 17.2 verletzt hat,
- wenn die 7 Leistungsdauer innerhalb von weniger als einem Jahr endet oder
- wenn die 7 versicherte Person Auszubildender oder Student ist und wir einen Ausbildungszuschuss nach 11.7 zahlen.

#### 8 Wie sind Sie abgesichert, wenn die 7 versicherte Person pflegebedürftig wird?

Wenn die 7 versicherte Person während der 7 Versicherungsdauer pflegebedürftig (12) wird, gilt sie als berufsunfähig. Wir erbringen folgende Leistung: Wir zahlen die Berufsunfähigkeits-Rente lebenslang, sofern die Pflegebedürftigkeit bestehen bleibt.

Wenn die 7 versicherte Person eine Berufsunfähigkeits-Rente nach 7 erhält und während der 7 Leistungsdauer pflegebedürftig wird, erbringen wir folgende Leistung: Wir zahlen die Berufsunfähigkeits-Rente in derselben Höhe lebenslang weiter, sofern die Pflegebedürftigkeit bestehen bleibt.

Wie hoch die Berufsunfähigkeits-Rente ist, entnehmen Sie Ihrem 7 Versicherungsschein. Sie kann sich um Überschüsse erhöhen (27, 28, 29).

#### 9 Optional: Was leisten wir, wenn Sie den PflegeSchutz vereinbart haben?

##### 9.1 Was ist der PflegeSchutz?

Sie können den PflegeSchutz vereinbaren.

Mit dem PflegeSchutz sichern Sie sich das Recht,

- zum Ende der 7 Versicherungsdauer
- ohne erneute Gesundheitsprüfung
- eine Pflege-Rente für die 7 versicherte Person abzuschließen.

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

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

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

- Wenn die 7 versicherte Person pflegebedürftig wird oder
- wenn Sie einen Beitrags-Stopp (22.1) vereinbaren.

Für den PflegeSchutz zahlen Sie einen Beitrag. Diesen Beitrag zahlen Sie zusammen mit dem Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Rente bis zum Ablauf der 7 Versicherungsdauer. Überschüsse (27, 28, 29) kommen nicht zum PflegeSchutz hinzu.

Sie können den PflegeSchutz kündigen. Dann endet der PflegeSchutz, ohne dass wir etwas auszahlen. Sie behalten Ihren Versicherungsschutz im Fall einer Berufsunfähigkeit.

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.

#### 9.2 Welche Pflege-Rente erhalten Sie?

Sie erhalten eine monatliche Pflege-Rente, wenn die 7 versicherte Person

- Hilfe benötigt bei mindestens vier Punkten der in 12.2 genannten Verrichtungen,
- pflegebedürftig infolge Demenz nach 12.4 ist oder
- schwer- oder schwerstpflegebedürftig nach §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 28.07.2011 ist.

Wir behalten uns vor, Folgendes für die Pflege-Rente 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, wann jemand pflegebedürftig ist oder in welche Pflegestufe jemand fällt.

#### 9.3 Was geschieht bei Vertragsablauf?

Wenn Sie bei Ablauf der 7 Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Rente Beiträge zahlen, setzt sich der Vertrag automatisch als Pflege-Rente fort.

Wir schicken Ihnen rechtzeitig die Vertragsunterlagen zur neuen Pflege-Rente zu. Drei Monate, bevor die 7 Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Rente endet, erhalten Sie die Vertragsunterlagen. Sie müssen Ihre Berufsunfähigkeits-

versicherung nicht als Pflege-Rente fortsetzen. Sie können der neuen Pflege-Rente 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 7 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-Rente begonnen hat. Der Beitrag erhöht sich, wenn Sie eine höhere Pflege-Rente wünschen.

#### 10 Optional: Was leisten wir, wenn Sie den Krankheitschutz vereinbart haben?

Wenn die 7 versicherte Person während der 7 Versicherungsdauer schwer erkrankt (13), erbringen wir folgende Leistung: Wir leisten die vereinbarte Einmalzahlung. Gleichzeitig endet der Krankheitschutz. Sie müssen keine Beiträge mehr für den Krankheitschutz zahlen. Für die Berufsunfähigkeits-Rente müssen Sie weiterhin Beiträge zahlen.

Wenn die 7 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 7 versicherte Person

- nachdem wir den Vertrag geschlossen haben
- durch ein plötzliches, von außen auf den Körper der 7 versicherten Person wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig in ihrer Gesundheit geschädigt wird.

Es gelten dabei dieselben Ausschlüsse wie in 14.

Die Höhe der Krankheitschutz-Leistung entnehmen Sie Ihrem 7 Versicherungsschein.

Wenn die 7 versicherte Person während der 7 Versicherungsdauer berufsunfähig wird, ohne dass eine der versicherten schweren Erkrankungen eingetreten ist, gilt: Wir erbringen zusätzlich zur vereinbarten Berufsunfähigkeitsleistung folgende Leistung:

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

#### 11 Wann gilt die 7 versicherte Person als berufsunfähig?

##### 11.1 Was verstehen wir unter Berufsunfähigkeit?

Die 7 versicherte Person ist berufsunfähig, wenn folgende Bedingungen vorliegen:

- Sie kann ihren Beruf
  - für voraussichtlich mindestens sechs Monate
  - ununterbrochen
  - zu mindestens 50 Prozent nicht mehr ausüben oder
- sie konnte sechs Monate ununterbrochen

- ihren Beruf zu mindestens 50 Prozent nicht ausüben
- und dieser Zustand dauert an. Dann liegt Berufsunfähigkeit von Beginn dieses Zeitraums an vor.

- Die Ursache dafür ist
  - eine Krankheit,
  - eine Verletzung des Körpers oder
  - Verfall der Kräfte, der aber mehr als altersbedingt sein muss.
- Die Ursache müssen Sie uns nachweisen.
- Maßgeblich sind der zuletzt ausgeübte Beruf und die bisherige Lebensstellung (11.4), wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet waren.

Wenn Sie oder die 7 versicherte Person uns einen 7 Versicherungsfall melden, prüfen wir, ob die genannten Voraussetzungen vorliegen. Wir sind nicht gebunden an den Bescheid eines Sozialversicherungsträgers.

Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung. Das bedeutet, dass wir eine Berufsunfähigkeit auch in folgendem Fall anerkennen:

- Die 7 versicherte Person
- ist nach diesen Bedingungen berufsunfähig,
  - könnte aber einen neuen Beruf mit der bisherigen Lebensstellung ausüben,
  - den sie aber tatsächlich nicht ausübt.

In diesem Fall erbringen wir unsere Leistungen.

- Dies gilt nicht, wenn die 7 versicherte Person
- Schüler,
  - Student,
  - Auszubildender oder
  - mehr als fünf Jahre aus ihrem Beruf ausgeschieden ist.

##### 11.2 Was verstehen wir außerdem unter Berufsunfähigkeit bei Ärzten und Zahnärzten?

Wenn die 7 versicherte Person ein Human- oder Zahnmediziner ist, liegt eine Berufsunfähigkeit auch unter folgenden Bedingungen vor:

- Die 7 versicherte Person hat ihre Tätigkeit zu mindestens 50 Prozent ausgeübt, als sie noch gesund war.
- Die 7 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.

Wenn die zuständige Behörde das Tätigkeitsverbot aufhebt, ist die 7 versicherte Person nicht mehr berufsunfähig.

##### 11.3 Wann liegt keine Berufsunfähigkeit vor?

Eine Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die 7 versicherte Person

- eine andere zumutbare Tätigkeit tatsächlich ausübt. Dabei handelt es sich um eine Tätigkeit, die sie aufgrund ihrer 7 Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann, oder
- selbstständig oder freiberuflich arbeitet und innerhalb des Betriebs weiter tätig sein könnte, wenn der Arbeitsplatz umorganisiert würde. Die Umorganisation des Arbeitsplatzes muss wirtschaftlich angemessen sein. Eine Umor-

ganisation des Arbeitsplatzes ist wirtschaftlich angemessen, wenn sie

- von Ihnen oder der ⤵ versicherten Person vorgenommen werden kann, indem das Direktions- und Weisungsrecht ausgeübt wird,
- keinen erheblichen Kapitaleaufwand erfordert,
- unternehmerisch zweckmäßig ist und
- dies zumutbar ist.

Zumutbarkeit 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 (11.4) entspricht.

#### 11.4 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.

In Grenzen ist Folgendes zumutbar: Wenn sich das Einkommen im Vergleich zum maßgeblichen Beruf, der vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübt wurde, vermindert. Welche Verminderung des Brutto-Einkommens zumutbar ist, beurteilen wir wie folgt: Danach, wie sich der Einzelfall darstellt und wie die höchsten Gerichte in vergleichbaren Fällen entschieden haben. Wir erkennen als unzumutbar an, wenn sich das Brutto-Einkommen um mehr als 20 Prozent vermindert.

#### 11.5 Welcher Beruf und welche Lebensstellung sind bei vorübergehendem Ausscheiden maßgeblich?

Wenn die ⤵ versicherte Person vorübergehend aus dem Berufsleben ausscheidet und berufsunfähig wird, gilt:

- Bis zu fünf Jahre, nachdem die ⤵ versicherte Person aus dem Berufsleben ausgeschieden ist: Maßgeblich sind der ausgeübte Beruf und die Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens.
- Nach Ablauf von fünf Jahren seit dem Ausscheiden gilt als maßgeblicher Beruf: Jede berufliche Tätigkeit,
  - die die ⤵ versicherte Person aufgrund ihrer ⤵ Ausbildung und Erfahrung ausüben kann und
  - die ihrer bisherigen Lebensstellung (11.4) entspricht.

#### 11.6 Welche Besonderheiten gelten für Schüler?

Solange die ⤵ versicherte Person Schüler ist, ist sie berufsunfähig, wenn sie schulunfähig ist.

Die ⤵ versicherte Person ist schulunfähig, wenn folgende Bedingungen vorliegen:

- Sie kann für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen
  - weder am regulären Unterricht einer allgemeinbildenden Schule teilnehmen
  - noch eine andere Tätigkeit ausüben, zu der sie aufgrund ihrer ⤵ Ausbildung und Fähigkeiten befähigt ist und die ihrer Lebensstellung (11.4) entspricht oder
- sie konnte sechs Monate ununterbrochen
  - weder am regulären Unterricht einer allgemeinbildenden Schule teilnehmen

- noch eine andere Tätigkeit ausüben, zu der sie aufgrund ihrer ⤵ Ausbildung und Fähigkeiten befähigt ist und die ihrer Lebensstellung (11.4) entspricht und
- dieser Zustand dauert an. Dann liegt Schulunfähigkeit von Beginn dieses Zeitraums an vor.
- Die Ursache dafür ist
  - eine Krankheit,
  - eine Verletzung des Körpers oder
  - Verfall der Kräfte, der aber mehr als altersbedingt sein muss.
- Die Ursache müssen Sie uns nachweisen.

Keine Schulunfähigkeit liegt vor, wenn die ⤵ versicherte Person regelmäßig am Unterricht einer Sonder- bzw. Förderschule teilnehmen kann.

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

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

Als allgemeinbildende Schulen gelten Grundschulen sowie ⤵ weiterführende Schulen. Nicht als allgemeinbildende Schulen gelten Schulen, die ausschließlich für geistig oder körperlich Behinderte vorgesehen sind.

#### 11.7 Welche Besonderheiten gelten für Auszubildende und Studenten?

Solange die ⤵ versicherte Person Auszubildender oder Student ist, ist sie berufsunfähig, wenn folgende Bedingungen vorliegen:

- Sie kann zu mindestens 50 Prozent für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen
  - weder ihre Tätigkeit als Auszubildender oder Student ausüben
  - noch eine andere Tätigkeit ausüben, zu der sie aufgrund ihrer ⤵ Ausbildung und Fähigkeiten befähigt ist und die ihrer Lebensstellung (11.4) entspricht oder
- sie konnte zu mindestens 50 Prozent sechs Monate ununterbrochen
  - weder ihre Tätigkeit als Auszubildender oder Student ausüben
  - noch eine andere Tätigkeit ausüben, zu der sie aufgrund ihrer ⤵ Ausbildung und Fähigkeiten befähigt ist und die ihrer Lebensstellung (11.4) entspricht
  - und dieser Zustand dauert an. Dann liegt Berufsunfähigkeit von Beginn dieses Zeitraums an vor.
- Die Ursache dafür ist
  - eine Krankheit,
  - eine Verletzung des Körpers oder
  - Verfall der Kräfte, der aber mehr als altersbedingt sein muss.
- Die Ursache müssen Sie uns nachweisen.

Als ⤵ Ausbildung gelten:

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

Die Tätigkeit als Student umfasst ein ⤵ Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule.

Wir zahlen einen Ausbildungszuschuss, wenn die  $\nabla$ versicherte Person

- Auszubildender oder Student ist,
- im letzten Ausbildungsjahr berufsunfähig wird und
- deshalb die  $\nabla$ Ausbildung nicht beendet und
- aus medizinischen Gründen, die sie ärztlich nachweisen muss, eine neue  $\nabla$ Ausbildung beginnt.

Dann zahlen wir die Berufsunfähigkeits-Rente für höchstens die ersten vier Jahre der neuen  $\nabla$ Ausbildung. Für Studenten gilt als letztes Ausbildungsjahr das letzte Jahr der Regelstudienzeit unter folgender Bedingung: Die  $\nabla$ versicherte Person erfüllt die Zulassungskriterien zur Teilnahme an den Abschlussprüfungen. Bedingung ist auch, dass die  $\nabla$ versicherte Person vollständig ihre Pflichten in der neuen  $\nabla$ Ausbildung erfüllt.

Wir können später nach 17 prüfen, ob die  $\nabla$ versicherte Person noch berufsunfähig ist.

Wir gewähren den Ausbildungszuschuss höchstens einmal während der  $\nabla$ Versicherungsdauer.

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

Was geschieht, wenn die  $\nabla$ versicherte Person

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

Dann beurteilen wir, ob die  $\nabla$ versicherte Person berufsunfähig ist, anhand des zuletzt ausgeübten Berufs vor Beginn dieses Dienstes.

Wenn die  $\nabla$ versicherte Person vor Beginn dieses Dienstes noch keine berufliche Tätigkeit ausgeübt hat, gilt: Wir beurteilen, ob die  $\nabla$ versicherte Person berufsunfähig ist wie bei einem Auszubildenden oder Studenten nach 11.7.

## 12 Wann gilt die $\nabla$ versicherte Person als pflegebedürftig?

### 12.1 Was verstehen wir unter Pflegebedürftigkeit?

Die  $\nabla$ versicherte Person ist pflegebedürftig, wenn folgende Bedingungen vorliegen:

- Sie bedarf täglich der Hilfe einer anderen Person, und zwar zumindest in einem erheblichen Maß
- für die täglichen gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen
- und zwar dauerhaft, also voraussichtlich mindestens für sechs Monate.
- Die Ursache dafür ist
  - eine Krankheit,
  - eine Verletzung des Körpers,
  - Verfall der Kräfte oder
  - eine Behinderung.

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

Die  $\nabla$ versicherte Person ist nach diesen Bedingungen pflegebedürftig, wenn sie

- bei mindestens drei Punkten der in 12.2 genannten Verrichtungen Hilfe benötigt,
- mindestens erheblich pflegebedürftig nach 12.3 ist oder

- pflegebedürftig infolge Demenz nach 12.4 ist.

### 12.2 Wann liegt Pflegebedürftigkeit nach der Punktetabelle vor?

Wenn wir den Umfang der Pflegebedürftigkeit bewerten, verwenden wir folgende Tabelle. Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit müssen Sie oder die  $\nabla$ versicherte Person uns ärztlich nachweisen.

Die  $\nabla$ versicherte Person benötigt auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, täglich die Hilfe einer anderen Person dabei:

- Sich in der Wohnung zu bewegen (1 Punkt)

Die  $\nabla$ versicherte Person kann sich nicht ohne fremde Hilfe in der Wohnung auf gleicher Ebene bewegen. Sie benötigt die Hilfe eines anderen auch dann, wenn sie eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl benutzt.

- Sich an- und auszukleiden (1 Punkt)

Die  $\nabla$ versicherte Person kann sich nicht ohne fremde Hilfe an- und auskleiden. Das gilt für Bekleidung des Ober- und Unterkörpers. Sie benötigt die Hilfe auch dann, wenn sie pflegegerechte Kleidung verwendet. Die  $\nabla$ versicherte Person ist auch hilfebedürftig, wenn sie nicht allein ein Korsett oder eine Prothese anlegen und befestigen kann. Korsett und Prothese müssen medizinisch notwendig sein.

- Mahlzeiten und Getränke einzunehmen (1 Punkt)

Die  $\nabla$ versicherte Person kann nicht ohne fremde Hilfe essen und trinken. Sie kann dies auch dann nicht, wenn die Mahlzeiten für sie zubereitet und serviert und die Getränke bereitgestellt werden. Sie kann auch dann nicht essen und trinken, wenn sie pflegegerechte Essbestecke und Trinkgefäße benutzt. Es liegt auch Hilfebedarf vor, wenn medizinisch angezeigt ist, dass die  $\nabla$ versicherte Person über Sonden ernährt werden muss.

- Sich zu waschen, zu kämmen, zu rasieren (1 Punkt)

Die  $\nabla$ versicherte Person kann sich nicht ohne fremde Hilfe

- waschen,
- die Zähne putzen,
- die Haare kämmen und
- sich rasieren.

Die genannten Verrichtungen kann die  $\nabla$ versicherte Person auch dann nicht ausüben, wenn sie Hilfsmittel nutzt. Beim Waschen genügt es, wenn die  $\nabla$ versicherte Person sich entweder den Ober- oder Unterkörper nicht waschen kann. Es liegt kein Hilfebedarf vor, wenn die  $\nabla$ versicherte Person nicht imstande ist, in das Badezimmer zu gelangen.

- Zu baden und zu duschen (1 Punkt)

Die  $\nabla$ versicherte Person kann sich nicht ohne fremde Hilfe

- baden,
- duschen und
- abtrocknen.

Die genannten Verrichtungen kann die  $\nabla$ versicherte Person auch dann nicht ausüben, wenn sie Hilfsmittel nutzt. Hilfebedarf liegt insbesondere vor, wenn die  $\nabla$ versicherte Person nicht allein in die Badewanne oder Dusche kommt. Es liegt kein Hilfebedarf vor, wenn die  $\nabla$ versicherte Person nicht imstande ist, in das Badezimmer zu gelangen.

- Auf Toilette zu gehen (1 Punkt)

Die 7 versicherte Person kann nicht ihre Darm- und Blasenfunktion kontrollieren. Hilfebedarf liegt vor, wenn die 7 versicherte Person

- Darm oder Blase nicht eigenständig entleeren kann oder
- Katheter, Windeln oder Einlagen verwenden muss. Ursache dafür muss eine dauerhafte Darm- oder Blaseninkontinenz sein. Katheter, Windeln oder Einlagen müssen ständig genutzt werden. Die 7 versicherte Person kann Katheter, Windeln oder Einlagen nicht eigenständig anlegen, wechseln und leeren beziehungsweise reinigen.

### 12.3 Wann liegt Pflegebedürftigkeit in Anlehnung an die gesetzliche Definition vor?

Die 7 versicherte Person ist auch pflegebedürftig, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: Die Bedingungen der §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 28.07.2011. 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.

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 28.07.2011 festgestellt.
- Die Pflegestufe wurde auf Grundlage der §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 28.07.2011 eingestuft.

### 12.4 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 7 versicherte Person geistige Fähigkeiten verliert. Dies wirkt sich aus auf das

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

Die 7 versicherte Person ist infolge Demenz pflegebedürftig, wenn die 7 versicherte Person in mindestens erheblichem Maße

- täglich beaufsichtigt werden muss,
- zu den in Ziffer 12.2 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens angeleitet werden muss oder
- ständig beaufsichtigt werden muss, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.

Dieser Zustand muss durch die Störung der Hirnleistung herbeigeführt worden sein. Der Zustand muss dauerhaft sein, also voraussichtlich für mindestens sechs Monate anhalten.

Ein Facharzt für Nervensysteme (Neurologe) muss feststellen, dass eine Demenz vorliegt. Dazu muss der Arzt einen ausführlichen Befund erheben. Dabei muss der Arzt die 7 versicherte Person körperlich und psychisch untersuchen. Der Arzt muss den Schweregrad der Demenz feststellen, indem er 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 7 versicherte Person erneut untersuchen lassen muss. Dies ist erforderlich, damit die Diagnose zutreffend bestätigt werden kann.

## 13 Wann gilt die 7 versicherte Person als schwer erkrankt?

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

### 13.1 Was gilt als schwere Erkrankung?

Folgende Krankheiten gelten als schwere Erkrankungen:

#### 13.1.1 Operation der Hauptschlagader (Aorta)

Versichert ist, wenn die 7 versicherte Person am Hauptstamm der Aorta operiert wird. Der Eingriff kann auch minimalinvasiv erfolgen. Mit der Operation muss eine krankhafte Veränderung des Hauptstammes der Aorta behandelt werden. 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 7 versicherte Person zu diesem Zeitpunkt lebt.

#### 13.1.2 Hochgradige irreversible Sehbehinderung

Versichert ist, wenn die 7 versicherte Person an beiden Augen sehbehindert ist. Die Sehbehinderung muss

- krankhaft,
- hochgradig und
- nicht korrigierbar sein.

Die Sehbehinderung ist hochgradig,

- wenn die Sehschärfe des besseren Auges höchstens 0,05 beträgt, nachdem die Sehschärfe mit medizinischen oder optischen Hilfsmitteln verbessert wurde, oder
- wenn das Gesichtsfeld des besseren Auges auf 10° oder weniger eingeschränkt ist, nachdem die Sehschärfe verbessert wurde.

#### 13.1.3 Bypass-Operation

Versichert ist, wenn die 7 versicherte Person am Herzen operiert wird. Der Eingriff kann auch minimalinvasiv erfolgen. Mit der Operation muss eine Verengung oder ein Verschluss von mindestens zwei Herzkranzgefäßen behandelt werden. Dazu müssen Ersatzgefäße (Bypass) angelegt werden.

Wir erbringen unsere Leistung

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

**13.1.4** Terminale Niereninsuffizienz

Versichert ist, wenn beide Nieren der 7versicherten Person

- dauerhaft,
- endgültig und
- vollständig versagen.

Dadurch muss die 7versicherte Person regelmäßig ihr Blut waschen lassen (Dialyse) oder eine neue Niere erhalten.

**13.1.5** Herzklappenoperation

Versichert ist, wenn die 7versicherte Person am Herzen operiert wird. Der Eingriff kann auch minimalinvasiv oder mit einem Katheter erfolgen. Mit der Operation müssen eine oder mehrere defekte Herzklappen ersetzt oder wiederhergestellt werden.

Wir erbringen unsere Leistung

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

**13.1.6** Krebs im fortgeschrittenen Stadium

Versichert ist, wenn bei der 7versicherten Person ein bösartiger Tumor festgestellt wird. Es gelten folgende weitere Bedingungen: Der Tumor ist gekennzeichnet durch

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

Diese Bedingungen müssen 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.

**13.1.7** Irreversible Lähmung von Gliedmaßen

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

- seit mindestens drei Monate bestehen und
- die Folge einer Erkrankung oder Verletzung des Rückenmarks oder des Gehirns sein.

Gliedmaße ist definiert als

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

**13.1.8** Multiple Sklerose mit dauerhaften neurologischen Ausfällen

Versichert ist, wenn die 7versicherte Person an einer Multiple Sklerose erkrankt ist. Es gelten folgende weitere Bedingungen: Die Multiple Sklerose muss

- diagnostisch gesichert sein und
- mit motorischen oder sensorischen Ausfällen verbunden sein. Die Ausfälle müssen über einen Zeitraum von ununterbrochen mindestens sechs Monaten bestehen und ärztlich dokumentiert sein.

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

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

**13.1.9** Myokardinfarkt (Herzinfarkt)

Versichert ist, wenn bei der 7versicherten Person ein Teil des Herzmuskels abstirbt. Die Ursache dafür muss ein akuter Verschluss eines Herzkranzgefäßes sein. 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 7versicherte Person zu diesem Zeitpunkt lebt.

**13.1.10** Organtransplantation

Versichert ist, wenn die 7versicherte 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 7versicherte Person zu diesem Zeitpunkt lebt.

**13.1.11** Schlaganfall (Apoplex) mit bleibenden neurologischen Ausfällen

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

- ein Verschluss eines Gefäßes innerhalb der Schädelhöhle,
- eine Blutung oder
- ein Verschluss eines Gefäßes außerhalb der Schädelhöhle, der zu akut auftretenden neurologischen Anzeichen führt, sein. Die Ursache müssen Sie mittels bildgebenden Befunden nachweisen.

Der Schlaganfall muss zur Folge haben, dass die  $\nearrow$ versicherte Person

- dauerhaft bei mindestens drei Punkten der in 12.2 genannten Verrichtungen Hilfe benötigt oder
- dauerhaft im Bett liegen muss und nicht mehr ohne fremde Hilfe aufstehen kann.

Dauerhaft bedeutet, dass dieser Zustand mindestens drei Monate lang fortbestehen und ärztlich dokumentiert sein muss.

### 13.2 Welche Auswirkung hat der Krankheitschutz auf die Berufsunfähigkeit?

Für den Krankheitschutz zahlen Sie einen Beitrag. Diesen Beitrag zahlen Sie zusammen mit dem Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Rente bis zum Ablauf der  $\nearrow$ Versicherungsdauer.

Sie können den Krankheitschutz kündigen. Dann endet der Krankheitschutz, ohne dass wir etwas auszahlen. Sie behalten Ihren Versicherungsschutz im Fall einer Berufsunfähigkeit.

Wenn Sie die Leistungen der Berufsunfähigkeits-Rente herabsetzen oder erhöhen, bleiben der Beitrag und die Leistung für den Krankheitschutz unverändert.

Wenn wir eine Leistung aus dem Krankheitschutz zahlen, bedeutet das nicht automatisch, dass eine Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Diese prüfen wir gesondert.

### 14 In welchen Fällen zahlen wir keine Leistungen aus?

Im Normalfall leisten wir unabhängig davon, wodurch die  $\nearrow$ versicherte Person berufsunfähig oder pflegebedürftig geworden ist oder schwer erkrankt ist. Sie sind auch geschützt, wenn die  $\nearrow$ versicherte Person während des Wehr- oder Polizeidienstes pflegebedürftig oder berufsunfähig geworden ist oder schwer erkrankt ist.

Wir leisten nicht, wenn die  $\nearrow$ versicherte Person berufsunfähig oder pflegebedürftig geworden ist oder schwer erkrankt ist:

- Durch Unruhen, die aus der Bevölkerung heraus entstanden sind (innere Unruhen), wenn die  $\nearrow$ versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- Weil sie unmittelbar oder mittelbar an kriegerischen Ereignissen beteiligt war. Wir werden jedoch in folgendem Fall leisten:
  - Die  $\nearrow$ versicherte Person ist berufsunfähig oder pflegebedürftig geworden oder schwer erkrankt, während sie sich außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufgehalten hat und
  - sie nicht aktiv an den kriegerischen Ereignissen beteiligt war.
- Durch unmittelbare oder mittelbare Folgen eines terroristischen Angriffes unter folgenden Bedingungen:
  - Der Angriff wird nicht als Kriegereignis gewertet,
  - der Angriff erfolgt, indem  $\nearrow$ vorsätzlich atomare, biologische oder chemische Stoffe eingesetzt oder freigesetzt werden oder
  - der Angriff erfolgt, indem Mittel mit ähnlichem Gefährdungspotenzial wie Flugzeuge, Sprengstoffe oder ähnliche als Waffe eingesetzt werden und
  - der Angriff ist darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und
  - der Angriff führt dazu, dass wir mehr Leistungen auszahlen müssen als wir angenommen haben. Diese Mehr-

leistungen dürfen für uns nicht vorhersehbar gewesen sein. Wegen der Mehrleistungen können wir nicht mehr sicherstellen, dass wir alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger  $\nearrow$ Treuhänder muss bestätigen, dass die zuvor genannten Bedingungen erfüllt sind.

- Wir werden jedoch in folgendem Fall leisten: Wenn die  $\nearrow$ versicherte Person
  - pflegebedürftig oder
  - berufsunfähig geworden ist oder
  - schwer erkrankt ist, während sie sich außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufgehalten hat und
  - sie nicht aktiv an den terroristischen Ereignissen beteiligt war.

- Weil die  $\nearrow$ versicherte Person  $\nearrow$ vorsätzlich ein strafbares Verbrechen oder Vergehen begangen hat oder dieses versucht hat.

- Weil Sie, die  $\nearrow$ versicherte Person oder der  $\nearrow$ Begünstigte  $\nearrow$ widerrechtlich handeln und dadurch  $\nearrow$ vorsätzlich Folgendes herbeiführen: Die Pflegebedürftigkeit, Berufsunfähigkeit oder schwere Erkrankung der  $\nearrow$ versicherten Person.

- Durch Strahlen infolge von Kernenergie. Diese Strahlen müssen das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen in einem ungewöhnlichen Maß gefährden oder schädigen. Das Maß ist ungewöhnlich, wenn man die Strahlen nur abwehren oder bekämpfen kann durch: Den Einsatz der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder. Wir werden jedoch leisten,
  - wenn die  $\nearrow$ versicherte Person durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht bestrahlt wurde und dies der Heilbehandlung dient oder
  - die  $\nearrow$ versicherte Person diesem Risiko bei der Ausübung des Berufs ausgesetzt war.

- Weil die Krankheit oder der Verfall der Kräfte absichtlich herbeigeführt wurde. Oder weil sich die  $\nearrow$ versicherte Person absichtlich selbst verletzt hat oder versucht hat sich zu töten. Wir werden jedoch in folgendem Fall leisten: Die  $\nearrow$ versicherte Person befindet sich zum Zeitpunkt der Handlung in einem Zustand, in dem ihre Geistestätigkeit krankhaft gestört ist. Dies gilt dann, wenn die  $\nearrow$ versicherte Person aufgrund dieser Störung nicht in der Lage ist, sich einen freien Willen zu bilden. Dies müssen Sie uns nachweisen.

Wenn wir keine Leistung erbringen, zahlen wir ein vorhandenes  $\nearrow$ Deckungskapital aus. Damit endet der Vertrag.

## C Auszahlung der Leistungen

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

#### 15.1 Welche Unterlagen müssen Sie einreichen?

Wenn Sie Leistungen aus dieser Versicherung beantragen möchten, müssen Sie uns  $\mathcal{T}$  unverzüglich Unterlagen einreichen. Welche Unterlagen das sind, hängt von den Leistungen ab, die Sie beantragen: Ist die  $\mathcal{T}$  versicherte Person berufs unfähig, pflegebedürftig oder schwer erkrankt?

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

**15.1.1** Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn die  $\mathcal{T}$  versicherte Person berufs unfähig oder pflegebedürftig geworden ist:

- Eine Darstellung, warum die  $\mathcal{T}$  versicherte Person berufs unfähig oder pflegebedürftig geworden ist und
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die  $\mathcal{T}$  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.

**15.1.2** Zusätzlich zu den in 15.1.1 genannten Unterlagen müssen Sie uns folgende Unterlagen einreichen, wenn die  $\mathcal{T}$  versicherte Person berufs unfähig geworden ist:

- Unterlagen über den Beruf der  $\mathcal{T}$  versicherten Person,
- die Stellung und Tätigkeit der  $\mathcal{T}$  versicherten Person vor Eintritt der gesundheitlichen Beschwerden, die zur Berufs unfähigkeit geführt haben,
- über die eingetretenen Veränderungen,
- über die finanzielle Lebensstellung aus beruflicher Tätigkeit der  $\mathcal{T}$  versicherten Person und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufs unfähigkeit (z.B. Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen) und
- in den in 15.1.1 genannten ärztlichen Berichten muss aufgeführt werden, welche Auswirkungen folgende Punkte auf die Berufs unfähigkeit haben:
  - Die Ursache des Leidens,
  - der Beginn des Leidens,
  - die Art des Leidens,
  - der Verlauf des Leidens und
  - die voraussichtliche Dauer des Leidens.
- Für den Fall, dass Pflegebedürftigkeit der Grund für die Berufs unfähigkeit ist: Zusätzlich die unter 15.1.3 genannten Unterlagen.

**15.1.3** Zusätzlich zu den in 15.1.1 genannten Unterlagen müssen Sie uns folgende Unterlagen einreichen, wenn die  $\mathcal{T}$  versicherte Person pflegebedürftig geworden ist:

- Eine Bescheinigung der Person oder Einrichtung, die die  $\mathcal{T}$  versicherte Person pflegt, über Art und Umfang der Pflege.
- Außerdem müssen in den in 15.1.1 genannten ärztlichen Berichten Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit aufgeführt werden.
- Das Schreiben der sozialen oder privaten Pflegeversicherung nach 12.3, wenn es Ihnen vorliegt und darin eine Pflegeleistung zugesagt wird.

**15.1.4** Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn die  $\mathcal{T}$  versicherte Person schwer erkrankt ist:

Ein Facharzt muss  $\mathcal{T}$  schriftlich bestätigen, dass die  $\mathcal{T}$  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.

#### 15.2 Welche Auskünfte und Prüfungen können wir außerdem verlangen?

**15.2.1** Wir können folgende weiteren Maßnahmen von der  $\mathcal{T}$  versicherten Person verlangen:

- Medizinische Auskünfte,
- Auskünfte über den Beruf, die wir auch durch 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  $\mathcal{T}$  versicherte Person zu Hause oder am Arbeitsplatz; und
- notwendige Nachweise. Dazu gehören auch Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen.

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  $\mathcal{T}$  versicherte Person im Ausland aufhält, können wir Folgendes verlangen: Die  $\mathcal{T}$  versicherte Person muss sich in Deutschland untersuchen lassen. In diesem Fall übernehmen wir die Reise- und Aufenthaltskosten, wenn wir dies vorher abgestimmt haben.

**15.2.2** Die  $\mathcal{T}$  versicherte Person muss folgende Personen oder Einrichtungen ermächtigen, uns Auskünfte zu geben:

- Ärzte,
- Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten,
- Pflegeheime und Pflegepersonen, bei denen die  $\mathcal{T}$  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  $\mathcal{T}$  versicherte Person vor dem Vertragsschluss gemacht haben.

Wir informieren die  $\mathcal{T}$  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 15.1 und 15.2. Dies kann zur Folge haben, dass wir gar nicht oder nur teilweise leisten. Siehe hierzu 18.

### 15.3 Welche Maßnahmen zur Heilung können wir verlangen?

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? Gemeint sind zum Beispiel Operationen. In diesem Fall werden wir dennoch leisten.

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

#### 16.1 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 15 genannten Nachweise vollständig vorliegen. Wenn noch nicht alle Nachweise vorliegen, gilt: Wir informieren Sie regelmäßig alle vier Wochen über den Stand der Bearbeitung.

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

**16.2.1** 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 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.

**16.2.2** Auf Wunsch brauchen Sie solange keine Beiträge zahlen, bis wir über die Berufsunfähigkeits- oder Pflegeleistung 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.

### 16.3 Wie lange leisten wir?

Wir befristen unsere Leistungen nicht. Ausnahme: Wir befristen unsere Leistung, wenn wir einen Ausbildungszuschuss nach 11.7 zahlen.

### 16.4 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.

### 17 Was müssen Sie beachten, während wir Leistungen erbringen?

#### 17.1 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, 8, 11 und 12. Um die Prüfung vorzunehmen, dürfen wir verlangen, dass die  $\mathcal{A}$ versicherte Person

- uns jederzeit Auskünfte zu folgenden Punkten gibt:
  - Zu ihrem Gesundheitszustand,
  - zu eingetretenen Verbesserungen oder
  - zu neu erworbenen Fähigkeiten (zum Beispiel durch eine Umschulung) oder  $\mathcal{A}$ Ausbildung. Es gelten die Regelungen zu 15.2 und 15.3.
- sich einmal jährlich umfassend untersuchen lässt. Den Arzt, der Sie untersucht, dürfen wir beauftragen. Die Kosten für die ärztliche Untersuchung tragen wir. Hierfür gelten die gleichen Regelungen wie in 15.

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

#### 17.2 Was müssen Sie uns mitteilen?

Sie, die  $\mathcal{A}$ versicherte Person oder der  $\mathcal{A}$ Bezugsberechtigte 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 Pflegeort für länger als sechs Monate an einen Ort verlegt, der sich außerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens befindet.

### 17.3 Was sind die Folgen, wenn die $\nabla$ versicherte Person nicht mehr berufsunfähig oder pflegebedürftig ist?

Wenn die  $\nabla$ versicherte Person nicht mehr berufsunfähig ist, leisten wir nicht mehr.

Wenn wir die Leistung einstellen, teilen wir dies Ihnen und dem  $\nabla$ Begünstigten mit. Darin erläutern wir auch die Gründe für unsere Entscheidung. Ab dem folgenden Zeitpunkt stellen wir unsere Leistung ein: drei Kalendermonate, nachdem Sie und der  $\nabla$ Begünstigte unsere Mitteilung erhalten haben.

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

Wenn wir Leistungen ausgezahlt haben, auf die der  $\nabla$ Begünstigte keinen Anspruch hat, muss der  $\nabla$ Begünstigte uns diese Leistungen zurückzahlen.

Dieser Abschnitt 17.3 gilt auch, wenn die  $\nabla$ versicherte Person

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

### 18 Welche Folgen hat es, wenn Sie Ihre Pflichten verletzen?

Solange Sie, die  $\nabla$ versicherte Person oder der  $\nabla$ Begünstigte eine Pflicht aus 15 und 17 vorsätzlich verletzt, müssen wir keine Leistung erbringen.

Wenn Sie, die  $\nabla$ versicherte Person oder der  $\nabla$ 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 18 Satz 1 genannten Personen Folgendes nachweist: Diese Person hat nicht  $\nabla$ grob fahrlässig gegen eine Pflicht aus 15 und 17 verstoßen.
- Wenn eine der in 18 Satz 1 genannten Personen zwar gegen eine Pflicht aus 15 und 17 verstoßen hat, aber folgende Einschränkung gilt: Der Verstoß hat sich nicht auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ausgewirkt.

## D Beitragszahlungen und Kosten

### 20 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,

- 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 15 und 17 genannten Pflichten hat. Wir müssen Sie in einer gesonderten Mitteilung in  $\nabla$ Textform auf die Folge hingewiesen haben.

### 19 Wer erhält die Leistung?

#### 19.1 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  $\nabla$ Begünstigter.

Sie können einen  $\nabla$ Begünstigten auf zwei Wegen benennen:

- Widerruflich: Sie können jederzeit  $\nabla$ schriftlich eine andere Person als begünstigt benennen. Diese Berechtigung können Sie jederzeit widerrufen, solange Sie leben und wir noch keine Leistung ausgezahlt haben.
- Unwiderruflich: Sie können jederzeit  $\nabla$ schriftlich eine andere Person sofort und unwiderruflich als begünstigt benennen. Sobald wir diese  $\nabla$ Erklärung erhalten haben, können Sie dieses Bezugsrecht nur noch unter folgenden Bedingungen aufheben:
  - Wenn Sie uns dies  $\nabla$ schriftlich mitteilen und
  - der von Ihnen benannte  $\nabla$ Begünstigte zustimmt.

#### 19.2 Welche Bedeutung hat der $\nabla$ Versicherungsschein?

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

#### 19.3 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.

- halbjährlich oder
- jährlich.

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  $\nabla$ 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  $\nabla$  unverzüglich an uns überweisen.

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

## 21 Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

### 21.1 Was geschieht, wenn Sie Ihren ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

#### 21.1.1 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.

Wenn Sie für die verspätete Zahlung nicht verantwortlich sind, können wir nicht zurücktreten. Sie müssen uns aber nachweisen, dass Sie nicht verantwortlich sind.

#### 21.1.2 Eintritt des $\nabla$ Versicherungsfalls

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

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

- a. Wir haben Sie auf diese Folge auffällig im  $\nabla$  Versicherungsschein aufmerksam gemacht oder
- b. 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. Sie müssen uns aber nachweisen, dass Sie nicht verantwortlich sind.

## 21.2 Was geschieht, wenn Sie einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

### 21.2.1 Kündigung

In diesem Fall gilt Folgendes:

- a. 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.
- b. In der Mahnung setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Wochen.
- c. Wenn Sie innerhalb dieser Frist nicht zahlen, geschieht Folgendes:

- Der Versicherungsschutz vermindert sich wie nach einem Beitrags-Stopp (22).
  - Außerdem können wir Ihren Vertrag kündigen. Wir können die Kündigung schon in dem Mahnschreiben aussprechen.
- d. 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.

#### 21.2.2 Eintritt des $\nabla$ Versicherungsfalls

Was geschieht, wenn Sie Ihren folgenden Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben und ein  $\nabla$  Versicherungsfall eintritt? In diesem Fall zahlen wir keine oder nur verminderte Leistungen aus, wenn die Frist nach 21.2.1 Buchstabe b. abgelaufen ist.

## 22 Welche Möglichkeiten haben Sie, wenn Sie Ihre Beiträge senken oder stoppen möchten?

### 22.1 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.

### 22.2 Wie hoch sind die Mindestbeträge?

#### 22.2.1 Mindestbetrag für Beitrags-Stopp

Es gibt keinen Mindestbetrag für einen Beitrags-Stopp. Sie können Ihre Beiträge stoppen, wenn das  $\nabla$  Deckungskapital ausreicht, um Leistungen nach 22.3 zu berechnen.

Wenn das  $\nabla$  Deckungskapital nicht ausreicht, endet der Vertrag.

#### 22.2.2 Mindestbeträge für Beitrags-Senkung

Sie können Ihre Beiträge nur senken, wenn folgende Mindestbeträge erreicht sind:

- Die garantierte Berufsunfähigkeits-Rente muss mindestens 50 EUR monatlich betragen, nachdem Sie die Beiträge gesenkt haben.
- Der verbleibende Beitrag muss mindestens so hoch sein:
  - 30 EUR, wenn Sie jährlich,
  - 25 EUR, wenn Sie halbjährlich,
  - 20 EUR, wenn Sie vierteljährlich und
  - 10 EUR, wenn Sie monatlich zahlen.

### 22.3 Welche Auswirkungen auf die Leistungen gibt es?

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

- Höhe der künftigen Beiträge,
- Höhe des vorhandenen  $\nabla$  Deckungskapitals,
- Alter der  $\nabla$  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  $\nabla$  Rechnungszins, mit dem wir die Leistungen dieses Vertrages berechnen.

Die Höhe der neuen Leistungen können Sie dem Nachtrag zum  $\blacktriangleright$  Versicherungsschein entnehmen.

Wenn Sie Ihre Beiträge stoppen, beachten Sie Folgendes:

- Sie können die Leistungen nach 23 und 30 nicht mehr erhöhen.
- Ein vereinbarter PflegeSchutz nach 9 entfällt.
- Ein vereinbarter KrankheitenSchutz nach 10 entfällt.

Wenn Sie Ihre Beiträge senken, beachten Sie Folgendes:

Wir erheben eine Gebühr. 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. Die Beiträge und Leistungen für den KrankheitenSchutz senken wir nicht.

#### **22.4 Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherigen Leistungen wiederherstellen?**

Sie können zwischen zwei Möglichkeiten wählen, wie Ihr Vertrag nach einem Beitrags-Stopp oder einer Beitrags-Senkung wiederhergestellt werden soll:

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

In beiden Fällen berechnen wir die Leistungen oder Beiträge neu auf der Grundlage, die wir in 26 beschrieben haben.

Wenn wir den Vertrag innerhalb von sechs Monaten wiederherstellen, prüfen wir die Gesundheit der  $\blacktriangleright$ versicherten Person nicht erneut. Wenn Sie den Vertrag später als sechs Monate wiederherstellen, prüfen wir die Gesundheit der  $\blacktriangleright$ 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  $\blacktriangleright$ Versicherungsfall eingetreten oder der Vertrag erloschen ist.

#### **22.5 Welche zusätzliche Möglichkeit bietet der befristete Beitrags-Stopp?**

Sie können von uns verlangen, dass Sie einen befristeten Beitrags-Stopp einlegen. In dieser Zeit zahlen Sie für bis zu zwölf Monate ganz oder teilweise keine Beiträge mehr. Die vereinbarten Leistungen senken wir dann so, als wenn Sie Ihre Beiträge dauerhaft stoppen oder senken. Näheres finden Sie in 22.2 und 22.3.

Wir werden Ihrem Wunsch nach einem befristeten Beitrags-Stopp zustimmen, wenn Sie Ihre Beiträge für das erste Jahr vollständig bezahlt haben. Nach Ablauf des befristeten Beitrags-Stopps haben Sie sofort wieder die bisherigen versicherten Leistungen. Wir prüfen die Gesundheit der  $\blacktriangleright$ versicherten Person nicht. Sie zahlen nach dem Beitrags-Stopp auch wieder wie bisher Ihre Beiträge. Nach dem Beitrags-Stopp berechnen wir die Höhe der Beiträge neu. Die Beiträge werden nach dem Beitrags-Stopp höher sein als vorher. Ansonsten gelten die Regelungen in 22.4.

Sie können auch zu einem späteren Zeitpunkt erneut einen befristeten Beitrags-Stopp von bis zu zwölf Monaten einlegen. Dies ist aber erst dann möglich, wenn Sie Ihre Beiträge wieder mindestens drei Jahre vollständig gezahlt haben. Außerdem müssen Sie nach dem erneuten befristeten Beitrags-Stopp noch mindestens ein Jahr Beiträge zahlen.

### **23 Wie können Sie die Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?**

#### **23.1 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.

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.

#### **23.2 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 22) erhöhen wir die Beiträge nicht.

#### **23.3 Wie erhöhen sich die Leistungen?**

Wenn sich Ihre Beiträge automatisch erhöhen, erhöhen sich auch die Leistungen. Die Beiträge und Leistungen für den KrankheitenSchutz erhöhen sich nicht. Die Gesundheit der  $\blacktriangleright$ 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  $\blacktriangleright$ 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  $\blacktriangleright$ versicherte Person am Tag der Erhöhung erreicht hat,
- den Bedingungen, die wir unserem Vertrag zugrunde gelegt haben.

#### **23.4 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  $\nearrow$  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  $\nearrow$  versicherten Person abhängig.

## 24 Welche Kosten sind in Ihren Beiträgen enthalten?

### 24.1 Welche Kosten gibt es?

Beim Abschluss und während der Dauer Ihres Vertrags entstehen Kosten.

Die Kosten unterteilen wir in

- einmalige Kosten (siehe 24.2) und
- laufende Kosten (siehe 24.3).

Diese Kosten sind im Beitrag bereits enthalten.

### 24.2 Was sind einmalige Kosten?

Wie hoch die einmaligen Kosten genau in Euro sind, entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt. Wir benötigen einmalige Kosten, vor allem um das Risiko zu prüfen und die Vermittlung des Vertrags zu vergüten.

Die einmaligen Kosten berechnen wir, wenn wir das  $\nearrow$  Deckungskapital berechnen, wie folgt:

- In den ersten fünf Jahren ab Vertragsbeginn ziehen wir die einmaligen Kosten in gleichen Teilbeträgen von Ihren Beiträgen ab.
- Ab dem sechsten Jahr nach Vertragsbeginn fallen keine einmaligen Kosten mehr an.
- Wenn Sie mit uns weniger als für fünf Jahre Beiträge vereinbart haben, gilt: Dann ziehen wir die einmaligen Kosten in gleichen Beträgen über die gesamte Zeit ab, in der Sie Beiträge zahlen.

Wenn Sie Ihre Beiträge automatisch erhöhen (23) berechnen wir die einmaligen Kosten auf den zusätzlichen Beitrag nach demselben Verfahren.

### 24.3 Was sind laufende Kosten?

Den genauen Betrag der laufenden Kosten entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt. Die laufenden Kosten benötigen wir, um Ihren Vertrag zu verwalten.

Was geschieht bei einem Beitrags-Stopp? Auch dann entstehen bei uns Kosten, um Ihren Vertrag zu verwalten. Diese Kosten berücksichtigen wir, wenn wir Ihre Leistungen nach 22.3 neu berechnen.

## 25 Welche Kosten können wir zusätzlich erheben?

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

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

Bei diesen Ereignissen berechnen wir Ihnen jeweils einmalige Kosten.

Die Kosten entfallen oder verringern sich, wenn Sie uns nachweisen,

- dass unsere Annahmen für die Berechnung der Kosten falsch sind oder
- dass wir die Kosten zu hoch beziffert haben.

Wenn die Kosten falsch sind, entfallen sie. Wenn die Kosten zu hoch beziffert sind, verringern wir sie.

Die genauen Kosten finden Sie in der Gebühren-Tabelle. Diese finden Sie bei Ihren Versicherungsunterlagen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Gebühren-Tabelle gern zu. Die Höhe der Kosten kann sich während der 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

### 26 Welche $\nearrow$ Rechnungsgrundlagen verwenden wir?

Der  $\nearrow$  Rechnungszins beträgt 1,75 %. Wir verwenden unternehmenseigene  $\nearrow$  Sterbe- und Wahrscheinlichkeitstabeln. Diese basieren

- bei der Berufsunfähigkeitsrente auf den Wahrscheinlichkeitstabeln „DAV 1997“ und „DAV 2008 P MR“ und
- bei dem Krankheitenchutz auf „MR 2013 DD“.

### 27 Welche Überschüsse können während der Vertragsdauer zu Ihren Leistungen hinzukommen?

Während der  $\nearrow$  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.

Es gibt Risiko-, Kosten- und Zins-Überschüsse. Die Überschüsse ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs und des Versicherungsaufsichtsgesetzes. Wir beteiligen unsere  $\nearrow$  Versicherungsnehmer an diesen Überschüssen, wie es im Aufsichtsrecht vorgegeben ist.

### 27.1 Wie entstehen Überschüsse?

Die Überschüsse entstehen:

- Wenn die Risiken in geringerem Umfang eingetreten sind, als wir anfangs angenommen haben. Beispiel: Es werden weniger  $\nabla$  versicherte Personen berufsunfähig, als wir angenommen haben. Dann entsteht ein so genannter Risiko-Überschuss.
- Wenn die tatsächlich angefallenen Kosten niedriger sind als anfangs angenommen. Dann entsteht ein so genannter Kosten-Überschuss.
- Wenn wir mit dem  $\nabla$  Sicherheitskapital aller unserer  $\nabla$  Versicherungsnehmer Erträge erzielen. Dann entsteht ein so genannter Zins-Überschuss. Kosten, die uns für die Verwaltung der Kapitalanlage entstehen, ziehen wir vorher ab.

Dieser Vertrag sichert Risiken ab und dient nicht dem Kapitalaufbau. Daher entstehen in erster Linie Risiko-Überschüsse.

### 27.2 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. Innerhalb dieser Gruppen bilden wir Gewinnverbände. In einem Gewinnverband befinden sich alle Versicherungen, die in einem ähnlichen Umfang dazu beitragen, dass Überschüsse entstehen. Welchem Gewinnverband die versicherten Risiken Ihres Vertrages angehören, können Sie dem  $\nabla$  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.

Wir informieren Sie, wenn sich die Überschuss-Beteiligung ändert.

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

#### 28.1 Wie verwenden wir die Überschüsse bei Ihrem Vertrag?

Wir teilen Ihnen die Überschüsse zu, indem wir

- entweder Ihre Beiträge herabsetzen (Beitragsreduktion, siehe 28.2) oder
- Ihre Leistungen erhöhen (Bonus, siehe 28.3).

Sie können sich für die Berufsunfähigkeits-Rente bei Vertragsbeginn für a. oder b. entscheiden. Für den Krankheitschutz gilt immer a.

#### 28.2 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  $\nabla$  Tarifbeitrags aus. Wenn wir  $\nabla$  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  $\nabla$  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.

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

#### 28.3.1 Was ist der SofortBonus?

Den SofortBonus gewähren wir ab Vertragsbeginn. Wir verwenden die Überschüsse, um im  $\nabla$  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  $\nabla$  Versicherungsfall eintritt. Sie erhalten dann aber mindestens die garantierte Rente. Der SofortBonus kann im Folgejahr auch höher sein als im laufenden Jahr.

Wenn der  $\nabla$  Versicherungsfall eintritt, zahlen wir die Rente zusammen mit dem SofortBonus, der bei Eintritt des  $\nabla$  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  $\nabla$  versicherte Person bei Vertragsbeginn ausgeübt hat.

#### 28.3.2 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  $\nabla$  versicherten Person.

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

### 29 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  $\nabla$  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  $\nabla$  Versicherungsjahres zu, in dem wir eine Leistung zahlen.

Die zugewiesenen Überschüsse erhöhen die Berufsunfähigkeits-Rente. Wenn wir die Berufsunfähigkeits-Rente mit Überschüssen erhöht haben, ist diese bis zum Ende der Leistung garan-

tiert. Den nächsten Überschuss berechnen wir auf die zuletzt gezahlte Rente.

### 30 Wann und wie können Sie die Leistungen unabhängig vom Gesundheitszustand der 7 versicherten Person erhöhen, umtauschen oder verlängern?

#### 30.1 Wie können Sie die Leistungen bei bestimmten Anlässen erhöhen (Nachversicherungsgarantie)?

Ob in Ihrem Vertrag die Nachversicherungsgarantie eingeschlossen ist, können Sie Ihrem 7 Versicherungsschein entnehmen.

##### 30.1.1 Bei welchen Anlässen können Sie erhöhen?

Wenn bei der 7 versicherten Person bestimmte Anlässe eintreten, können Sie die Leistungen aus diesem Vertrag erhöhen. Dabei prüfen wir die Gesundheit der 7 versicherten Person nicht. Bei folgenden Anlässen ist eine Erhöhung der Leistungen möglich:

Die 7 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 7 versicherte Person
  - nichtselbstständig ist: Das Bruttoeinkommen hat sich um mindestens 10 % 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 dieser Tätigkeit hat sich um mindestens 25 % erhöht. Gemeint ist hierbei das Bruttoeinkommen der letzten zwei Kalenderjahre im Vergleich zu den beiden Kalenderjahren davor. Unter Bruttoeinkommen verstehen wir den Umsatz ohne Umsatzsteuer und vor Abzug von Personensteuern. Der Zeitpunkt des Karrieresprungs ist der 31.12. des zweiten der beiden Jahre, in denen sich das Bruttogehalt entsprechend erhöht hat,
- beginnt nach erfolgreichem Abschluss einer 7 Ausbildung oder eines 7 Studiums eine berufliche Tätigkeit. Die 7 Ausbildung oder das 7 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 7 versicherten Person stirbt oder wird pflegebedürftig in der Pflegepflichtversicherung.

##### 30.1.2 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 30.1.1 muss während der 7 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 2.000 EUR monatlich.
  - Wenn mehrere Berufsunfähigkeits-Renten für die 7 versicherte Person bestehen, gilt: Alle zusammen einschließlich dieser Erhöhung dürfen insgesamt höchstens 60 % des Bruttoeinkommens betragen. Das müssen Sie uns nachweisen.
  - Wenn für die 7 versicherte Person auch Erwerbsunfähigkeits-Renten bestehen, gilt: Die Erwerbsunfähigkeits-Renten dürfen zusammen mit allen Berufsunfähigkeits-Renten 90 % des Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Das müssen Sie uns nachweisen.
- Sie müssen uns in Textform nachweisen, dass ein Anlass nach 30.1.1 eingetreten ist.

##### 30.1.3 Wie berechnen wir die erhöhten Leistungen und Beiträge?

Wenn Sie die Leistungen zu den in 30.1.1 genannten Anlässen erhöhen, erhöhen sich damit auch die Beiträge. Die Leistungen und Beiträge für den Krankheitschutz erhöhen sich nicht.

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

- Dieser Teil gilt als neuer Vertrag.
- Für diesen Teil gelten die Bedingungen für neue Verträge, die am Tag der Erhöhung gültig sind.

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

- Das 7 rechnungsmäßige Alter der 7 versicherten Person am Tag der Erhöhung,
- die 7 Rechnungsgrundlagen, die am Tag der Erhöhung gültig sind,
- das in Ihrem 7 Versicherungsschein genannte Ende der 7 Versicherungsdauer, 7 Leistungsdauer und 7 Beitragszahlungsdauer und
- die gegebenenfalls mit Ihnen getroffenen Vereinbarungen zum Risiko, zum Beispiel Risikoausschlüsse und
- den zum Zeitpunkt der Erhöhung ausgeübten Beruf der 7 versicherten Person.

##### 30.1.4 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.

##### 30.1.5 Wann endet die Möglichkeit zur Erhöhung?

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

- Ab dem 7 Versicherungsjahrestag, an dem die 7 versicherte Person das 7 rechnungsmäßige Alter von 50 Jahren erreicht hat,
- wenn für die 7 versicherte Person bereits aus irgendeiner privaten oder gesetzlichen Versicherung Leistungen für folgende Fälle beantragt worden sind: Berufsunfähigkeit, Pflege, Erwerbsunfähigkeit oder -minderung,

- c. die  $\mathcal{A}$ 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.

### 30.2 Wie können Sie Ihren Vertrag umtauschen (Upgradeoption)?

Sie können Ihren Vertrag umtauschen, wenn die  $\mathcal{A}$ versicherte Person bei Abschluss des Vertrages zu einer der folgenden Personengruppen gehört:

- Schüler,
- Student,
- Auszubildender oder
- Beamtenanwärter.

Umtauschen bedeutet, dass Sie Ihren bestehenden Vertrag gegen einen neuen für Berufstätige eintauschen. Der neue Vertrag berücksichtigt

- den aktuellen Beruf der  $\mathcal{A}$ versicherten Person,
- auf Wunsch eine verlängerte  $\mathcal{A}$ Versicherungsdauer (30.2.2),
- eine Erhöhung der Leistungen nach 30.1, wenn insbesondere die dort genannte Frist von sechs Monaten eingehalten wird.

Was ist Ihr Vorteil hierbei? Wir prüfen die Gesundheit der  $\mathcal{A}$ versicherten Person nicht. Vereinbarungen zum Risiko, zum Beispiel  $\mathcal{A}$ Risikozuschläge, bleiben jedoch bestehen.

Sie müssen außerdem die folgenden Bedingungen beachten.

#### 30.2.1 Bei welchen Anlässen können Sie umtauschen?

Sie können diesen Vertrag einmalig umtauschen. Dies gilt, wenn

- a. die  $\mathcal{A}$ versicherte Person eine  $\mathcal{A}$ Ausbildung oder ein  $\mathcal{A}$ Studium abschließt und
- b. anschließend einen Beruf ausübt
- c. bis zum  $\mathcal{A}$ Versicherungsjahrestag, an dem die  $\mathcal{A}$ versicherte Person das  $\mathcal{A}$ rechnungsmäßige Alter von 30 Jahren erreicht hat, und
- d. Sie dieses Umtauschrecht bis einen Monat vor dem Ende der  $\mathcal{A}$ Versicherungsdauer ausüben.
- e. Außerdem weisen Sie uns die genannten Bedingungen nach und
- f. Ihre Angaben sind richtig und vollständig. Beachten Sie 3 und 4.

#### 30.2.2 Wie können Sie die $\mathcal{A}$ Versicherungsdauer bei Umtausch verlängern?

Sie können die  $\mathcal{A}$ Versicherungsdauer verlängern:

- Höchstens bis zum  $\mathcal{A}$ rechnungsmäßigen Alter, das für den ausgeübten Beruf der  $\mathcal{A}$ versicherten Person vorgesehen ist,
- mindestens bis zum  $\mathcal{A}$ rechnungsmäßigen Alter von 55 Jahren.

Die  $\mathcal{A}$ Leistungsdauer wird verlängert auf die  $\mathcal{A}$ Versicherungsdauer.

#### 30.2.3 Wie berechnen wir den neuen Beitrag?

Wenn Sie Ihren bestehenden Vertrag umtauschen, schließen wir einen neuen selbstständigen Vertrag ab. Es gelten die

Bedingungen zu dem Zeitpunkt, in dem Sie Ihren Vertrag umtauschen. Bitte beachten Sie: Der Beitrag kann nach dem Umtausch höher sein.

#### 30.2.4 Wann beginnt der umgetauschte Vertrag?

Der neue Vertrag gilt ab dem folgenden Monat, nachdem wir Ihren Wunsch erhalten haben. Die Erhöhungen gelten zum ersten des Monats um 12.00 Uhr. Dieser Vertrag erlischt dann.

#### 30.2.5 Wann endet die Möglichkeit zum Umtausch?

In folgenden Fällen haben Sie keine Möglichkeit mehr, Ihren Vertrag umzutauschen:

- a. Die  $\mathcal{A}$ versicherte Person bezieht eine der folgenden Renten: Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- oder Pflege-Rente.
- b. Die  $\mathcal{A}$ versicherte Person hat eine Rente nach a. beantragt, über die noch nicht entschieden wurde.
- c. Die  $\mathcal{A}$ versicherte Person ist schwerbehindert oder hat einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt.
- d. Sie zahlen keine Beiträge.
- e. Sie haben falsche oder unvollständige Angaben gemacht und wir treten zurück, kündigen oder passen den Vertrag an. Beachten Sie 3 und 4.

### 30.3 Wie können Sie die Dauer Ihrer Versicherung verlängern?

#### 30.3.1 Welche Bedingungen müssen Sie beachten?

Sie können Ihren Vertrag verlängern, ohne dass wir die Gesundheit der  $\mathcal{A}$ versicherten Person prüfen. Dazu müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- a. Die  $\mathcal{A}$ Versicherungsdauer läuft längstens, bis die  $\mathcal{A}$ versicherte Person das  $\mathcal{A}$ rechnungsmäßige Alter von 30 Jahren erreicht hat.
- b. Die  $\mathcal{A}$ versicherte Person ist zum Ende der  $\mathcal{A}$ Versicherungsdauer noch in der  $\mathcal{A}$ Ausbildung oder im  $\mathcal{A}$ Studium.
- c. Uns geht Ihr Wunsch, den Vertrag zu verlängern, bis einen Monat vor dem Ende der Vertragsdauer zu.
- d. Sie weisen uns die genannten Bedingungen in  $\mathcal{A}$ Textform nach.
- e. Ihre Angaben sind richtig und vollständig. Beachten Sie 3 und 4.

#### 30.3.2 Welche Folgen hat Ihr Verlängerungswunsch?

Wenn Sie Ihr Verlängerungsrecht ausüben, verlängert sich die  $\mathcal{A}$ Versicherungsdauer um fünf Jahre. Ansonsten bleibt Ihr Vertrag unverändert bestehen. Den Beitrag berechnen wir neu entsprechend der Vorgaben in 26. Der Beitrag kann sich erhöhen.

#### 30.3.3 Wann endet die Möglichkeit zur Verlängerung?

In folgenden Fällen haben Sie keine Möglichkeit mehr, Ihren Vertrag zu verlängern:

- a. Die  $\mathcal{A}$ versicherte Person bezieht eine der folgenden Renten: Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- oder Pflege-Rente.
- b. Die  $\mathcal{A}$ versicherte Person hat eine Rente nach a. beantragt, über die noch nicht entschieden wurde.
- c. Die  $\mathcal{A}$ versicherte Person ist schwerbehindert oder hat einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt.

- d. Sie zahlen keine Beiträge.
- e. Sie haben falsche oder unvollständige Angaben gemacht und wir treten zurück, kündigen oder passen den Vertrag an. Beachten Sie 3 und 4.

### 31 Wann können wir die Beiträge oder Leistungen anpassen?

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

- a. ↗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 ↗Treuhandler muss prüfen und bestätigen, ob die zuvor genannten Bedingungen erfüllt sind. Der ↗Treuhandler muss auch die neue Berechnung des Beitrags prüfen und diese bestätigen. Der ↗Treuhandler 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 ↗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.

### 32 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

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

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

Eine Bestimmung kann durch eine ↗höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen ↗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 ↗unzumutbare Härte darstellen würde, wenn der Vertrag ohne neue Bestimmung bestehen bleibt. Wir müssen Ihre und unsere Interessen berücksichtigen.

#### 32.2 Wann wird die neue Bestimmung wirksam?

Die neue Bestimmung ist nur wirksam, wenn die Bestimmung die Interessen aller unserer ↗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.

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

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

Wenn sich Ihre Anschrift ändert, müssen Sie uns dies ↗unverzüglich mitteilen. Tun Sie dies nicht, können Ihnen Nachteile entstehen: Wir können Ihnen ↗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.

##### 33.2 Was gilt, wenn Sie in den USA steuerpflichtig werden?

Während der Dauer dieses Vertrags müssen Sie uns ↗unverzüglich mitteilen, wenn

- a. einer der folgenden Personen der Status „US-Person“ zukommt oder diese in den USA aus anderen Gründen steuerpflichtig ist oder wird: Sie selbst, der Beitragszahler, die ↗versicherte Person oder die ↗begünstigte Person.
- b. Dies gilt auch, wenn eine der genannten Personen eine ↗juristische Person ist.
- c. Ebenso müssen Sie uns melden, wenn eine der genannten Personen den Status als „US-Person“ verliert oder aus anderen Gründen in den USA nicht mehr steuerpflichtig ist.
- d. Sie müssen uns außerdem die ↗US-TIN der Person angeben, die in den USA steuerpflichtig ist.

„US-Personen“ sind:

- a. Inhaber der US-Staatsbürgerschaft,
- b. Personen, die Ihren Wohnsitz in den USA haben,
- c. Personen, die sich ständig in den USA aufhalten dürfen (zum Beispiel Greencard),
- d. Personen, die sich längere Zeit in den USA aufgehalten haben. Was bedeutet längere Zeit?
  - a. Im laufenden Kalenderjahr mindestens 31 Tage und
  - b. im laufenden und in den beiden vorausgehenden Kalenderjahren insgesamt mehr als 183 Tage.
  - c. Die Tage werden wie folgt gezählt: Tage des laufenden Kalenderjahres voll, Tage des letztens Kalenderjahres zu einem Drittel und Tage des vorletzten Kalenderjahres zu einem Sechstel.

Der Steuerstatus richtet sich ausschließlich nach dem US-amerikanischen Steuerrecht, das zum Zeitpunkt der Beurteilung anwendbar ist.

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.

### 34 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

#### 34.1 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 unserem Geschäftssitz oder
- am Ort unserer Niederlassung, in der Ihr Vertrag geführt wird.

#### 34.2 Bei juristischen Personen?

Was geschieht, wenn unser Vertragspartner eine natürliche 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: beim zuständigen Gericht an unserem Geschäftssitz oder am Ort unserer Niederlassung, in der ihr Vertrag geführt wird.

#### 34.3 Bei einem ausländischen Wohnsitz?

An welchem Ort ist Klage einzureichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen der folgenden Staaten verlegen?

- Staat außerhalb der Europäischen Union,
- Island,
- Norwegen oder
- der Schweiz.

Bei einem Wohnsitz in diesen Staaten sind die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Geschäftssitz haben.

## F Kündigung des Vertrags

### 35 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 schriftlich kündigen. Eine Kündigungsfrist gibt es nicht.

### 36 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, gehen wir wie bei einem Beitrags-Stopp (22) vor. Dann zahlen Sie keine Beiträge mehr. Die Leistungen berechnen wir neu nach 22.3 wie bei einem Beitrags-Stopp.

## Glossar

### Welche Fachbegriffe verwenden wir?

Hier erläutern wir Ihnen die mit gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Versicherungsbedingungen verwenden.

**Aktuar:** Ein versicherungsmathematisch ausgebildeter Sachverständiger.

**Arglist / arglistig:** Bedeutet, dass Sie oder die versicherte Person uns täuschen. Dabei haben Sie es für möglich gehalten, dass die Angaben nicht richtig sind.

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

**Beitragszahlungsdauer:** Der Zeitraum, in dem Sie Beiträge zahlen.

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

**Bestandskräftiger Verwaltungsakt:** Zum Beispiel ein Bescheid der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörde, der nicht mehr mit rechtlichen Mitteln aufgehoben werden kann.

**Deckungskapital:** Es drückt Folgendes aus: den Unterschiedsbetrag zwischen

a) den zukünftig von uns zu erfüllenden Verpflichtungen und  
 b) den zukünftig von Ihnen zu zahlenden Beiträgen für diesen Vertrag. Diesen Betrag drücken wir für jedes Jahr aus. Die Werte der zukünftigen Verpflichtungen und zukünftig zu zahlenden Beiträge berechnen wir wie folgt: Nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation.

**Erklärungen:** Mitteilungen, die auch einen rechtlichen Charakter haben können, zum Beispiel Anfechtungen, Kündigungen.

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

**Grob fahrlässig:** Sie handeln grob fahrlässig, wenn Sie die erforderliche Sorgfalt in besonderem Maß nicht beachten. Mit anderen Worten: Sie haben nicht beachtet, was jedem hätte einleuchten müssen.

**Höchstrichterliche Entscheidung:** Zum Beispiel ein Urteil des Bundesgerichtshofs oder des Bundesverwaltungsgerichts.

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

**Leistungsdauer:** Der Zeitraum, bis zu dessen Ende wir unsere Leistung längstens erbringen (5.1.b.).

**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,

- a) wenn der Gesundheitszustand der ↗ versicherten Person nicht normal ist oder
- b) die versicherte Person ein sonstiges risikohöhendes Merkmal aufweist, zum Beispiel eine gefährliche Sportart betreibt.

**Schriftlich:** Zum Beispiel per Brief, Schriftform.

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

**Sicherheitskapital:** Das gesamte von unseren ↗ 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 oder Fachhochschule.

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

**Textform:** Zum Beispiel per Brief, Telefax oder E-Mail.

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

**Unverschuldet:** Bedeutet, dass Sie weder ↗ vorsätzlich noch ↗ 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.

**US-TIN:** Steuernummer in den USA.

**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 ↗ Versicherungsnehmer.

**Versicherungsfall:** Wenn ein Umstand eintritt, der eine Leistung durch uns auslöst. Zum Beispiel: die versicherte Person wird berufsunfähig.

**Versicherungsdauer:** Wenn innerhalb dieses Zeitraums das versicherte Risiko eintritt, erbringen wir unsere Leistung (5.1.a.). Auch alle weiteren Bedingungen müssen erfüllt sein.

**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 und quasi der Inhaber der Versicherung. Er schließt den Vertrag ab und erhält den ↗ Versicherungsschein. Grundsätzlich hat er alle Rechte am und alle Pflichten aus dem Vertrag.

**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. Beachten Sie 19.2.

**Vertragsdauer:** Das ist der Zeitraum, indem unser Vertrag besteht. Die Vertragsdauer ist etwas anderes als die Versicherungsdauer. Unser Vertrag endet:

- a) zum vereinbarten Vertragsende, wenn wir nicht leisten, und
- b) wenn wir leisten, zahlen wir bis zum Ende der Leistungsdauer beziehungsweise lebenslang. Der Vertrag endet dann danach.

**Vorsätzlich:** Vorsätzlich handelt, wer a) ein bestimmtes Ergebnis will, b) den Eintritt eines Ergebnisses für sicher hält oder c) 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:** Gegen Gesetze 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	25 EUR
▶ Durchführung von Vertragsänderungen (mit Ausnahme von vollständiger Beitragsfreistellung und vollständiger Kündigung)	25 EUR pro Vertragsänderung
▶ Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen (sofern diese vertraglich nicht ausgeschlossen sind)	25 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	25 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 25 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	5 EUR
▶ Mahnverfahren bei Beitragsrückständen	2,50 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 Name, Anschrift, Rechtsform und Sitz des Unternehmens

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

Telefon: 0 40/35 99-0

Telefax: 0 40/35 99-36 36

E-Mail: Kunde@Basler.de

Internet: <http://www.basler.de>

Sitz: Hamburg

USt.-IdNr.: DE 276021973

Registergericht: Amtsgericht Hamburg HRB 4659

### 2 Hauptgeschäftstätigkeit

Die Gesellschaft betreibt die Lebensversicherung in allen ihren Arten, und zwar als Erst- und Rückversicherung, ferner Kapitalisierungsgeschäfte sowie die Verwaltung von Versorgungseinrichtungen.

Die Gesellschaft kann Zweigniederlassungen errichten, andere Bestände übernehmen, die Geschäfte anderer Versicherungsunternehmen fortführen und sich an anderen Wirtschaftsunternehmen beteiligen sowie Versicherungs-, Bauspar- und Investmentverträge vermitteln.

### 3 Sicherungsfonds

Die Basler Lebensversicherungs-AG gehört dem gesetzlichen Sicherungsfonds an, der dem Schutz der Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient. Aufgaben und Befugnisse des Sicherungsfonds für die Lebensversicherer wurden übertragen an die Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstr. 43 / 43 G, 10117 Berlin.

### 4 Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, Annahmefristen

Die Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen sind auf dem bei Antragstellung aktuellen Stand.

Ihren Antrag auf Grundlage dieser Informationen können wir innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Annahmefrist beginnt mit Ihrer Antragsunterzeichnung, jedoch nicht vor dem Tag einer eventuell erforderlichen ärztlichen Untersuchung.

Haben wir Ihnen ein Angebot unter Berücksichtigung Ihrer Risikoverhältnisse unterbreitet, so halten wir dieses in der Regel vier Wochen aufrecht.

### 5 Anwendbares Recht und Vertragssprache

Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Wir teilen Ihnen alle Versicherungsbedingungen und -informationen in deutscher Sprache mit. Auch während der Vertragslaufzeit verständigen wir uns mit Ihnen in Deutsch.

### 6 Beschwerdestelle / Aufsichtsbehörde

Der Vermittler – Ihr Berater – und die Mitarbeiter der Basler Gruppe Deutschland werden Sie umfassend und kompetent beraten. Sollte es dennoch im Einzelfall zu Meinungsverschiedenheiten kommen, können Sie unseren Kundenservice unter den Rufnummern

0 40/35 99-77 11 für alle Lebensversicherungsprodukte und 0 40/35 99-77 10 für Altersvorsorgeverträge (Riesterverträge)

anrufen oder Sie schreiben an

Basler Lebensversicherungs-AG, 22797 Hamburg.

Darüber hinaus können Sie sich auch wenden an den

Versicherungsombudsmann e.V.  
 Postfach 08 06 32  
 10006 Berlin

oder die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,  
 Sektor Versicherungsaufsicht  
 Graurheindorfer Straße 108  
 53117 Bonn

Unabhängig davon haben Sie auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

## Allgemeine Steuerregelungen für Berufsunfähigkeitsversicherungen, Pflegeversicherungen und Risikoversicherungen

Die nachfolgenden Hinweise bieten eine allgemeine steuerliche Übersicht und beruhen auf den per 01.10.2013 geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Sie können eine individuelle steuerliche Beratung nicht ersetzen.

### 1 Steuerliche Behandlung der Beiträge

Die Beiträge zu Berufsunfähigkeits-, Pflege- und Risikoversicherungen gehören zu den Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Abs. 1 Nr. 3a Einkommensteuergesetz (EStG) und können bei der Einkommensteuer als Sonderausgaben geltend gemacht werden.

Der Höchstbetrag für diese und alle weiteren Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 und Nr. 3a EStG (z. B. Beiträge zur Kranken- und gesetzlichen Pflegeversicherung) beträgt insgesamt 2.800 EUR.

Dieser Höchstbetrag reduziert sich auf 1.900 EUR, wenn der Steuerpflichtige ganz oder teilweise ohne eigene Aufwendungen einen Anspruch auf vollständige oder teilweise Erstattung oder Übernahme von Krankheitskosten hat (z. B. Beihilfe) oder für dessen Krankenversicherung Leistungen vom Arbeitgeber erbracht werden (z. B. Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung).

Bei einer Zusammenveranlagung bestimmt sich der gemeinsame Höchstbetrag aus der Summe der jeweiligen Höchstbeträge.

Die abzugsfähigen Beiträge zur Kranken- und gesetzlichen Pflegeversicherung können auch dann in voller Höhe als Sonderausgaben abgezogen werden, wenn sie die vorgenannten Höchstbeträge übersteigen. Beiträge zur Berufsunfähigkeits-, Pflege- oder Risikoversicherung können in diesem Fall steuerlich nicht berücksichtigt werden.

### 2 Steuerliche Behandlung der Leistungen

#### 2.1 Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung

Berufsunfähigkeitsrenten unterliegen als sonstige Einkünfte nur mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer. Die Höhe des Ertragsanteils bemisst sich nach der voraussichtlichen Laufzeit der Rentenzahlungen ab Beginn des Rentenbezugs.

Einmalige Kapitalleistungen 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.

Rentenzahlungen aus einer eingeschlossenen Zusatzversicherung unterliegen als sonstige Einkünfte mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer. Die Höhe des Ertragsanteils bemisst sich nach der voraussichtlichen Laufzeit der Rentenzahlungen ab Beginn des Rentenbezugs.

### 3 Erbschaft- bzw. Schenkungsteuer

Versicherungsleistungen, die nicht an den Versicherungsnehmer erbracht werden, unterliegen grundsätzlich der Erbschaft- bzw. Schenkungsteuer. Durch hohe Freibeträge fällt in vielen Fällen keine Erbschaft- bzw. Schenkungsteuer an.

### 4 Mitteilungspflichten und Besonderheiten bei Steuerpflicht außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Im Falle einer US- oder sonstigen länderspezifischen Steuerpflicht sind die Vermögenswerte bzw. sonstige Leistungen aus dem Versicherungsvertrag von den Steuerpflichtigen zusätzlich gegenüber den US- bzw. anderen Behörden zu deklarieren.

Wir weisen darauf hin, dass wir auf behördliche Aufforderung im Rahmen der deutschen Rechtsordnung Daten an deutsche Steuerbehörden weitergeben können.

Ihr kompetenter Ansprechpartner



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

Telefon 040 3599 7711  
Montag bis Freitag von 8.00 bis 18.00 Uhr

**Wir machen Sie sicherer.**  
[www.basler.de](http://www.basler.de)