Vorschlag
Berufsunfähigkeitsversicherung Premium (ohne AU)

für:

Frau

Berufsunfähigkeitsversicherung Premium (ohne AU)

Geburtsdatum: 01.07.2003

Ihre Vorteile auf einen Blick

- 100 % Leistung ab 50 % Berufsunfähigkeit

- Erstklassiges Preis-Leistungs-Verhältnis

- Keine abstrakte Verweisung auf eine andere berufliche Tätigkeit

- Schutz bei zeitweiser oder dauerhafter Berufsunfähigkeit

- Garantierter Schutz von Anfang an



Beitrag

Gesamtbeitrag	62,00 EUR
Zahlweise	monatlich
Beitragsdynamik	5 %, jährlich
Gesamtbeitrag inkl. Dynamik im letzten Versicherungsjahr	507,40 EUR
Die Beitragszahlung endet am	01.11.2070

Leistung

Versicherungsbeginn	01.12.2026
Rentenbeginn bei Eintritt von Berufsunfähigkeit keine Karenzzeit	
Ablauftermin der Versicherung	mit 67 Jahren am 01.12.2070
monatliche Rente garantiert	**2.000,00 EUR**

Die Beitragsdynamik erhöht den Versicherungsschutz vor Rentenbezug.

monatliche Rente inkl. Dynamik im letzten Versicherungsjahr	17.948,00 EUR

Die Leistungsdynamik von 1 % erhöht den Versicherungsschutz im Rentenbezug.

Premium-Schutz

- Wiedereingliederungshilfe
einmalig eine zusätzliche Kapitalleistung

- Leistungen bei Umorganisation

- Lebenslange Rentenzahlung
bei Eintritt der Berufsunfähigkeit aufgrund dauerhafter Pflegebedürftigkeit vor Vollendung des 45. Lebensjahres

Alle Angaben basieren auf modellhaften Betrachtungen und den derzeitigen steuerlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen und der prognostizierten Überschussbeteiligung. Sie sind daher nicht verbindlich und dienen lediglich zur Orientierung.

Berufsunfähigkeitsversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

BarmeniaGothaer

Unternehmen:
BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG
Bundesrepublik Deutschland

Produkt: Berufsunfähigkeitsversicherung Premium (ohne AU)

Dieses Informationsblatt zu Versicherungsprodukten gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen. Diese bestehen aus Vorschlag, Allgemeine Kundeninformationen, Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Verzeichnis der Dienstleister, Merkblatt zur steuerlichen Behandlung, Antrag und Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?
Es handelt sich um eine Berufsunfähigkeitsversicherung.

Was ist versichert?

✓ **Berufsunfähigkeit:**

Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig wird, zahlen wir die vereinbarte Rente. Versicherte Person ist diejenige, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen wird. Die Renten zahlen wir längstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer. Während wir eine Rente zahlen, brauchen Sie keine Beiträge zahlen.

Die garantierte Rente beträgt monatlich 2.000,00 EUR.

Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechender) Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich länger als sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, tätig zu sein. Sie geht auch keiner anderen, ihrer Ausbildung, ihren Fähigkeiten und ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechenden beruflichen Tätigkeit nach.

✓ **Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit**

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit, erbringen wir in jedem Fall unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit die o.g. Leistungen.

Anmerkung zum Begriff „Berufsunfähigkeit":

Bitte beachten Sie, dass die Begriffe „Berufsunfähigkeit“ und „Pflegebedürftigkeit“ in der Sozialversicherung und in der Krankentagegeldversicherung einen abweichenden Inhalt haben.

Wir erbringen unsere Leistungen längstens bis zum **01.12.2070**.

Was ist nicht versichert?

× Ausschlüsse bestimmter Risiken können sich im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Hierauf weisen wir im Versicherungsschein hin.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Wenn Sie unwahre oder unvollständige Angaben machen, kann Ihr Schutz aus dieser Versicherung vollständig oder teilweise, für die Zukunft oder rückwirkend entfallen.
Unsere Leistungspflicht entfällt:

! Bei Berufsunfähigkeit durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen, bei denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

! Bei Berufsunfähigkeit durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person.

! Bei Berufsunfähigkeit durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder Stoffen.

! Haben Sie eine Karenzzeit vereinbart, zahlen wir die Rente frühestens nach Ablauf der Karenzzeit.

Wo bin ich versichert?

✓ Der Schutz aus dieser Versicherung besteht weltweit.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle unsere in Textform gestellten Fragen vor Abschluss oder Änderung des Vertrags richtig und vollständig beantworten. Das gilt auch, wenn unser Vermittler Ihnen die Fragen stellt. Besonders wichtig ist das bei Fragen zu Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden.
- Während der Vertragslaufzeit haben Sie beispielsweise folgende Pflichten: Mitteilung von Adressänderungen, Information bei Änderung der Bankverbindung, Mitteilung zur Änderung des Bezugsrechts.
- Sie oder ein Dritter, der Anspruch auf Leistung erheben kann, sind verpflichtet, uns den Eintritt eines Versicherungsfalles unverzüglich anzuzeigen. Wir benötigen alle zur Prüfung des Leistungsfalles notwendigen Auskünfte und Unterlagen, wie z. B. den Versicherungsschein.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins und Aufforderung zur Beitragszahlung zahlen, jedoch nicht vor dem **01.12.2026**. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) müssen Sie monatlich, jeweils im Voraus zahlen.
Sie können durch Überweisung oder durch SEPA-Lastschrift Ihre Zahlung leisten. Zahlungen durch Dritte sind in dieser Form ebenfalls möglich.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der **Schutz dieser Versicherung beginnt** mit Zugang des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor Mittag des **01.12.2026**. Für den Fall, dass wir Wartezeiten vereinbart haben, sind diese zu berücksichtigen. Ebenfalls setzen wir die rechtzeitige Zahlung des ersten Beitrags voraus.

Der **Schutz dieser Versicherung endet** mit Beendigung des Vertrages, zum Beispiel durch den Tod der versicherten Person, mit Ablauf der Versicherungsdauer. Der Vertrag endet auch durch Ablauf, Kündigung oder Risikofortfall und in weiteren vertraglich oder gesetzlich genannten Fällen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise kündigen.
Wenn Sie den Vertrag kündigen, wird dieser beitragsfrei gestellt. Kündigen Sie den Vertrag nur teilweise, reduzieren wir den Beitrag. Ein Rückkaufswert fällt nicht an. Eine Erstattung der von Ihnen eingezahlten Beiträge können Sie bei einer Kündigung nicht verlangen.

Prämie und Kosten

Unmittelbar ab Beginn der Versicherung wird Ihr Vertrag an entstehenden Überschüssen beteiligt. Dadurch ermäßigt sich der zu zahlende Beitrag im ersten Jahr. In der Folgezeit kann die Ermäßigung jedes Jahr unterschiedlich hoch sein oder auch ganz entfallen.

Beitrag monatlich	in EUR
- Hauptversicherung vor Abzug Beitragsreduktion	81,60
- Hauptversicherung nach Abzug Beitragsreduktion	62,00
jährlicher Gesamtbeitragsaufwand	744,00

Der Beitrag ist **fällig vom 01.12.2026 bis zum 01.11.2070**. Eventuell vereinbarte dynamische Erhöhungen sind nicht berücksichtigt.

Für den Abschluss des Vertrages und bei Erhöhungen des Beitrages während der Laufzeit entstehen Ihnen Kosten. Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten haben wir bereits bei der Kalkulation des Tarifs berücksichtigt. **Diese Kosten stellen wir Ihnen nicht separat in Rechnung.** Mit den Abschlusskosten finanzieren wir nicht nur die Vergütung des Vermittlers. Auch die Kosten für die Entwicklung und Investition, Kosten für Werbung - und auch Kosten für Beratung und Risikoprüfung sind hierin enthalten.

Berufsunfähigkeitsversicherung

Die Kosten betragen zu Vertragsbeginn einmalig 1.077,23 EUR. Die außerdem anfallenden laufenden Kosten betragen 204,94 EUR pro Jahr (dies entspricht 17,08 EUR pro Monat). Dabei handelt es sich um Verwaltungskosten.

In bestimmten Fällen entsteht ein zusätzlicher Aufwand für die Verwaltung. Wenn Sie diesen Aufwand veranlasst haben, zahlen Sie eine pauschale Gebühr. Beispielsweise wenn wir Ihnen eine Ersatzurkunde für den Versicherungsschein ausstellen (z. Zt. 25,00 EUR) oder Sie Beiträge nicht zahlen und wir eine schriftliche Mahnung schicken. Weitere Einzelheiten können Sie dem Gebührenkatalog entnehmen.

Die dargestellten Kosten berücksichtigen den vereinbarten Beitrag bei Vertragsschluss. Zukünftige Änderungen, wie Erhöhungen durch Nachversicherung während der Vertragslaufzeit, oder die beitragsfreie Fortführung, können die dargestellten Kosten erhöhen oder verringern. Das gilt auch dann, wenn Sie den Umfang der Versicherung verändern. Welche Änderungen möglich sind, können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

Die Leistungen Ihrer Versicherung

Übersicht der Leistungen

Berufsunfähigkeitsversicherung Premium (ohne AU)
mit garantierter Berufsunfähigkeitsrente
nach Tarif BU26P9dM1

Berechnungsgrundlage

versicherte Person:	weiblich	**Geburtsdatum:**	01.07.2003 (23)
Tarifausprägung:	NR12		
Versicherungsbeginn:	01.12.2026		
Überschussverwendung:	Beitragsreduktion		
Beitrag bei Vertragsbeginn:	62,00 EUR	**Zahlweise Beitrag:**	monatlich
Beitragsdynamik:	5 %	**Erhöhungsrhythmus:**	jährlich
letzte Erhöhung am:	01.12.2069		

Angaben zur beruflichen Tätigkeit

Berufliche Tätigkeit — Student/in Humanmedizin (Hochschule), 981276, A2

Leistungen der Berufsunfähigkeitsversicherung

garantierte Berufsunfähigkeitsrente monatlich	**2.000,00 EUR**
Überschussverwendung	Beitragsreduktion
Berufsunfähigkeitsrente monatlich im letzten Versicherungsjahr	17.948,00 EUR

Ablauf	Versicherungsdauer	Leistungsdauer
im Alter von	67	67
zum	01.12.2070	01.12.2070

Leistungsdynamik der Berufsunfähigkeitsrente
Bei einer Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % im Sinne der Versicherungsbedingungen erhöht sich die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente jährlich um 1 %.

Durch die vereinbarte Dynamik erhöht sich auch die versicherte Berufsunfähigkeitsrente. Die Darstellung der Werte für den dynamischen Verlauf Ihrer Berufsunfähigkeitsrente enthält die individuelle Beispielrechnung.

Hinweis
Der in der Leistungsbeschreibung und den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen der Krankentagegeldversicherung überein. Wie wir den Begriff der Berufsunfähigkeit definieren, können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

Beitrag monatlich

Berufsunfähigkeitsversicherung Premium (ohne AU)	
vor Abzug Beitragsreduktion	81,60 EUR
nach Abzug Beitragsreduktion	62,00 EUR
Laufender Beitrag durch Dynamik im letzten Beitragszahlungsjahr *)	507,40 EUR

Wie lange ist dieser Vorschlag gültig?

Dieser Vorschlag behält für den Zeitraum von vier Wochen nach Erstellung Gültigkeit. Dies gilt vorbehaltlich zwischenzeitlich eintretender gesetzlicher Änderungen. Sollten Sie innerhalb dieser Frist keinen Antrag auf Abschluss eines Vertrags stellen, erstellen wir Ihnen auf Wunsch gerne einen neuen Vorschlag.

Hinweise

Wir beteiligen Sie gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und Bewertungsreserven. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter der Rubrik „Hinweise zur Überschussermittlung und Überschussbeteiligung“ sowie in den AVB.

Falls zur Beantragung dieses Produktes die Beantwortung von Gesundheitsfragen erforderlich ist, gilt dieser Vorschlag nur, wenn bei der zu versichernden Person normale Gesundheitsverhältnisse und keine erhöhten Freizeit- und Berufsrisiken vorliegen.

Der Vorschlag sieht eine dynamische Erhöhung vor. In der individuellen Beispielrechnung ist dargestellt, wie sich der Beitrag und die Leistung Jahr für Jahr entwickeln, wenn die Dynamik über die angenommene Dauer und nach den zurzeit maßgebenden Rechnungsgrundlagen durchgeführt wird. Eine Anpassung der Rechnungsgrundlagen für zukünftige Dynamikerhöhungen ist möglich. Deshalb sind die genannten Werte zur Leistung inklusive Dynamik nicht garantiert.

Dieser Vorschlag basiert auf Rechnungsgrundlagen, die den Grundsätzen der Kalkulation von Unisex-Tarifen entsprechen.

---

*) Diese Werte können nicht garantiert werden. Es gelten die Vorbehalte und Erläuterungen im Abschnitt Hinweise zur Überschussermittlung und Überschussbeteiligung.

Hinweise zur Überschussermittlung und Überschussbeteiligung

Grundlagen für die Überschussbeteiligung

Wir sichern Ihnen die im Vorschlag als garantiert ausgewiesenen Leistungen vertraglich zu. In dieser Kalkulation ist bereits eine garantierte rechnungsmäßige Verzinsung berücksichtigt.

Erträge, die wir darüber hinaus erzielen werden, geben wir als Überschussbeteiligung an unsere Vertragspartner weiter.

Hinweise zur Überschussbeteiligung

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung hängt vor allem von den langfristig erzielbaren Kapitalerträgen ab. Aber auch die mögliche Veränderung der Lebenserwartung und die Entwicklung der Kosten spielen eine Rolle. Im Vorschlag haben wir unverbindliche Werte dargestellt. Diese ergeben sich aus den aktuell festgesetzten Überschussanteilsätzen und den aktuellen Rechnungsgrundlagen (z. B. Rechnungszins, Sterbetafeln).

Diese Berechnungen haben jedoch hypothetischen Charakter. Wir können nicht zusagen, dass diese Leistungen aus der Überschussbeteiligung in der dargestellten Höhe tatsächlich anfallen.

Außerdem können sich die Rechnungsgrundlagen für künftige Leistungszuwächse aus der Dynamik ändern. Die Angaben in diesem Vorschlag gelten unter dem Vorbehalt, dass keine Änderung dieser Rechnungsgrundlagen erfolgt.

Verwendung der Überschussanteile

Die jährlichen Überschussanteile für die Berufsunfähigkeitsversicherung werden zur Reduzierung der Beiträge verwendet.

Diese Beitragsreduktion beträgt nach den zur Zeit festgesetzten Überschussanteilsätzen 24 % des Tarifbeitrages.

Beteiligung an Bewertungsreserven

Teile der Kapitalanlage weisen wir in der Bilanz unseres Jahresabschlusses möglicherweise mit einem geringeren Wert als dem tatsächlichen Marktwert aus. Der Grund dafür sind gesetzliche Vorschriften. Die positive Differenz zwischen dem tatsächlichen Marktwert und dem Wert in der Bilanz bezeichnen wir als Bewertungsreserve. Die Höhe der Bewertungsreserven nennen wir im Anhang des Geschäftsberichtes. Ein Teil der Bewertungsreserven fließt den Versicherungsnehmern gemäß § 153 Abs. 3 VVG unmittelbar zu.

Hierzu wird die Höhe der verteilungsfähigen Bewertungsreserven jährlich neu ermittelt. Der so ermittelte Wert wird den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren zugeordnet.

Wir beteiligen die Verträge nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig an den Bewertungsreserven. Die Zuweisung erfolgt im Rahmen der Überschusszuteilung. Somit berücksichtigen wir die Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Bewertungsreserven bei der Festlegung der Überschusssätze.

Umfassende Informationen über die Zuteilung und Verwendung der Überschussbeteiligung sind in den AVB enthalten. Die Bedingungen sind dem Vorschlag beigefügt.

Garantiewerte

Vorbemerkung

Wir garantieren Ihnen für den Fall der Beitragsfreistellung oder Kündigung die unten genannten Leistungen.

In Tabelle 1 stellen wir Ihnen die Leistungen ohne Berücksichtigung des Stornoabzugs dar. Sie dienen nur zu Ihrer Information.

Welche Werte bei Beitragsfreistellung oder Kündigung tatsächlich zur Auszahlung kommen, finden Sie in der Tabelle 2. Bei diesen Werten ist der Stornoabzug berücksichtigt. Somit haben Sie einen Überblick über die Auswirkungen des Stornoabzugs.

Die dynamische Beitragsanpassung haben wir nicht berücksichtigt. Die Werte beziehen sich ausschließlich auf die garantierten Leistungen bei Vertragsbeginn.

Entwicklung der Garantiewerte vor Stornoabzug (Tabelle 1)

			Beitragsfreistellung
Berechnungstermin	Garantiertes Guthaben (Rückkaufswert nach § 169 VVG) in EUR	Garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente in EUR	Beitragsfreie monatliche Berufsunfähigkeitsrente in EUR
01.12.2027	226,00	2.000,00	0,00
01.12.2028	456,00	2.000,00	27,00
01.12.2029	669,00	2.000,00	40,00
01.12.2030	856,00	2.000,00	52,00
01.12.2031	1.019,00	2.000,00	63,00
01.12.2032	1.384,00	2.000,00	86,00
01.12.2033	1.742,00	2.000,00	109,00
01.12.2034	2.102,00	2.000,00	133,00
01.12.2035	2.463,00	2.000,00	157,00
01.12.2036	2.826,00	2.000,00	183,00
01.12.2037	3.184,00	2.000,00	208,00
01.12.2038	3.529,00	2.000,00	234,00
01.12.2039	3.851,00	2.000,00	258,00
01.12.2040	4.144,00	2.000,00	282,00
01.12.2041	4.402,00	2.000,00	305,00
01.12.2042	4.621,00	2.000,00	326,00
01.12.2043	4.796,00	2.000,00	345,00
01.12.2044	4.928,00	2.000,00	363,00
01.12.2045	5.023,00	2.000,00	379,00
01.12.2046	5.087,00	2.000,00	395,00
01.12.2047	5.112,00	2.000,00	408,00
01.12.2048	5.095,00	2.000,00	421,00
01.12.2049	5.072,00	2.000,00	433,00
01.12.2050	5.007,00	2.000,00	444,00
01.12.2051	4.891,00	2.000,00	452,00
01.12.2052	4.714,00	2.000,00	456,00
01.12.2053	4.471,00	2.000,00	456,00
01.12.2054	4.157,00	2.000,00	450,00
01.12.2055	3.779,00	2.000,00	437,00
01.12.2056	3.345,00	2.000,00	417,00
01.12.2057	2.874,00	2.000,00	390,00
01.12.2058	2.383,00	2.000,00	356,00
01.12.2059	1.888,00	2.000,00	313,00
01.12.2060	1.401,00	2.000,00	262,00
01.12.2061	939,00	2.000,00	200,00
01.12.2062	520,00	2.000,00	129,00
01.12.2063	115,00	2.000,00	34,00
01.12.2064	-257,00	2.000,00	0,00
01.12.2065	-572,00	2.000,00	0,00
01.12.2066	-799,00	2.000,00	0,00
01.12.2067	-905,00	2.000,00	0,00
01.12.2068	-845,00	2.000,00	0,00
01.12.2069	-566,00	2.000,00	0,00

*) In diesem Betrag sind alle Stornokosten berücksichtigt.

Entwicklung der Garantiewerte nach Stornoabzug (Tabelle 2)

	Abzug		Leistung Beitragsfreistellung *)
Berechnungstermin	Bei Kündigung und Beitragsfreistellung in EUR	Garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente in EUR	Beitragsfreie monatliche Berufsunfähigkeitsrente in EUR
01.12.2027	127,00	2.000,00	0,00
01.12.2028	205,00	2.000,00	0,00
01.12.2029	278,00	2.000,00	0,00
01.12.2030	341,00	2.000,00	31,00
01.12.2031	396,00	2.000,00	38,00
01.12.2032	521,00	2.000,00	53,00
01.12.2033	642,00	2.000,00	69,00
01.12.2034	765,00	2.000,00	85,00
01.12.2035	887,00	2.000,00	101,00
01.12.2036	1.011,00	2.000,00	117,00
01.12.2037	1.132,00	2.000,00	134,00
01.12.2038	1.250,00	2.000,00	151,00
01.12.2039	1.359,00	2.000,00	167,00
01.12.2040	1.459,00	2.000,00	183,00
01.12.2041	1.546,00	2.000,00	198,00
01.12.2042	1.621,00	2.000,00	212,00
01.12.2043	1.681,00	2.000,00	224,00
01.12.2044	1.726,00	2.000,00	236,00
01.12.2045	1.758,00	2.000,00	247,00
01.12.2046	1.780,00	2.000,00	257,00
01.12.2047	1.788,00	2.000,00	266,00
01.12.2048	1.783,00	2.000,00	273,00
01.12.2049	1.774,00	2.000,00	282,00
01.12.2050	1.752,00	2.000,00	288,00
01.12.2051	1.713,00	2.000,00	294,00
01.12.2052	1.653,00	2.000,00	296,00
01.12.2053	1.570,00	2.000,00	296,00
01.12.2054	1.463,00	2.000,00	291,00
01.12.2055	1.335,00	2.000,00	283,00
01.12.2056	1.187,00	2.000,00	269,00
01.12.2057	1.027,00	2.000,00	251,00
01.12.2058	860,00	2.000,00	227,00
01.12.2059	692,00	2.000,00	198,00
01.12.2060	526,00	2.000,00	163,00
01.12.2061	370,00	2.000,00	121,00
01.12.2062	227,00	2.000,00	73,00
01.12.2063	89,00	2.000,00	0,00
01.12.2064	0,00	2.000,00	0,00
01.12.2065	0,00	2.000,00	0,00
01.12.2066	0,00	2.000,00	0,00
01.12.2067	0,00	2.000,00	0,00
01.12.2068	0,00	2.000,00	0,00
01.12.2069	0,00	2.000,00	0,00

Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente muss mindestens 300,00 EUR jährlich betragen. Wird dieser Betrag nicht erreicht, ist eine Beitragsfreistellung nicht möglich. Der genannte Abzugsbetrag ist bei der Berechnung der beitragsfreien Leistung bereits berücksichtigt. Er wird bei Beitragsfreistellung oder Kündigung nicht gesondert in Rechnung gestellt.

*) In diesem Betrag sind alle Stornokosten berücksichtigt.

Individuelle Beispielrechnung

Vorbemerkung

Die Beispielrechnung zeigt Ihnen die mögliche Entwicklung der Versicherung.

Die von Ihnen gewünschte Dynamik ist in der Darstellung berücksichtigt.

Entwicklung der Versicherung

Berechnungs-termin	Beitrag monatlich inkl. Dynamik nach Abzug Beitragsreduktion in EUR *)	Berufsunfähigkeitsrente inkl. Dynamik in EUR
01.12.2027	65,10	2.102,00
01.12.2028	68,40	2.208,00
01.12.2029	71,80	2.316,00
01.12.2030	75,40	2.427,00
01.12.2031	79,20	2.544,00
01.12.2032	83,20	2.666,00
01.12.2033	87,40	2.791,00
01.12.2034	91,80	2.920,00
01.12.2035	96,40	3.055,00
01.12.2036	101,20	3.191,00
01.12.2037	106,30	3.333,00
01.12.2038	111,60	3.479,00
01.12.2039	117,20	3.629,00
01.12.2040	123,10	3.787,00
01.12.2041	129,30	3.950,00
01.12.2042	135,80	4.116,00
01.12.2043	142,60	4.290,00
01.12.2044	149,70	4.467,00
01.12.2045	157,20	4.653,00
01.12.2046	165,10	4.847,00
01.12.2047	173,40	5.048,00
01.12.2048	182,10	5.256,00
01.12.2049	191,20	5.474,00
01.12.2050	200,80	5.700,00
01.12.2051	210,80	5.936,00
01.12.2052	221,30	6.181,00
01.12.2053	232,40	6.441,00
01.12.2054	244,00	6.715,00
01.12.2055	256,20	7.004,00
01.12.2056	269,00	7.314,00
01.12.2057	282,50	7.646,00
01.12.2058	296,60	8.003,00
01.12.2059	311,40	8.390,00
01.12.2060	327,00	8.811,00
01.12.2061	343,40	9.275,00
01.12.2062	360,60	9.783,00
01.12.2063	378,60	10.350,00
01.12.2064	397,50	10.993,00
01.12.2065	417,40	11.745,00
01.12.2066	438,30	12.648,00
01.12.2067	460,20	13.792,00
01.12.2068	483,20	15.359,00
01.12.2069	507,40	17.948,00

Hinweise zur individuellen Beispielrechnung

Grundlagen der Überschussbeteiligung
Die hier berücksichtigten Grundlagen für die Überschussbeteiligung wurden zum 01.01.2026 festgesetzt. Angaben hierzu und zum System der Überschussverwendung sind im Abschnitt **Hinweise zur Überschussermittlung und Überschussbeteiligung** enthalten.

Steuerliche Behandlung
Bitte beachten Sie, dass ggf. anfallende Steuerabzüge bei den oben genannten Leistungen noch nicht berücksichtigt sind. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den beigefügten Informationen zur steuerlichen Behandlung.

*) Diese Werte können nicht garantiert werden. Es gelten die Vorbehalte und Erläuterungen in den Abschnitten "Hinweise und Überschussbeteiligung" sowie "Versorgungsleistung inklusive Überschussbeteiligung".

BarmeniaGothaer

Berufsunfähigkeitsversicherung Premium (ohne AU)

Antrag 1/2 Persönliche Daten mit Gesundheitsprüfung

Antragsschlüssel	**010720031026**	Daten des Betreuers	
Daten des Abschlussvermittlers		Kennnummer-Abrechnungsgruppe	-
Versicherungsnummer		Marketingschlüssel	
Fremdaktenzeichen			

Antragsteller/zu versichernde Person

Titel, Vorname, Name

Straße und Hausnummer

Staat, Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum

Geschlecht **weiblich**

Familienstand ◯ ledig ◯ verheiratet/verpartnert

Nationalität

Geburtsname

Geburtsland, Geburtsort

Telefonnummer

E-Mailadresse

☐ Ich möchte meine Vertragsdokumente an die angegebene E-Mailadresse erhalten.

Beschäftigungsverhältnis ◯ angestellt ◯ selbstständig ◯ öffentlicher Dienst ◯ ohne Beschäftigung

Derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche

Steueridentifikationsnummer

Wirtschaftlich Berechtigter

◯ Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine **eigene Veranlassung**. Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.

◯ Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen **nicht** auf eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu von einem Dritten beauftragt:

Titel, Vorname, Name, Straße, Hausnummer

Staat, Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum

Geschlecht ◯ männlich ◯ weiblich

Juristische Person

Ist der Antragsteller und/oder der wirtschaftlich Berechtigte eine juristische Person (z. B. AG, GmbH, KG, Stiftung etc.)? **NEIN**

Angaben der zu versichernden Person

Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann. Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung und in den "Erklärungen und wichtigen Hinweisen".

Zusätzlich beachten Sie bitte die Erläuterungen zur Durchführung genetischer Tests auf der Seite "Erklärungen und wichtige Hinweise".

Angaben zu bestehenden und früheren Versicherungen

Bestehen für die zu versichernde Person bereits Grundfähigkeits-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-(Zusatz-) versicherungen und/oder Versicherungen gegen schwere Krankheiten bei anderen Versicherungsunternehmen oder sind solche Anträge in den **letzten 12 Monaten** gestellt worden? ◯ nein ◯ ja

Versicherung, Versicherungssumme, Versicherungsunternehmen, gekündigt, nicht gekündigt: _____

Fragen zur beruflichen Tätigkeit der zu versichernden Person

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? **Student/in Humanmedizin (Hochschule)**

Branche _____

Seit wann? _____

Beschäftigungsverhältnis
- ◯ angestellt
- ◯ selbstständig
- ◯ öffentlicher Dienst
- ◯ ohne Beschäftigung
- ◯ derzeit Ausbildung/Studium zu:

Als: _____

Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?
- ◯ kaufmännische Ausbildung
- ◯ handwerkliche/technische Ausbildung
- ◯ Studium
- ◯ derzeit in Ausbildung Studium
- ◯ sonstiges (z. B. ungelernt, nicht abgeschlossene(s) Ausbildung/Studium)

Als: _____

Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten selbstständig gemacht oder beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten selbstständig zu machen? ◯ nein ◯ ja

Ja, als: _____

Wie hoch war Ihr jährliches Bruttoarbeitseinkommen (bei Selbstständigen: Gewinn bzw. Jahresüberschuss vor Steuern) während der letzten drei Jahre?

Im Jahr _____ _____ **EUR** Im Jahr _____ _____ **EUR** Im Jahr _____ _____ **EUR**

Für Berufsstarter:

Wie hoch ist Ihr vereinbartes jährliches Bruttoeinkommen? _____ **EUR**

Angaben zum Gesundheitszustand

Bitte immer beantworten, da eine Gesundheitsprüfung erforderlich ist. Sollte der Platz für die Beantwortung nicht ausreichen, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das Beiblatt „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ (215905) auszufüllen und beizufügen.

gesondertes Beiblatt? ☐ ja

Bitte geben Sie Ihre Größe und Ihr Gewicht an: **Größe** in cm _____ **Gewicht** in kg _____

1. Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** vor Antragstellung geraucht, gedampft (nikotinhaltig sowie nikotinfrei) oder in sonstiger Form Nikotin konsumiert? **NEIN**
   Hierzu zählt z. B. der Genuss von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Kautabak, Snus, Pfeifen, Shishas (Wasserpfeifen) oder auch die Verwendung elektrischer Verdampfer wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen, wie auch die Verwendung von Tabakerhitzern wie z. B. IQOS.
2. Ist eine ambulante oder stationäre Behandlung in den **nächsten 12 Monaten** beabsichtigt oder von einem Arzt oder Therapeuten empfohlen? ◯ nein ◯ ja
3. Wurden in den **letzten 12 Monaten** von Ärzten oder Heilpraktikern Arzneimittel verordnet? Welche und wogegen? ◯ nein ◯ ja
4. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den **letzten 3 Jahren** Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art und erfolgten deswegen Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen bei Ärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Psychologen, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten?

   Wenn Sie eine oder mehrere der nachfolgenden Fragen mit „ja“ beantworten, füllen Sie bitte den dazugehörigen Zusatzfragebogen aus.
   Die folgenden **Aufzählungen** zeigen Ihnen dazu nur **Beispiele**, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben.

a. **Herz und Kreislauforgane** ◯ nein ◯ ja
z. B. Hypertonie (Bluthochdruck), Durchblutungsstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelschaden, Herzrhythmusstörungen, Verschlusskrankheit, Thrombose, Embolie, Venenleiden, Schlaganfall, Schwindel, Ohnmacht (Synkope)

b. **Atmungsorgane (inkl. Coronavirus-Infektion)** ◯ nein ◯ ja
z. B. Asthma (auch allergisches Asthma), Heuschnupfen mit asthmatischen Beschwerden, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe

c. **Verdauungsorgane, Leber, Milz, Bauchspeicheldrüse** ◯ nein ◯ ja
z. B. Speiseröhrenerkrankung, Gastritis, Magengeschwür, Darmentzündung, erhöhte Leberwerte, Leberentzündung, Fettleber, Alkoholerkrankung der Leber, Gallenerkrankungen, Milzvergrößerung, Bauchspeicheldrüsenentzündung oder -funktionsstörung

d. **Harn- und Geschlechtsorgane** ◯ nein ◯ ja
z. B. Nierenentzündungen, Nierenversagen, Zystennieren, Nierensteine, Blut im Urin, Eiweiß im Urin, Prostataerkrankungen, Erkrankungen der Geschlechtsorgane

e. **Nervensystem und Gehirn** ◯ nein ◯ ja
z. B. Schlaganfall, Tumore, Fehlbildung, Lähmung, periphere Nervenkrankheit (Krankheiten der Nervenbahnen), Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Migräne, Hirn- oder Hirnhautentzündung, Parkinson'sche Krankheit, Kopfschmerzen

f. **Psyche** ◯ nein ◯ ja
z. B. ADHS, Depression, Angststörung, Essstörung, psychosomatische Störung, Schizophrenie, Suchterkrankung, Alkoholabhängigkeit, Suizidversuch, psychische Belastungsreaktion, psychotherapeutische Behandlung

g. **Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten** ◯ nein ◯ ja
z. B. Tuberkulose, Zeckenbisserkrankungen, Hepatitis, Malaria, chronische Infektionen

h. **Tumore und Blutkrankheiten** ◯ nein ◯ ja
Krebserkrankungen, Leukämien, Lymphknotenschwellungen, Blutbildungsstörungen, Blutarmut (Anämie), Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit, Muttermale mit bösartigem Befund

i. **Stoffwechsel** ◯ nein ◯ ja
z. B. angeborene Stoffwechselerkrankungen (Leber, Muskel, Niere), Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Erkrankungen der inneren Drüsen wie Nebennieren, Hirnanhangdrüse

j. **Bewegungsapparat** ◯ nein ◯ ja
z. B. Wirbelsäulenerkrankung, Lumbago, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskuserkrankungen, Rheuma, Fibromyalgie, Gelenkschwellung, Erkrankung von Bändern, Sehnen oder Muskeln, Rückenbeschwerden, Gelenkverschleiß, Muskelschmerzen und -verspannungen, Beschwerden mit den Knien, Hüften, Schultern oder an anderen Stellen des Bewegungsapparates

5. Wurden in den **letzten 3 Jahren** ambulante Operationen durchgeführt? ◯ nein ◯ ja

6. Haben oder hatten Sie in den **letzten 5 Jahren** Unfallverletzungen oder Vergiftungen? ◯ nein ◯ ja

7. Werden oder wurden Sie innerhalb der **letzten 5 Jahre** wegen Medikamentenmissbrauchs, des Konsums von Alkohol, von Betäubungsmitteln oder von Drogen beraten oder behandelt? Wenn ja, wann, wo, durch wen? ◯ nein ◯ ja

8. Konsumieren oder konsumierten Sie in den letzten 5 Jahren Drogen (z. B. Cannabis, Kokain, MDMA) oder Betäubungsmittel? Wenn ja, was, wie häufig und wie viel? ◯ nein ◯ ja

9. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den **letzten 5 Jahren** Gesundheitsstörungen, Organfehler oder angeborene Erkrankungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (GdS/GdB), Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder einem Pflegegrad? ◯ nein ◯ ja

10. Haben in den **letzten 5 Jahren** stationäre Aufenthalte (Krankenhaus, Operation, Rehabilitation, Kur etc.) stattgefunden? ◯ nein ◯ ja

11. Wurde bei Ihnen eine HIV Infektion festgestellt (z. B. positiver HIV Test)? ◯ nein ◯ ja

12. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den **letzten 3 Jahren** Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen der folgenden Organsysteme bzw. der folgenden Art?

Wenn Sie eine oder mehrere der nachfolgenden Fragen mit „ja" beantworten, füllen Sie bitte den dazugehörigen Zusatzfragebogen aus.
Die folgenden **Aufzählungen** zeigen Ihnen dazu nur **Beispiele**, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben.

a. **Augen** ◯ nein ◯ ja
z. B. Hornhauterkrankung, Netzhauterkrankung, grüner oder grauer Star, Lasik OP, Sehstörungen, Fehlsichtigkeit von mehr als +/- 5 Dioptrien

b. **Ohren** ◯ nein ◯ ja
z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen nach Tinnitus, Ohrgeräusche, Gleichgewichtsstörungen

c. **Allergien oder Haut** ◯ nein ◯ ja
z. B. Ekzem, Allergie, Heuschnupfen, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautausschlag

13. Bezogen, beziehen oder haben Sie in den **letzten 5 Jahren** eine Rente, Unfallrente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen beantragt? Warum? ◯ nein ◯ ja
Bitte die Kopie des Rentenbescheids beifügen.

Ergänzende Angaben zu den mit "ja" beantworteten Fragen (ggf. Beiblatt 215905 nutzen)

Frage Nr: _____

Genaue Krankheitsbezeichnung, Diagnose (Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen). Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)? Bestehen Folgen der Erkrankung? Wenn ja, welche? Erfolgte ein stationärer Aufenthalt? Wenn ja, welcher? Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten?

Beginn, Ende, Dauer

Bei wem? Wo (Arzt, Krankenanstalten, Sanatorien etc. mit Name, PLZ, Ort)?

Frage Nr: _____

Genaue Krankheitsbezeichnung, Diagnose (Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen). Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)? Bestehen Folgen der Erkrankung? Wenn ja, welche? Erfolgte ein stationärer Aufenthalt? Wenn ja, welcher? Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten?

Beginn, Ende, Dauer

Bei wem? Wo (Arzt, Krankenanstalten, Sanatorien etc. mit Name, PLZ, Ort)?

Hausarzt

Gibt es einen Hausarzt bzw. Arzt, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse der zu versichernden Person Bescheid weiß? ◯ nein ◯ ja

Vorname, Name und vollständige Anschrift _____

Fachrichtung _____

In Behandlung seit _____

Besondere Gefahren der zu versichernden Person

Sind Sie beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt, z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen? ◯ nein ◯ ja

Bitte erläutern Sie: _____

Üben Sie Extremsportarten wie z. B. Auto- und Motorradrennen, Kunstflug, Gleitschirmfliegen und Fallschirmspringen, Cage Fighting, Eisklettern, Höhlenwandern, Pferderennsport, Downhill, Parkour, Eis- und Höhlentauchen aus? ◯ nein ◯ ja

Wenn ja, in welchem Bereich üben Sie Extremsportarten aus?

☐ Bergsport z. B. Eisklettern, Höhlenwandern, Gebäude-/Turmklettern etc. Bitte Fragebogen 115800 Bergsteigen ausgefüllt beifügen.

☐ Flugsport z. B. Kunstflug, Gleitschirmfliegen, Fallschirmspringen etc. Bitte Fragebogen 115808 Flugsport ausgefüllt beifügen.

☐ Automobilsport z. B. bei Autorennen, Rallyesport, Autocross etc. Bitte Fragebogen 116034 Automobilsport ausgefüllt beifügen.

☐ Motorradsport z. B. Motorradrennen, Enduro, Dragster etc. Bitte Fragebogen 115803 Motorradsport ausgefüllt beifügen.

☐ Tauchsport z. B. Eistauchen, Höhlentauchen, Freitauchen etc. Bitte Fragebogen 115807 Tauchen ausgefüllt beifügen.

☐ Reitsport z. B. Pferderennsport, Polo, Rodeo etc. Bitte Fragebogen 115804 Reitsport ausgefüllt beifügen.

☐ Kampfsport z. B. Boxen, Muay Thai, MMA (Mixed Martial Arts), etc. Bitte Fragebogen 216940 Kampfsport ausgefüllt beifügen.

☐ Sonstiges z. B. Parkour, Cage Fighting, Canyoning etc.

Bitte erläutern Sie: _____

Sind für die zu versichernde Person in den **nächsten 12 Monaten** Aufenthalte außerhalb der EU, Schweiz, Großbritannien, Norwegen, Island, USA, Kanada von mehr als 12 Wochen geplant? ◯ nein ◯ ja

Falls ja, wann, wohin und wie lange? _____

Bezugsrecht im Erlebensfall

Für den Erlebensfall wird als bezugsberechtigt festgelegt: **Versicherungsnehmer**

Besondere Vereinbarungen

SEPA Lastschrift Mandat

Bitte alle Felder zur Zahlungsart und Kontoverbindung ausfüllen.
Ihre Rechte zum SEPA-Lastschrift-Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das Sie von Ihrem Geldinstitut erhalten.
Sie können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben zum Zahlungsempfänger — BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln — Gläubiger ID DE16ZZZ00000070200

Versicherungsschein/Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages _____

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Geldinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zugleich erkläre ich/erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

Zahlungsart ◯ wiederkehrende Zahlung ◯ einmalige Zahlung

Datum erster Einzug **01.12.2026**

Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen

Titel, Vorname, Name _____

Straße und Hausnummer _____

Staat, Postleitzahl, Ort _____

IBAN _____

BIC _____

Name des Geldinstitutes _____

Ort, Datum _____

Unterschrift des Zahlungspflichtigen ✗ _____

Bei abweichendem Beitragszahler: Name des VN _____

Abbuchungstermin ◯ 1. eines Monats ◯ 15. eines Monats

Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)

Nach Art. 13 DS-GVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail **info@gothaer.de**. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DS-GVO finden Sie im Datenschutz-Informationsblatt. Dieses enthält insbesondere Angaben zur Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zur Speicherdauer, zu Ihren Betroffenenrechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen. Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung unter **www.gothaer.de/datenschutz**.

Einwilligungserklärung

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

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

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

◯ **Möglichkeit I:**

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

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

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

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

◯ **Möglichkeit II:**

Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

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

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.
Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

◯ **Möglichkeit I:**

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe Abfrage von Gesundheitsfragen bei Dritten).

◯ **Möglichkeit II:**

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrages über.

Schlusserklärungen

Die auf den folgenden Seiten beschriebenen **„Erklärungen und wichtigen Hinweise“** insbesondere zur **„Vorvertraglichen Anzeigepflicht“** und zur **„Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten“** habe ich zur Kenntnis genommen. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Ich mache sie zum Inhalt dieses Antrags. Ich halte mich an meinen Antrag einen Monat gebunden. Mein Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt. Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Weiterhin habe ich die **auf den Folgeseiten** des Antrags **abgedruckten Erläuterungen** zur **„Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten“,** zur **„Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten“** – wie die **„Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung“**, die **„Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen)“**, die **„Datenweitergabe an Rückversicherungen“** und die **„Datenweitergabe an selbstständige Vermittler“** – sowie zur **„Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt“** zur Kenntnis genommen **und willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang** in die **Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG** ein.

Unterschriften

Ort, Datum _____

Antragsteller/Versicherungsnehmer ✗ _____

Vermittler ✗ _____

Kommunikationsdaten Vermittler _____

Denken Sie an ggf. erforderliche Zusatzfragebögen, wenn Sie eine oder mehrere Gesundheitsfragen mit „ja“ beantwortet haben. Bitte immer den „Antrag (2/2): Tarifdaten“ beifügen.

Empfangsbekenntnis

Ich bestätige, dass ich den **"Antrag (2/2): Tarifdaten"** sowie alle **nachfolgend aufgeführten** Unterlagen vor Antragstellung erhalten habe:

- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
-AVB für die Berufsunfähigkeitsversicherung Premium ohne Arbeitsunfähigkeitsleistungen (14.09.2026)
- Allg. Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung (14.09.2026)

Ort, Datum _____

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers zum Empfangsbekenntnis ✗ _____

Erklärungen und wichtige Hinweise

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. **Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**
   Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand
   - weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
   - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
   ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil der Prämie zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.
2. **Kündigung**
   Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine prämienfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.
   Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
3. **Vertragsänderung**
   Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
   Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.
4. **Ausübung unserer Rechte**
   Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
   Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
   Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.
5. **Stellvertretung durch eine andere Person**
   Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der rückwirkenden Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten

Ich willige ein, dass die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung (z. B. im Schadenfall) Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von einer Auskunft (z. B. Creditreform, SCHUFA) bezieht und nutzt. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Vorläufiger Versicherungsschutz

Aufgrund des gestellten Antrags besteht Versicherungsschutz entsprechend den „Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung“.

Gesundheitsprüfung

Wenn die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG auf eine Gesundheitsprüfung verzichtet, ist sie aber berechtigt, eine Prüfung zu verlangen oder den Antrag abzulehnen, wenn sie Kenntnis von erkennbaren Risiken hat.

Prädikativer Gentest

Gemäß § 18 GenDG darf der Versicherer von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrags die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen.

Die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen darf der Versicherer nur dann verlangen, entgegennehmen oder verwenden, wenn für eine Grundfähigkeitsrente, eine Lebensversicherung, eine Berufsunfähigkeitsversicherung, eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder eine Pflegerentenversicherung eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder mehr als 30.000 EUR Jahresrente vereinbart wird.

Sonstige Hinweise

Für die **Aufnahme des Antrags** fallen **keine gesonderten Gebühren oder Kosten** an. Lastschrift-Rückläufergebühren und Kosten eines Mahnverfahrens werden geltend gemacht.

Wechsel des Versicherers

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer neuen Versicherung ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig und kann zu wirtschaftlichen Nachteilen führen.

Ansprechpartner/Aufsichtsbehörde/Schlichtungsstelle

Ihren Ansprechpartner im Außendienst und Ihre Kundenbetreuer in unseren Außenstellen oder der Hauptverwaltung entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein/Nachtrag zum Versicherungsschein oder dem jeweiligen Korrespondenzbrief. Die Aufsichtsbehörden und Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten entnehmen Sie bitte den Ihnen vor Antragstellung ausgehändigten Kundeninformationen.

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen **Rechte und Pflichten** richten sich nach diesem Antrag, von dem mir **bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie** ausgehändigt wird, eventuell dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den genannten Versicherungsbedingungen und Kundeninformationen, einschließlich der Tarif- und Leistungsbeschreibungen, die mir vor Antragstellung ausgehändigt wurden. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.

Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)

Nach Art. 13 DS-GVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail **info@gothaer.de**. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DS-GVO finden Sie im entsprechenden Informationsblatt, welches diesem Antrag als Anlage beigefügt ist. Dieses enthält insbesondere Angaben zur **Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zur Speicherdauer, zu Ihren Betroffenenrechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen.** Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung auch unter **www.gothaer.de/datenschutz**.

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (im folgenden Versicherer genannt) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Der Versicherer benötigt Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiter leiten zu dürfen.

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

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch den Versicherer selbst,
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

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

Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten, auch die zur Durchführung oder Beendigung des Krankentagegeldvertrages nach Tarif TG6 AKS der Gothaer Krankenversicherung erforderlichen, Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dieses zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers. Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten an die Gothaer Krankenversicherung AG weitergibt, sofern nach diesem Antrag auf Berufsunfähigkeitsschutz auch ein Krankentagegeld Tarif TG6 AKS (Antrag 216456) beantragt wurde.

Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft unserer Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter **www.gothaer.de/datenschutz** eingesehen oder bei info@gothaer.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

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

Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

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

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

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

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

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

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

BarmeniaGothaer

Bitte mit dem Antrag (1/2) einreichen!

Antrag (2/2) Tarifdaten

Berufsunfähigkeitsversicherung Premium (ohne AU)

Tarif BU26P9dM1

010720031026	22.10.2026		
Antragsschlüssel	Angebotsdatum		
Daten des Abschlussvermittlers (GL-Nr.)	Daten des Betreuers	Kenn-Nummer	Abrechnungsgruppe
Versicherungsnummer	Antragsnummer/ext. Maklernummer/Fremdaktenzeichen		Marketingschlüssel

Berechnungsgrundlage

versicherte Person:	weiblich	**Geburtsdatum:**	01.07.2003 (23)
Tarifausprägung:	NR12		
Versicherungsbeginn:	01.12.2026		
Überschussverwendung:	Beitragsreduktion		
Beitrag bei Vertragsbeginn:	62,00 EUR	**Zahlweise Beitrag:**	monatlich
Beitragsdynamik:	5 %	**Erhöhungsrhythmus:**	jährlich
letzte Erhöhung am:	01.12.2069		

Angaben zur beruflichen Tätigkeit

Berufliche Tätigkeit: Student/in Humanmedizin (Hochschule), 981276, A2

Leistungen der Berufsunfähigkeitsversicherung

garantierte Berufsunfähigkeitsrente monatlich	**2.000,00 EUR**
Überschussverwendung	Beitragsreduktion
Berufsunfähigkeitsrente monatlich im letzten Versicherungsjahr	17.948,00 EUR

Ablauf	Versicherungsdauer	Leistungsdauer
im Alter von	67	67
zum	01.12.2070	01.12.2070

Leistungsdynamik der Berufsunfähigkeitsrente
Bei einer Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % im Sinne der Versicherungsbedingungen erhöht sich die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente jährlich um 1 %.

Durch die vereinbarte Dynamik erhöht sich auch die versicherte Berufsunfähigkeitsrente. Die Darstellung der Werte für den dynamischen Verlauf Ihrer Berufsunfähigkeitsrente enthält die individuelle Beispielrechnung.

Beitrag monatlich

Berufsunfähigkeitsversicherung Premium (ohne AU)	
vor Abzug Beitragsreduktion	81,60 EUR
nach Abzug Beitragsreduktion	62,00 EUR
Laufender Beitrag durch Dynamik im letzten Beitragszahlungsjahr *)	507,40 EUR

Kundeninformationen

Zusammen mit den Angebots- und Antragsunterlagen haben Sie alle Kundeninformationen sowie die aufgeführten Versicherungsbedingungen vor Antragstellung erhalten:

- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten zu Berufsunfähigkeitsversicherung Premium (ohne AU)
-AVB für die Berufsunfähigkeitsversicherung Premium ohne Arbeitsunfähigkeitsleistungen
- Allg. Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung Version 14.09.2026

Tariferläuterungen und Leistungsbeschreibungen

Berufsunfähigkeitsversicherung Premium (ohne AU)

*) Diese Werte können nicht garantiert werden. Es gelten die Vorbehalte und Erläuterungen im Abschnitt Hinweise zur Überschussermittlung und Überschussbeteiligung.

Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung.

Die Rente wird gemäß vereinbarter Zahlweise im Voraus, erstmalig anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode gezahlt.

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig, können vorbehaltlich der Regelungen in den AVB folgende Leistungen zusätzlich fällig werden:

- Versicherungsbedingungen in Premiumqualität
- Zusatzleistungen bei Rehamaßnahmen, Wiedereingliederung und Umorganisation
- Zusatzleistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung eines eigenen Kindes
- Nachversicherungsoption bei bestimmten Anlässen
- Einmalige Nachversicherungsoption ohne besonderen Anlass in den ersten fünf Jahren
- Lebenslange Rentenzahlung bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit möglich
- Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall sofern gewählt

*) Diese Werte können nicht garantiert werden. Es gelten die Vorbehalte und Erläuterungen im Abschnitt Hinweise zur Überschussermittlung und Überschussbeteiligung.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.

Widerrufsfolgen

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/360 pro Tag des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags.

Der Versicherer hat Ihnen in diesem Fall den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile auszuzahlen.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auflhren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens 24 Monate und 30 Tage nach dem Vertragsschluss.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;

*) Diese Werte können nicht garantiert werden. Es gelten die Vorbehalte und Erläuterungen im Abschnitt Hinweise zur Überschussermittlung und Überschussbeteiligung.

4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Berufsunfähigkeitsversicherung

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

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

Ende der Widerrufsbelehrung

*) Diese Werte können nicht garantiert werden. Es gelten die Vorbehalte und Erläuterungen im Abschnitt Hinweise zur Überschussermittlung und Überschussbeteiligung.

Datenschutz-Informationsblatt

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BarmeniaGothaer und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Bitte beachten Sie, dass die vorliegenden Datenschutzhinweise ergänzend zu weiteren Datenschutzhinweisen gelten, die z. B. im Rahmen der Antragstellung ausgegeben werden.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlich im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) für die nachfolgend beschriebene Datenverarbeitung ist jeweils das Unternehmen, mit dem Sie in Kontakt stehen oder mit dem Sie einen Vertrag schließen oder bereits geschlossen haben oder das aus anderen Gründen datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle ist. Für die jeweiligen Sparten und Produktgruppen sowie Services der BarmeniaGothaer sind dies:

Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal
E-Mail: info@barmenia.de

Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia Allee 1, 42119 Wuppertal
E-Mail: info@barmenia.de

Barmenia Versicherungen a.G.
Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal
E-Mail: info@barmenia.de

BarmeniaGothaer AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Gothaer Allgemeine Versicherung AG
Gothaer Allee 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Gothaer Krankenversicherung AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Gothaer Lebensversicherung AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Gothaer Pensionskasse AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Gothaer Versicherungsbank VVaG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Das in Ihrem Fall jeweils tätige Unternehmen ist für die Datenverarbeitung grundsätzlich allein oder gemeinsam mit anderen Unternehmen des BarmeniaGothaer Konzerns verantwortlich und gibt Ihre Daten grundsätzlich nur in den in diesen Datenschutzhinweisen genannten Situationen an andere Unternehmen des BarmeniaGothaer Konzerns weiter. Wenn nachfolgend von „wir“ oder BarmeniaGothaer“ die Rede ist, ist jeweils das in Ihrem Fall tätige Unternehmen gemeint.

Das Datenschutzteam der BarmeniaGothaer erreichen Sie per E-Mail unter: datenschutz@gothaer.de. Sie können sich zudem postalisch auch direkt an den **Datenschutzbeauftragten** der BarmeniaGothaer richten, indem Sie an die o. g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – schreiben.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der DS-GVO, des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ *(„Code of Conduct“)* verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.gothaer.de/datenschutz abrufen.

Antragstellung und Durchführung des Vertrages – Stellen Sie persönlich oder über einen von Ihnen beauftragten Versicherungsmakler oder über einen unserer selbstständigen Versicherungsvertreter einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder holen Sie ggf. über einen der vorgenannten Vermittler ein Angebot zum Abschluss eines Versicherungsvertrages bei uns ein, so benötigen wir Ihre im Antragsformular oder in der Angebotsmaske abgefragten personenbezogenen Daten (einschließlich Gesundheitsdaten bei manchen Produkten) zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos und ggf. für die Begründung des Versicherungsvertrages.

Im Falle der Antragsaufnahme/Angebotseinholung durch einen Versicherungsvertreter erhebt dieser die vorgenannten Daten zunächst zur Ausübung seiner Vermittlungstätigkeit. Mit der offiziellen Weiterleitung Ihres Antrages an unser Haus oder mit der Eingabe Ihrer Daten in die elektronische Angebotsmaske unseres Unternehmens im Falle der elektronischen Angebotseinholung übermittelt der Vertreter besagte Daten an uns.

Nehmen wir Ihren Antrag oder nehmen Sie unser Angebot an, so kommt der gewünschte Versicherungsvertrag zu Stande und wir verarbeiten diese und die von uns im Laufe der Vertragsdauer erhobenen personenbezogenen Daten zugleich zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Rechnungsstellung oder Vertragsänderung. Im Leistungsfall benötigen wir von Ihnen weitere Angaben etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Am Ende einer Vertragsbeziehung werden die Daten zu Ihrer Person auch zur Abwicklung der Beendigung verwendet. **Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.** Die Daten aller mit einer der genannten BarmeniaGothaer-Unternehmen bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Bedarfsermittlung und Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen. Angaben zu einem Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten ist, wie hoch der Schaden ist und um die Schadensabwicklung vornehmen oder Regressforderungen und ggf. vertragliche Anpassungen prüfen zu können. Von uns übernommene Risiken versichern wir im Anschluss bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. auch Schadensdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko

116991_12-25

oder den Versicherungsfall machen kann. Soweit Sie von einem Versicherungsvermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadensdaten. In diesem Zusammenhang erhalten wir diese Daten von Ihrem Vermittler zur Anpassung Ihrer Verträge und wir stellen dem Sie betreuenden Vermittler Daten zur Verfügung, soweit dies zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten erforderlich ist. Um Ihre bei der Antragstellung (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) oder bei Eintritt eines Versicherungsfalls gemachten Angaben überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann ein Austausch von personenbezogenen Daten mit einem anderen Versicherer erforderlich sein.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DS-GVO. Soweit für diese Verarbeitungen besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 6 Abs 1 a) DS-GVO ein.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Soweit hierzu Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden, werden diese soweit möglich zunächst anonymisiert, d. h. sie werden so verändert, dass diese Daten nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können. Alle Versicherungsunternehmen müssen an die Versicherungsaufsicht versicherungsspezifischen Statistiken liefern, die daraus wiederum verschiedene Gesamtstatistiken erstellt. Wir nutzen versicherungsspezifischen Statistiken auch zur Planung und Umsetzung strategischer Maßnahmen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an einer sachgerechten Steuerung unserer internen Geschäftsprozesse sowie der Entwicklung bedarfsgerechter Tarife. Soweit wir versicherungsspezifischen Statistiken an die Versicherungsaufsicht weitergeben müssen, ist die Rechtsgrundlage Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO i.V.m den versicherungsrechtlichen Vorgaben.

Erstellen wir Statistiken auf Grundlage von besonderen Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten), erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

IT-Sicherheit und IT-Betrieb – Wir verarbeiten Ihre Daten auch zum Zweck der Gewährleistung der IT-Sicherheit und des störungsfreien IT-Betriebs. Wir erfassen z. B. Zugriffe auf unsere Datenbankstrukturen, analysieren diese im Hinblick auf Auffälligkeiten und untersuchen Dateien um ggf. Maßnahmen zur Abwehr von IT-Sicherheitsrisiken und zum Schutz vor Schadsoftware ergreifen zu können. Wir überwachen die datenverarbeitenden Systeme zudem, um deren Verfügbarkeit sicherstellen zu können und dokumentieren Fehler der Systeme, um diese analysieren und korrigieren zu können. Soweit es bei diesen Maßnahmen auch zu einer Verarbeitung Ihrer Daten kommt, beruht diese Verarbeitung auf unseren berechtigten Interessen an einem störungsfreien und sicheren Betrieb unserer Systeme gem. Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO.

Kommunikations- und Kollaborationssoftware – Um einen ortsungebundenen Austausch via Chat und Audio- und Videokonferenzen zu gewährleisten, setzen wir Kommunikations- und Kollaborationssoftware, wie z. B. Microsoft Teams ein. Im Zuge dessen verarbeiten wir Kontaktinformationen, insbesondere Vor- und Nachname, ggf. Titel, (geschäftliche) Telefonnummer, (geschäftliche) E-Mail-Adresse, Angaben zur geschäftlichen bzw. beruflichen Tätigkeit, Audio- und/oder Videodaten von Teilnehmern der Audio- bzw. Video-Konferenzen, technische Daten sowie sonstige im Zusammenhang mit der Kommunikation oder Zusammenarbeit stehende Angaben, sofern sie für die Bereitstellung der in Anspruch genommenen Dienste und Funktionen erforderlich sind. Bei der Verwendung der Anrufbeantworterfunktion bei eingehenden Gesprächen werden aufgesprochene Nachrichten in Text umgewandelt und gemeinsam mit der Audiodatei per E-Mail an den gewünschten Gesprächspartner übermittelt. Audio- und Videodaten, die während einer Audio- bzw. Videokonferenz oder eines Screen-Sharings entstehen, werden für die Dauer der Konferenz verarbeitet und anschließend gelöscht. Eine weitergehende Aufbewahrung der Aufzeichnungen erfolgt nicht ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung. Textnachrichten (Chats) sowie Dateien, die im Zuge des Einsatzes einer Kollaborationssoftware ausgetauscht werden, werden gelöscht oder anonymisiert, sobald ihre Kenntnis nicht mehr erforderlich ist. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen ist Art. 6 Abs. 1 b) DS-GVO soweit sie der Beratung eines Interessenten oder Kunden dienen, sowie Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO, sofern sie den störungsfreien und sicheren Betrieb der Software betreffen.

Risikobeurteilung, Missbrauchsprävention und Aufklärung von Straftaten – Insbesondere im Zusammenhang mit Vertragsschlüssen, Risikobeurteilungen, Missbrauchsprävention und Aufklärung von Straftaten nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch oder sonstige Straftaten hindeuten können. Wir nutzen hierbei auch das gemeinsame Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS) der Besurance HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Sofern die o. g. Unternehmen am Informationsaustausch mit dem HIS teilnehmen, ist dies in den jeweiligen Versicherungsunterlagen kenntlich gemacht. Im Falle eines begründeten Verdachts werden Angaben zum Sachverhalt und den beteiligten Personen auch zur Aufklärung von etwaigen Straftaten genutzt. Darüber hinaus unterstützen uns auch Rückversicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen. In diesem Zusammenhang übermitteln wir Ihre Daten an Rückversicherer jedoch stets nur soweit dies zur Wahrung unserer berechtigten Interessen an einer sachgerechten Risikoeinschätzung erforderlich ist. Sofern infolge der Risikobeurteilung Hinweise auf erhöhte Risiken deuten, werden wir Sie hierzu kontaktieren und ggf. vor der weiteren Bearbeitung des Vorgangs weitere Nachfragen erbitten. Sofern sodann besondere oder erhöhte Risiken festgestellt werden, können diese im Rahmen einer Angebots- oder Vertragsanpassung berücksichtigt werden. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an einer effizienten Missbrauchsprävention und Risikobewertung sowie der Eindämmung der Risiken und Schäden.

Werbung und Kundenzufriedenheit – Wir verwenden die Daten, die wir von Ihnen erhalten haben, um Sie z. B. postalisch oder – sofern Sie dem zugestimmt haben – auch telefonisch, per E-Mail oder Textnachrichten auf unsere Produkte und Leistungen sowie für andere Produkte der Unternehmen des BarmeniaGothaer-Konzerns und deren Kooperationspartner hinzuweisen oder um Sie zu Ihrer Kundenzufriedenheit zu befragen. Wenn wir Ihre E-Mail-Adresse im Zusammenhang mit einem Vertragsschluss erhalten haben, verwenden wir diese auch für werbliche

E-Mails zu Produkten und Leistungsangeboten, die zu Ihrem Bedarf passen. Diese Mitteilungen können Sie jederzeit abbestellen oder Sie können der werblichen Ansprache insgesamt widersprechen. Hinweise hierzu finden Sie in jeder werblichen Mitteilung. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an einer Bewerbung unserer Produkte und Leistungen. Soweit Sie eine Einwilligung zum Erhalt von werblichen Mitteilungen abgegeben haben, ist diese gem. Art. 6 Abs. 1 a) DS-GVO Rechtsgrundlage für die werbliche Kontaktaufnahme. Zur Messung unseres Marketingerfolges werten wir die Leistungskennzahlen unserer Marketingkampagnen aus und prüfen anhand eines individuellen Schlüssels, ob die Kampagne zu einem Versicherungsantrag- bzw. Versicherungsvertrag geführt hat. Die Ergebnisse der Marketinganalysen werden in Berichtformaten und Dashboards auf aggregierte Ebene dargestellt, um darauf basierend Handlungspotentiale abzuleiten. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an einer Steuerung und Optimierung unserer Marketing- und Vertriebsaktivitäten.

Bonitätsauskünfte – Im Rahmen der Antragstellung bei der Lebensversicherung, der Kfz-Haftpflichtversicherung, der Krankenvollversicherung außerhalb des Basistarifs sowie im Fall von nicht gezahlten Versicherungsbeiträgen fragen wir bei einer Auskunftei (z. B. SCHUFA Holding AG, infoscore Consumer Data GmbH) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dieser Daten ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an einer sachgerechten Einschätzung des Zahlungsausfallsrisikos. Sofern darüber hinaus in anderen Situationen Informationen von Auskunfteien eingeholt werden sollen, wird hierfür gesondert Ihre Einwilligung erbeten.

Einsatz digitaler Assistenzsysteme und Weiterentwicklung unserer Abläufe und Systeme – Im Rahmen unserer internen Abläufe, z. B. bei der Bearbeitung eingehender Kundennachrichten und sonstiger Mitteilungen, nutzen wir auch digitale Assistenzsysteme. Bei der Eingangsbearbeitung können wir so nachvollziehen, welche Arten von Dokumenten und Mitteilungen uns erreichen. Wir analysieren diese mit dem Ziel die weitere Bearbeitung zu beschleunigen, Angaben aus den Dokumenten in unsere digitalen Systeme zu überführen und die interne Zuteilung von Vorgängen effizient zu gestalten. Der Einsatz der digitalen Assistenzsysteme erfolgt, um die anfallenden Tätigkeiten zu unterstützen und die Abläufe zu optimieren. Die Assistenzsysteme werden dabei auch angelernt und weiter verbessert. Wir verarbeiten Ihre Daten aus dem Vertragsverhältnis einschließlich den bei der Kontaktaufnahme mit dem Kundenservice verarbeiteten Daten dabei daher sowohl zu den Zwecken, über die wir Sie bei der Erhebung informiert haben als auch darüber hinaus für weitere, damit vereinbare Zwecke im Rahmen der gesetzlichen Regelungen und unter konsequenter Einhaltung unserer auch sonst gewährleisteten Sicherheitsstandards. So werden z. B. Eingangs-Dokumente nicht nur verarbeitet, um den jeweiligen Vorgang zu bearbeiten, sondern zugleich, um unsere internen digitalen Assistenzsysteme weiter zu optimieren. Rechtsgrundlage für die Nutzung der Daten zur Weiterentwicklung unserer Abläufe und Systeme ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an deren stetiger Optimierung.

Gesetzliche Verpflichtungen – Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungs- und Mitteilungspflichten, geldwäscherechtlicher Identifikationspflichten oder unserer Beratungspflicht. Im Rahmen von Vertragsbeziehungen mit gewerblichen Kunden verarbeiten wir auch öffentlich verfügbare Informationen (z. B. aus dem Handelsregister), um unserer geldwäscherechtlichen Pflicht zur Identifikation der wirtschaftlich Berechtigten nachzukommen. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1c) DS-GVO i.V.m den jeweiligen gesetzlichen Regelungen.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden grundsätzlich nur dann an Dritte gegeben, soweit dies im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag oder einer Schadensregulierung erforderlich ist, ein berechtigtes Interesse an der Weitergabe besteht oder Ihre Einwilligung hierfür vorliegt. Darüber hinaus können Ihre Daten an Dritte übermittelt werden, soweit wir aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder vollstreckbarer behördlicher oder gerichtlicher Anordnungen hierzu verpflichtet sind.

Rückversicherer – Eine Datenweitergabe erfolgt potentiell im Rahmen der Rückversicherung unserer Risiken oder zur Risikobewertung.

Vermittler – Eine Datenweitergabe erfolgt, sofern Ihr Vermittler Angaben zur sachgerechten Beratung und Betreuung in den Sie betreffenden Versicherungsangelegenheiten benötigt.

Frühere oder weitere Versicherer – Eine Weitergabe der Daten zu einem Vertrag erfolgt im Rahmen eines Antrags oder auch bei der Schadensabwicklung, um die Daten mit dem von Ihnen angegebenen vorherigen Versicherer oder weiteren Versicherern abzugleichen.

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS) – In der gemeinsamen Hinweisdatenbank der Versicherungswirtschaft werden in bestimmten Konstellationen Angaben zu Versicherungsfällen, versicherten Personen und Gegenständen gespeichert, um besondere Schadensfolgen, Auffälligkeiten und erschwerte Risiken wie z. B. gefahrenträchtige Berufe identifizieren und im Rahmen der Risikobewertung berücksichtigen zu können.

Datenverarbeitung in Konzernunternehmen – Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unseres Konzerns nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für Unternehmen im Konzern zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unseres Konzerns besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für das gemeinsame Kundenservice-Center und den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für die zentrale Bearbeitung steuerlicher oder rechtlicher Sachverhalte, für das Forderungsmanagement, Auszahlungen von Versicherungsleistungen oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen des Konzerns verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.
Die Dienstleisterliste finden Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.gothaer.de/datenschutz.

Externe Dienstleister – Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.gothaer.de/datenschutz einsehen.

Behördliche Empfänger – Zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten oder im Rahmen der Aufklärung von Straftaten können personenbezogenen Daten auch an Behörden weitergegeben werden (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanz- oder Strafverfolgungsbehörden). Im Zusammenhang mit Abkommen zum internationalen Informationsaustausch der Finanzbehörden (z. B. CRS, FATCA-Abkommen) kann das Bundeszentralamt für Steuern von uns Daten anfordern.

Datenübermittlung in Drittländer

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten noch für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (z. B. gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Wenn Sie eine Eingabe an den Datenschutzbeauftragten richten, werden die im Zusammenhang mit der Bearbeitung der Eingabe erhobenen personenbezogen Daten nach der abschließenden Bearbeitung der Anfrage für 3 Jahre aufbewahrt. Erfolgt die Eingabe bei einer Aufsichtsbehörde, beträgt die Aufbewahrungszeit 5 Jahre. Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter den o. g. Adressen Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Falls gespeicherte Daten falsch oder nicht mehr aktuell sein sollten, haben Sie das Recht diese Daten berichtigen zu lassen. Sie können außerdem die Löschung Ihrer Daten verlangen. Sollte die Löschung aufgrund entgegenstehender gesetzlicher Pflichten nicht möglich sein (z. B. wegen der Aufbewahrungspflichten nach dem Geldwäschegesetz oder der Abgabenordnung), werden die Daten gesperrt, so dass sie nur noch für diesen gesetzlichen Zweck verfügbar sind. Sie können die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten außerdem einschränken lassen, wenn z. B. die Richtigkeit der Daten von Ihrer Seite angezweifelt wird. Ihnen steht weiterhin ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu.

Widerspruchsrecht

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

Erteilte Einwilligungen können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Auf die Folgen eines Widerrufs wird im Rahmen der Einwilligungserklärungen stets hingewiesen. Bei Fragen hierzu wenden Sie sich an die o. g. Kontaktdaten.

Profiling und automatisierte Einzelfallentscheidungen

Soweit wir automatisierte Abläufe, digitale Assistenzsysteme und künstliche Intelligenz einsetzen, erfolgt dies grundsätzlich zur Verbesserung unserer Angebote und internen Abläufe, zur Kundengewinnung und Kundenbindung, zur Betrugsbekämpfung und zur Optimierung unseres Marketings.

Dabei ist üblicherweise ein menschlicher Mitarbeiter in die Vorgänge und Entscheidungen involviert. In einigen Konstellationen erfolgen aber Abläufe zur schnellen und effizienten Abwicklung auch automatisiert. Dies betrifft insbesondere die Automatisierung des Gesundheitsfragebogens, die automatische Rechnungsprüfung sowie das automatisierte Inputmanagement für Anliegen-Priorisierung bzw. Routing.

Wir verarbeiten Ihre Angaben und Informationen zu Ihren Versicherungsverträgen, um bestimmte Aspekte unserer Kunden- und Vertragsbeziehungen zu analysieren und Wahrscheinlichkeiten im Hinblick auf bestimmte Konstellationen abzuschätzen (sog. Profiling). So können wir beispielsweise bei der Antrags-, Vertrags- sowie Schaden- und Leistungsbearbeitung schnelle Entscheidungen auf der Grundlage Ihrer Angaben zu persönlichen Risikomerkmalen treffen (sog. automatisierte Einzelfallentscheidung).

Die Berechnung der hierfür zugrunde gelegten Wahrscheinlichkeitswerte erfolgt nach mathematisch-statistisch anerkannten und bewährten Verfahren. Soweit Entscheidungsprozesse mithilfe künstlicher Intelligenz erfolgen, beruhen diese allein auf mathematisch-statistischen Auswertungen. Andere Modelle künstlicher Intelligenz sind derzeit nicht vorgesehen. Technische und organisatorische Maßnahmen sowie interne Prüfmechanismen stellen die Richtigkeit der Berechnungen sicher. Die automatisierten Entscheidungen basieren insbesondere auf den vertraglichen Bedingungswerken zu unseren Versicherungsprodukten und den daraus abgeleiteten Regeln und Grenzwerten.

Sollte aufgrund einer automatisierten Prüfung ein Antrag abgelehnt werden, werden wir Sie hierüber informieren. Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung. So können Sie das Ergebnis der automatisierten Entscheidung durch unsere Mitarbeiter nachprüfen lassen. Diese Rechte bestehen indes nicht, wenn Ihrem Begehren, also z. B. Ihrem Antrag, vollumfänglich stattgegeben wurde.

Beschwerderecht

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

Landesbeauftragte für Datenschutz und
Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung Premium ohne Arbeitsunfähigkeitsleistungen

Inhaltsverzeichnis

Umfang der Versicherung ... 1

§ 1 Was ist versichert? ... 1

§ 2 Wann liegt Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor? ... 6

§ 3 Welche Besonderheiten gelten bei Krebserkrankungen? ... 12

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? ... 14

§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes ... 14

Vorvertragliche Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt von Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Krebs ... 15

§ 6 Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages ... 15

§ 7 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden? ... 17

§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten? ... 19

Prüfung der Leistungspflicht und Mitwirkungspflichten bei Nachprüfung der Leistungspflicht ... 19

§ 9 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? ... 19

§ 10 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit? ... 20

Überschussbeteiligung ... 21

§ 11 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt? ... 21

Kosten ... 23

§ 12 Abschluss- und Vertriebskosten ... 23

§ 13 Gebühren ... 23

Änderungen des Vertrages oder der Beiträge ... 24

§ 14 Unter welchen Umständen können die vereinbarten Beiträge neu festgesetzt werden? ... 24

§ 15 Was gilt für die dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung? ... 25

§ 16 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente erhöhen? ... 26

§ 17 Wann können Sie Ihre Vertragsdauer verlängern? ... 30

§ 18 Was gilt für Schüler bei Berufseinstieg oder bei Beginn der Ausbildung oder des Studiums? ... 31

§ 19 Wann können Sie die berufliche Tätigkeit umstufen lassen? ... 31

§ 20 Was gilt bei Einschluss einer Starter-BU? ... 32

Kündigung, Beitragsfreistellung und weitere Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten ... 32

§ 21 Was gilt bei Kündigung? ... 33

§ 22 Was gilt bei Beitragsfreistellung? ... 33

§ 23 Was gilt bei Reduzierung des Beitrags? ... 34

§ 24 Was gilt bei Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Reduzierung des Beitrags? ... 35

§ 25 Was gilt bei Stundung der Beiträge? ... 36

Sonstige Regelungen ... 36

§ 26 Wer erhält die Versicherungsleistung? ... 36

§ 27 Beitragszahlung ... 37

§ 28 Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Namensänderung, Umzug, Steuerpflicht im Ausland) ... 38

§ 29 Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung ... 39

§ 30 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind? ... 39

Anhang I: Definition der versicherten schweren Krankheiten von Kindern der versicherten Person ... 40

Anhang II: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar) ... 44

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung Premium ohne Arbeitsunfähigkeitsleistungen

Die Berufsunfähigkeitsversicherung Premium ohne Arbeitsunfähigkeitsleistungen ist eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit Schutz im Fall einer Berufsunfähigkeit. Darüber hinaus erhalten Sie für einen befristeten Zeitraum auch Leistungen bei einer Krebserkrankung. Alle wichtigen Informationen zu Ihrer Versicherung finden Sie auf den nächsten Seiten.

Beachten Sie bitte auch: In diesen Versicherungsbedingungen beschreiben wir Ihnen unsere Leistungen und wie diese geregelt sind. Ihr Vertrag muss nicht alle Leistungen umfassen. Welche Leistungen Sie mit uns vereinbart haben, finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*.

In diesen Bedingungen beschreiben wir unter anderem Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Krebs und schwere Krankheiten. Dabei sind diese Begriffe immer so zu verstehen, wie wir sie in diesen Bedingungen definieren. Mehr dazu finden Sie in § 2 und § 3 sowie im Anhang.

Einige wichtige Fachbegriffe haben wir *»kursiv* hervorgehoben. Weil diese nicht immer leicht zu verstehen sind, finden Sie im Anhang eine "Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)".

Noch ein Hinweis für Sie: Wir unterscheiden die **versicherte Person** und den **Versicherungsnehmer** voneinander. Sie sind Versicherungsnehmer, wenn Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch die versicherte Person. Sie können auch eine andere Person versichert haben. Dann sind Sie Versicherungsnehmer und die Person, für die Sie diesen Vertrag abgeschlossen haben, ist die versicherte Person.

Umfang der Versicherung

§ 1
Was ist versichert?

I. Berufsunfähigkeitsrente

(1) Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erhalten Sie, wenn gilt: Die versicherte Person wird innerhalb der vereinbarten *»Versicherungsdauer* zu mindestens 50 % berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen. In diesem Fall erbringen wir folgende Leistungen:

a. Wir befreien Sie von der Pflicht zur Beitragszahlung für die Berufsunfähigkeitsversicherung, das heißt, Sie müssen keine Beiträge mehr zahlen. Dies gilt ab dem nächsten Fälligkeitstermin für eine Beitragszahlung nach dem Zeitpunkt, ab dem die versicherte Person berufsunfähig geworden ist.
b. Wir zahlen Ihnen die vereinbarte monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Rente.

Die Zahlweise der Rente finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*. Die Rente zahlen wir immer zu Beginn einer *»Rentenzahlungsperiode*. Eine *»Rentenzahlungsperiode* ist bei jährlicher *»Rentenzahlweise* der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden *»Stammtagen*. Bei halbjährlicher, vierteljährlicher oder monatlicher Zahlweise unterteilen wir diesen Zeitraum in halbe Jahre oder Vierteljahre oder in Monate. Beginnt die Zahlung der Rente an einem Termin, der nicht Beginn einer *»Rentenzahlungsperiode* ist, so zahlen wir die erste Rente anteilig für den Rest dieser *»Rentenzahlungsperiode*.

Liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor oder ein Grad der Berufsunfähigkeit von unter 50 %, stellen wir die genannten Leistungen ein. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch wieder Beiträge zahlen.

Bitte beachten Sie: Die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erhalten Sie höchstens bis zum Ende der verbleibenden *»Leistungsdauer*. Die *»Versicherungs-* und *»Leistungsdauer* finden Sie im *»Versicherungsschein*. Die Begriffe sind auch in der "Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)" erklärt. Bitte lesen Sie diese Informationen, sie sind sehr wichtig. Näheres dazu, wie lange wir die Leistungen zahlen, finden Sie in Absatz 5.

Wichtig: Ist der Grad der Berufsunfähigkeit geringer als 50 %, so erhalten Sie keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ausnahme: Sie erhalten unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit Leistungen, wenn die versicherte Person pflegebedürftig ist (siehe Absatz 2).

(2) Wir leisten auch wie in Absatz 1 beschrieben, wenn die versicherte Person pflegebedürftig wird. Wie

die Pflegebedürftigkeit in diesem Zusammenhang definiert ist, finden Sie in § 2 Abschnitt II. Die Pflegebedürftigkeit gilt dann als Berufsunfähigkeit und wir zahlen die Leistungen unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit. Voraussetzung ist auch hier, dass die Pflegebedürftigkeit in der *»Versicherungsdauer* eintritt, die wir für die Berufsunfähigkeitsversicherung vereinbart haben.

(3) Neben den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit können Sie auch Leistungen wegen Krebs erhalten. Die Leistungen wegen Krebs erbringen wir nie gleichzeitig mit den zuvor genannten Leistungen. Wir beschreiben die Leistungen wegen Krebs in § 3.

(4) Ab diesem Zeitpunkt haben Sie Anspruch auf die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit:

- Der Monat, nachdem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.
- Frühestens zum Beginn der Berufsunfähigkeitsversicherung.

Wenn die versicherte Person berufsunfähig ist, leisten wir auch rückwirkend zu oben genanntem Zeitpunkt. Wir zahlen die Leistungen für die Zeit, für die Sie die Berufsunfähigkeit nachweisen. Voraussetzung ist, dass Sie uns die Berufsunfähigkeit in *»Textform* melden.

Wenn Sie für einen Zeitraum bereits Leistungen wegen Krebs nach § 3 erhalten haben, gilt: Sie bekommen für diesen Zeitraum keine rückwirkenden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

(5) Wenn Sie mit uns für die Leistungen eine Karenzzeit vereinbart haben, gilt:

- Wir zahlen die Rentenleistungen wegen Berufsunfähigkeit erst nach Ablauf der Karenzzeit.
- Die Karenzzeit beginnt mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Ihre Dauer in Monaten finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*.
- Die Berufsunfähigkeit (siehe Absatz 1 und 2) muss während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden haben und bei Ablauf der Karenzzeit noch andauern.

Während der Karenzzeit für die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit müssen Sie keine Beiträge zahlen. Außerdem haben Sie auch während der Karenzzeit für die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit Anspruch auf die Einmalleistungen nach Abschnitt II Absatz 3 und 4.

Wenn Sie bereits eine Karenzzeit für die Leistungen wegen Krebs (siehe § 3) zurückgelegt haben, rechnen wir diese für die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit an. Dies gilt aber nur, wenn die Berufsunfähigkeit auf derselben Erkrankung beruht, aufgrund derer wir bereits Leistungen wegen Krebs erbracht haben. Außerdem muss die Berufsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren, nachdem wir die Leistung wegen Krebs eingestellt haben, eingetreten sein.

(6) In folgenden Fällen beenden wir die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit:

- Die *»Leistungsdauer* ist abgelaufen.
- Die versicherte Person ist verstorben.

Außerdem beenden wir unsere Leistungen, wenn die versicherte Person die Voraussetzungen aus den Absätzen 1 oder 2 nicht mehr erfüllt. Sie müssen dann auch wieder Beiträge zahlen. Näheres dazu, wie wir unsere Leistungen bei einer Nachprüfung unserer Leistungspflicht einstellen, finden Sie in § 10.

(7) Wird die versicherte Person wegen der ursprünglichen Ursache erneut berufsunfähig, so leisten wir wieder bis zum Ende der *»Leistungsdauer*, wenn Folgendes erfüllt ist:

- Wir haben bereits Leistungen aus dieser Berufsunfähigkeitsversicherung gezahlt, da die versicherte Person berufsunfähig oder pflegebedürftig war,
- wir haben diese Leistungen wie in Absatz 5 beschrieben eingestellt und
- die versicherte Person wird wegen der ursprünglichen Ursache erneut berufsunfähig oder pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen.

Das ist selbst dann der Fall, wenn die *»Versicherungsdauer* bereits abgelaufen ist.

(8) Nach Einstellung unserer Leistungen wegen Berufsunfähigkeit rechnen wir bereits zurückgelegte Karenzzeiten an, wenn die Berufsunfähigkeit wegen der ursprünglichen Ursache wieder eintritt.

Wurden bereits Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund der ursprünglichen Ursache gewährt, so entsteht keine neue Karenzzeit.

(9) Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeitsversicherung besteht weltweit.

II. Weitere Leistungen

(1) Wenn wir die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit einstellen, zahlen wir einmalig eine Wiedereingliederungshilfe, wenn sämtliche der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person schließt erfolgreich eine Umschulungsmaßnahme ab und übt wieder eine Tätigkeit aus,
- die versicherte Person ist nicht mehr berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen,
- wir stellen deshalb die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit ein und
- bei Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe beträgt die verbleibende *»Versicherungsdauer* noch mindestens zwölf Monate.

Dann erhalten Sie unabhängig von der Dauer der Berufsunfähigkeit einmalig folgende Leistungen:

- Wir zahlen als Wiedereingliederungshilfe eine Kapitalleistung in Höhe einer Berufsunfähigkeitsjahresrente,
- insgesamt aber maximal 15.000 EUR für alle bei uns auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen.

Bei erneuten Leistungen wegen Berufsunfähigkeit innerhalb von sechs Monaten nach Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe rechnen wir eine geleistete Wiedereingliederungshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche an.

(2) Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit zahlen, so geht die Berufsunfähigkeitsrente bei Ablauf der vereinbarten *»Leistungsdauer* in eine lebenslange Altersrente über, wenn gilt:

- Die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen (siehe § 2 Abschnitt II) ist vor Vollendung des 45. Lebensjahres eingetreten,
- die Pflegebedürftigkeit besteht bis zum Ende der *»Leistungsdauer* ununterbrochen fort und
- die *»Leistungsdauer* des Vertrages ist mindestens bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person vereinbart.

Die Höhe der lebenslangen Altersrente entspricht der Berufsunfähigkeitsrente zum Ablauf der vereinbarten *»Leistungsdauer* der Berufsunfähigkeitsversicherung.

(3) Wir beteiligen uns einmalig an den Kosten einer psychotherapeutischen Krisenintervention, wenn die versicherte Person eine Lebenskrise erleidet. Insgesamt übernehmen wir hierfür Kosten von bis zu maximal 1.000 Euro.
Wir leisten innerhalb dieser Grenze in dem Umfang nur, wenn Sie uns entsprechende Nachweise mit zweckgebundenen Ausgaben vorlegen. Aus diesen muss hervorgehen, dass Ihnen Kosten für eine Krisenintervention bei einem Arzt oder approbierten psychologischen Psychotherapeuten entstanden sind. Wir zahlen diese Zusatzleistung nur, wenn die Kosten kein Dritter übernimmt.
Die Leistung für die psychotherapeutische Krisenintervention wird auf eine spätere Berufsunfähigkeitsrente angerechnet, sofern diese im leistungspflichtigen Zeitraum stattfand.

(4) Bei anerkannter Berufsunfähigkeit während der *»Versicherungsdauer* können Sie eine Zusatzleistung erhalten. Wir übernehmen die Kosten eines Rehamanagers sowie die Kosten für ambulante und stationäre Rehamaßnahmen zur Minderung der Ursachen für die Berufsunfähigkeit. Sie können diese Zusatzleistung einmalig oder mehrfach in Anspruch nehmen. Insgesamt übernehmen wir in Summe höchstens Kosten bis zu einer Höhe von neun Berufsunfähigkeitsmonatsrenten, maximal aber 10.000 EUR für alle bei uns auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen. Wir zahlen diese Zusatzleistung nur, wenn die Kosten kein Dritter übernimmt.

(5) Bei einer erstmalig anerkannten Berufsunfähigkeit, die durch einen Unfall verursacht wurde (unfallbedingte Berufsunfähigkeit), leisten wir eine einmalige Zusatzzahlung.

Ein Unfall ist ein plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkendes Ereignis, durch das die versicherte Person unfreiwillig in ihrer Gesundheit geschädigt wird. Als Unfall gilt auch, wenn sich durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt. Ebenso gilt als Unfall, wenn sich Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln zerren oder zerreißen. Der Unfall muss sich während der *»Versicherungsdauer* ereignen.

Bei erstmalig anerkannter, unfallbedingter Berufsunfähigkeit leisten wir einmalig Folgendes: Eine einmalige Zusatzzahlung in Höhe von drei Berufsunfähigkeitsmonatsrenten, maximal 3.000 EUR für alle bei uns auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen.

(6) Wir beteiligen uns an Anschaffungskosten im Rahmen einer Umorganisation, wenn die unten be-

schriebenen Voraussetzungen dafür erfüllt werden und gilt: Durch die Umorganisation wird eine Berufsunfähigkeit der versicherten Person vermieden oder aufgehoben. Was wir unter einer Umorganisation verstehen, beschreiben wir in § 2 Abschnitt I Absatz 2. Sie müssen die Beteiligung in *»Textform* beantragen.

Die Voraussetzungen hierfür sind:

- Die entsprechende Anschaffung bedingt sich durch die konkrete gesundheitliche Beeinträchtigung und
- durch diese Anschaffung wird eine zumutbare und betrieblich sinnvolle Umorganisation nach § 2 Abschnitt I Absatz 2 erreicht.

In diesem Fall beteiligen wir uns an den Anschaffungskosten bis zu maximal folgender Höhe:

- Ein Betrag in Höhe von bis zu sechs Berufsunfähigkeitsmonatsrenten,
- höchstens jedoch 12.000 EUR für alle bei uns auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit werden in diesem Fall nicht erbracht. Kommt es innerhalb eines Jahres nach unserer Beteiligung an den Anschaffungskosten dennoch zu Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, so gilt: Wir verrechnen die von uns geleisteten Anschaffungskosten mit den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

(7) Falls

- der Versicherungsnehmer eine *»natürliche Person* ist und
- bei leiblichen oder adoptierten Kindern der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen (siehe Anhang) eintritt und
- das betreffende Kind zu diesem Zeitpunkt mindestens ein Jahr alt ist und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,

erhält die versicherte Person eine zusätzliche Leistung. Dabei gelten die folgenden Bedingungen:

a. Wir erbringen eine Leistung, wenn bei einem Kind der versicherten Person eine von uns definierte schwere Krankheit eintritt. Welche schweren Krankheiten das sind, finden Sie im Anhang. Unsere Leistung beträgt einmalig eine versicherte Berufsunfähigkeitsjahresrente der versicherten Person, höchstens jedoch 24.000 EUR.
b. Der Anspruch auf die Leistung der Versicherung entsteht in der Regel, wenn nach der ärztlichen Diagnose 28 Tage vergangen sind. Der Anspruch entsteht nur, wenn das mitversicherte Kind diesen Zeitpunkt erlebt. Beachten Sie bitte: Bei einzelnen schweren Krankheiten bestehen davon Ausnahmen. Sie finden diese Ausnahmen bei der Beschreibung der einzelnen schweren Krankheiten im Anhang.
c. Wir zahlen die Leistung pro Kind nur einmal. Das gilt auch bei gleichzeitigem Eintritt mehrerer schwerer Krankheiten.
d. Ein möglicher Anspruch auf die beschriebene Leistung entsteht frühestens nach einer Wartezeit von einem Jahr. Die Wartezeit beginnt, nachdem Sie den ersten Beitrag gezahlt haben oder mit der Geburt des betreffenden Kindes. Es gilt der jeweils spätere Zeitpunkt. Liegt die ärztliche Diagnose zur schweren Krankheit des betreffenden Kindes vor dem späteren dieser beiden Zeitpunkte, zahlen wir die beschriebene zusätzliche Leistung nicht.
e. Ist das betreffende Kind im Rahmen von mehreren Verträgen auf die beschriebene Weise mitversichert, zahlen wir die beschriebene zusätzliche Leistung insgesamt nur einmal. Dabei zahlen wir die höchste der sich ergebenden Leistungen aus diesen Verträgen. Die Leistungen aus den übrigen Verträgen verfallen dann.
f. In den folgenden Fällen erhalten Sie von uns keine Leistung für das betreffende Kind:
    - Die Symptome für eine schwere Krankheit treten erstmals bereits im ersten Jahr auf, nachdem Sie den ersten Beitrag gezahlt haben. Die Definition der schweren Krankheiten finden Sie im Anhang.
    - Die Symptome für eine schwere Krankheit treten erstmals bereits im ersten Lebensjahr des betreffenden Kindes auf. Die Definition der schweren Krankheiten finden Sie im Anhang.
    - Die schwere Krankheit ist direkt oder indirekt auf eine Vorerkrankung zurückzuführen, die bereits im ersten Lebensjahr des betreffenden Kindes bestand. Das gilt auch, wenn die Vorerkrankung schon vor Abschluss des Vertrags oder bei der Adoption bestand. Dabei spielt es keine Rolle, ob sich die schwere Krankheit durch Symptome bemerkbar gemacht hat oder nicht. Das bedeutet: Ihr Anspruch auf die beschriebene zusätzliche Leistung entfällt auch dann, wenn Sie von der Krankheit nichts wussten.

(8) Außer den im *»Versicherungsschein* ausgewiesenen *»garantierten Leistungen* erhalten Sie weitere Leistungen aus der *»Überschussbeteiligung* (siehe § 11).

(9) Wenn Sie Fragen zu Ihrem Vertrag haben, helfen wir Ihnen gerne. Wir beantworten außerdem gerne Fragen

- zum Umfang Ihres Versicherungsschutzes,
- zu den eingeschlossenen Zusatzleistungen sowie
- zu möglichen Optionen.

Wenn Sie eine Leistung beantragen möchten, geben wir Ihnen auf Wunsch Auskunft,

- wie Sie eine Leistung beantragen,
- welche Unterlagen Sie uns einreichen müssen und
- wie Sie Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Krebs oder eine schwere Krankheit nachweisen können.

III. Option auf Abschluss einer Risikolebensversicherung

(1) Sie können zu bestimmten Anlässen eine Risikolebensversicherung bei der BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG abschließen. Wir verzichten hierbei auf die Durchführung einer *»Risikoprüfung*, für die Tarifierung relevante Merkmale gemäß Absatz 3 dürfen wir jedoch erheben.

Diese Anlässe sind:

a. Ein Kind der versicherten Person wird geboren oder die versicherte Person adoptiert ein unterhaltsberechtigtes Kind.
b. Die versicherte Person nimmt ein Darlehen im Wert von mindestens 50.000 EUR zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie auf.

Sie müssen uns Ihren Wunsch auf Ausübung der Option innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der genannten Anlässe anzeigen und entsprechende Nachweise vorlegen.

Der Abschluss der Risikolebensversicherung kann nur vorgenommen werden, sofern

- seit Versicherungsbeginn der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht mehr als 15 Jahre vergangen sind,
- die versicherte Person nicht älter als 45 Jahre ist,
- der betreffende Anlass während der *»Versicherungsdauer* des aktuellen Vertrags eintritt und
- die weiteren Voraussetzungen gemäß Absatz 2 erfüllt sind.

(2) Die Option kann nur ausgeübt werden, wenn wir zu diesem Zeitpunkt einen entsprechenden verkaufsoffenen Tarif anbieten und die folgenden Voraussetzungen sämtlich erfüllt sind:

- Die versicherte Person der Berufsunfähigkeitsversicherung und der Risikolebensversicherung sind dieselbe Person;
- Die ausgeübte berufliche Tätigkeit der versicherten Person ist gemäß den geltenden Annahmerichtlinien der Risikolebensversicherung versicherbar;
- Wir haben Ihnen noch keine Versicherungsleistung aus Ihrem Vertrag gezahlt und Sie haben auch nie Leistungen aus Ihrem Vertrag beantragt;
- Bei der versicherten Person liegt keine Berufsunfähigkeit vor;
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor;
- Bei der versicherten Person liegt keine Krebserkrankung vor;
- Ihr Vertrag wurde nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt.

Haben wir bei Annahme Ihres aktuellen Vertrages Leistungsausschlüsse oder Zuschläge mit Ihnen vereinbart, so ist die Ausübung der Option auf Abschluss einer Risikolebensversicherung ausgeschlossen.

(3) Wenn Sie Ihre Option auf Abschluss einer Risikolebensversicherung ausüben, werden wir mit Ihnen einen zusätzlichen Vertrag in dem von Ihnen gewählten Zieltarif schließen. Für diesen neu zu schließenden Vertrag gilt:

- Der Abschluss erfolgt zu den dann geltenden *»Rechnungsgrundlagen*, Allgemeinen Vertragsbedingungen, Annahmerichtlinien und Tarifierungsmerkmalen (z. B. Rauchverhalten, Body-Mass-Index BMI, Beruf).
- Die Laufzeit der Risikolebensversicherung darf nicht länger sein als die Restlaufzeit der Be-

rufsunfähigkeitsversicherung.
- Sie können eine Versicherungssumme bis zum Zehnfachen der versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrente, jedoch maximal 200.000 EUR, abschließen. Die gesamten bei uns versicherten Risikolebensversicherungssummen dürfen maximal 400.000 EUR betragen.

(4) Die Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht bei Abschluss der Berufsunfähigkeitsversicherung erstrecken sich auch auf die Risikolebensversicherung. Die Fristen nach § 6 Abschnitt V Absatz 1 beginnen nach Ausübung der Option neu zu laufen.

§ 2
Wann liegt Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

I. Berufsunfähigkeit

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person ist voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen nicht in der Lage, in ihrem Beruf tätig zu sein. Entscheidend ist der zuletzt ausgeübte Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.

- Der Grund hierfür ist:

  - Krankheit,
  - Körperverletzung oder
  - (auch altersentsprechender) Kräfteverfall.

  Sie müssen den Grund für die vollständige Berufsunfähigkeit durch ärztliche Befunde belegen.

- Die versicherte Person geht keiner anderen Tätigkeit nach, die ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entspricht und ihre bisherige Lebensstellung wahrt.

Wir verzichten auf die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung.

Um die Lebensstellung zu bewerten, betrachten wir das Einkommen und die soziale Wertschätzung des zuletzt ausgeübten Berufs. Wir beurteilen, ob eine Verringerung des Einkommens für die versicherte Person zumutbar ist. Dabei begrenzen wir die für die versicherte Person zumutbare Verringerung des Einkommens auf maximal 20 % des Bruttoeinkommens. Sollte der Bundesgerichtshof einen geringeren Prozentsatz als nicht zumutbare Verringerung des Einkommens festlegen, so ist dieser auch für uns entscheidend. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Verringerung des Einkommens unzumutbar in diesem Sinn sein.

(2) Für Selbstständige und mitarbeitende Betriebsinhaber gelten die nachfolgenden Regeln: Bei ihnen liegt eine Berufsunfähigkeit vor, wenn neben den Regelungen in Absatz 1 die versicherte Person auch durch wirtschaftlich zumutbare Umorganisation eine Berufsunfähigkeit nicht vermeiden kann. Das bedeutet, dass die versicherte Person nach der Umorganisation nicht weiter so tätig sein könnte, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen vorliegt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich sinnvoll ist. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person müssen die Umorganisation auch durchführen können. Die bisherige Lebensstellung des Selbstständigen oder Betriebsinhabers muss dabei nach Absatz 1 bestehen bleiben.

Wir verzichten auf diese besonderen Regeln, wenn

a. die versicherte Person in ihrer täglichen Arbeitszeit mindestens 90 % kaufmännische, leitende, planerische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt,
b. oder der Betrieb weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Nicht zu den fünf Mitarbeitern zählen Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten,
c. oder die versicherte Person einen der folgenden Berufe ausübt:
   - Human- oder Zahnmediziner
   - Ingenieur
   - Kammerberuf.

(3) Wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Prüfung der Berufsunfähigkeit als Hauptberuf studiert, gilt als Beruf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Studierende. Als Studium gilt ein Studium an einer Hochschule (Universität), Fachhochschule (FH) oder Dualen Hochschule (DH). Der angestrebte Studienabschluss muss in Deutschland staatlich anerkannt sein.

Für Studierende, die sich zum Zeitpunkt, ab welchem Sie Leistungen beantragen, in der zweiten Hälfte der Regelstudienzeit befinden, gilt hiervon abweichend und in Ergänzung zu Absatz 1: Übt die versicherte Person konkret eine andere Tätigkeit aus, legen wir als zuletzt konkret ausgeübten Beruf

zugunsten des Studierenden nur Berufe zugrunde, welche den erfolgreichen Abschluss dieses Studienganges zwingend erfordern. Zur Vergleichbarkeit der sozialen und finanziellen Lebensstellung stellen wir hierbei auf eine in Vollzeit ausgeübte Tätigkeit in diesen Berufen ab.

(4) Um bei Auszubildenden eine Berufsunfähigkeit während der Ausbildung zu beurteilen, ziehen wir das mit erfolgreichem Abschluss der Ausbildung erreichbare Berufsbild heran.

Übt die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit aus, so gilt in Bezug auf die konkrete Verweisung in Ergänzung zu Absatz 1: Zur Vergleichbarkeit der sozialen und finanziellen Lebensstellung stellen wir auf eine in Vollzeit am Wohnort ausgeübte Tätigkeit des mit erfolgreichem Abschluss der ursprünglichen Ausbildung erreichbaren Berufsbildes ab.

(5) Die Tätigkeiten von Schülern sehen wir als Beruf an. Dabei berücksichtigen wir den zuletzt besuchten Unterricht in seiner konkreten Ausgestaltung. Dies beinhaltet auch die Hausaufgaben sowie die Ausstattung des Schulgebäudes. Wir verzichten zudem auf die abstrakte Verweisung auf eine andere Schulform oder auf eine sonderpädagogische Förderung.

Nimmt die versicherte Person später eine gegen Entgelt ausgeübte Berufstätigkeit auf, ist

- der dann unmittelbar vor dem Zeitpunkt, ab welchem Sie Leistungen beantragen,
- zuletzt ausgeübte Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war,

versichert.

(6) Die Tätigkeiten von Hausfrauen oder Hausmännern sehen wir als Beruf an. Nimmt die versicherte Person später eine gegen Entgelt ausgeübte Berufstätigkeit auf, ist

- der dann unmittelbar vor dem Zeitpunkt, ab welchem Sie Leistungen beantragen,
- zuletzt ausgeübte Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war,

versichert.

(7) Die Berufsunfähigkeit eines Beamten beurteilt sich unabhängig von einer Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne allein nach den allgemeinen Regelungen in diesen Versicherungsbedingungen.

(8) Es kann auch eine teilweise Berufsunfähigkeit vorliegen. Liegen die genannten Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad (zum Beispiel 50 %) vor, sprechen wir von einer teilweisen Berufsunfähigkeit.

(9) Eine versicherte Person gilt auch als berufsunfähig, wenn

- sie sechs Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, beruflich tätig zu sein,
- der Zustand weiterhin andauert,
- die Berufsunfähigkeit durch Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfall verursacht wurde und
- Sie die Ursache durch ärztliche Befunde nachweisen.

In diesem Fall gilt die versicherte Person ab Beginn dieses Zustandes als berufsunfähig. Die Berufsunfähigkeit kann vollständig oder teilweise vorliegen. Entscheidend ist der zuletzt ausgeübte Beruf der versicherten Person, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.

In einem solchen Fall erbringen wir unsere Leistungen rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der sechsmonatige Zeitraum begonnen hat. Bei verspäteter Meldung leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit. Dabei gelten alle oben aufgeführten Punkte zur vollständigen und teilweisen Berufsunfähigkeit. Bitte beachten Sie hierbei: Haben wir bereits Leistungen wegen Krebs erbracht, erbringen wir für diesen Zeitraum keine rückwirkenden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit (siehe § 3 Absatz 1).

Ist eine Karenzzeit vereinbart (siehe § 1 Abschnitt I Absatz 4), beginnt die Karenzzeit mit Beginn des sechsmonatigen Zeitraums.

(10) Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ihre berufliche Tätigkeit in Teilzeit aus, gelten besondere Regeln. Eine Tätigkeit in Teilzeit liegt vor, wenn die versicherte Person

- arbeitsvertraglich weniger als ein vergleichbar vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer oder
- auf selbstständiger Basis wöchentlich weniger als 40 Stunden arbeitet.

Wenn wir prüfen, ob die versicherte Person berufsunfähig ist, berücksichtigen wir in diesem Fall neben der Teilzeit-Erwerbstätigkeit auch folgende Tätigkeiten, soweit diese unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalls ausgeübt wurden:

- Eine über den eigenen Anteil an der Familienversorgung hinausgehende Tätigkeit als Hausfrau/Hausmann oder zur Versorgung von pflegebedürftigen Familienangehörigen;
- Eine Ausbildung, ein Studium, eine berufliche Weiter- oder Fortbildung.

Übt die versicherte Person mehrere Berufe in Teilzeit aus, berücksichtigen wir diese nebeneinander.

(11) Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine berufliche Tätigkeit aus, gelten besondere Regeln. In diesen Fällen gilt als versichert:

- die zuletzt vor dem Ausscheiden aus dem Berufsleben konkret ausgeübte Tätigkeit und
- die bei Ausscheiden erreichte Lebensstellung nach Absatz 1.

(12) Innerhalb der Elternzeit ist die Tätigkeit versichert, die die versicherte Person vor Beginn der Elternzeit konkret ausgeübt hat. Dies gilt auch bei mehreren Elternzeiten hintereinander ohne Unterbrechung.

(13) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn der versicherten Person die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit aufgrund einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr teilweise oder vollständig untersagt ist (Tätigkeitsverbot). Voraussetzung hierfür ist, dass

- dieses Tätigkeitsverbot sich auf mindestens 50 % der zuletzt ausgeübten Tätigkeit der versicherten Person bezieht,
- eine das Tätigkeitsverbot anordnende behördliche Verfügung vorliegt, die auf gesetzlichen Vorschriften oder einer behördlichen Anordnung beruht und
- das Tätigkeitsverbot sich voraussichtlich ununterbrochen über eine Dauer von mindestens sechs Monaten erstreckt oder bereits seit sechs Monaten ununterbrochen bestanden hat.

Bezieht sich das Tätigkeitsverbot auf die Behandlung, Versorgung oder Betreuung von Patienten, so erkennen wir dieses als vollständiges Tätigkeitsverbot an, sofern die versicherte Person einen der folgenden Berufe ausübt:

- Human- oder Zahnmediziner
- Studierende der Human- und Zahnmedizin
- Medizinisch behandelnde oder pflegerische Berufe mit Patientenkontakt, wie zum Beispiel:
  - Krankenschwestern und Krankenpfleger
  - Altenpflegerinnen und Altenpfleger
  - Hebammen und Entbindungspfleger
  - Arzthelferinnen und Arzthelfer

Um ein Tätigkeitsverbot nachzuweisen, müssen Sie uns das Original oder eine amtlich beglaubigte Kopie der behördlichen Verfügung vorlegen.

Die versicherte Person gilt nicht als berufsunfähig, wenn:

- sie eine Tätigkeit tatsächlich ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung entspricht und
- diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Wenn wir Leistungen wegen des Tätigkeitsverbotes erbringen, endet die Leistungsverpflichtung in folgenden Fällen:

- Das Tätigkeitsverbot wird aufgehoben.
- Die Gründe für das Tätigkeitsverbot sind weggefallen und die versicherte Person kann ihren Beruf oder eine andere Tätigkeit ausüben. Die versicherte Person muss die andere Tätigkeit dabei aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausüben können. Sie muss auch der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person im Sinne von Absatz 1 entsprechen.

Die Aufhebung des Tätigkeitsverbotes und der Wegfall der Gründe dafür müssen uns unverzüglich - ohne schuldhaftes Zögern - mitgeteilt werden. Hierbei gelten die Bestimmungen zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit. Mehr dazu finden Sie in § 10.

(14) Wenn die versicherte Person aufgrund einer nach Abschluss des Vertrags eingetretenen Ursache voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen

- bei der Fortbewegung ständig auf einen Rollstuhl angewiesen ist,
- das Hörvermögen vollständig verloren hat oder
- das Sehvermögen vollständig verloren hat,

so gilt: Solange einer dieser Zustände ununterbrochen fortbesteht, erkennen wir dies für die Dauer von bis zu drei Jahren als vollständige Berufsunfähigkeit an. Nach Ablauf dieses Zeitraums werden wir das Vorliegen einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit prüfen.

Diese Leistungserweiterung entfällt, sobald die versicherte Person eine Tätigkeit ausübt,

- zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und
- die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

(15) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person eine unbefristete Rente aus der Sozialversicherung wegen voller Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen erhält. Dabei gilt:

- Der Definition der vollen Erwerbsminderung im Sinne dieses Absatzes liegt § 43 Sozialgesetzbuch VI in der Fassung vom 01.01.2023 zugrunde. Wenn sich das Sozialgesetzbuch VI ändert, ändert sich nicht die Definition der Berufsunfähigkeit aufgrund von Erwerbsminderung gemäß diesem Absatz.
- Bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung besteht dieser Vertrag seit mindestens zehn Jahren.
- Die versicherte Person hat bei Beginn der Rentenzahlung durch den Versorgungsträger das 40. Lebensjahr vollendet.

Wenn Sie bei Abschluss Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung mit uns Ausschlüsse vereinbart haben, gelten diese auch für die Leistungen wegen voller Erwerbsminderung. Dies gilt auch für besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes. Informationen hierzu können Sie Ihrem *»Versicherungsschein* entnehmen.

II. Pflegebedürftigkeit

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im nachfolgend beschriebenen Sinne ist.

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person benötigt für mindestens vier der in Absatz 2 beschriebenen neun Tätigkeiten die Hilfe einer anderen Person.
- Die versicherte Person benötigt die Hilfe täglich und in erheblichem Umfang auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel. Der jeweils notwendige Hilfebedarf ist in Absatz 2 in Einzelheiten beschrieben.
- Die Hilfebedürftigkeit ist die Folge von Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall.
- Dieser Zustand wird voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern.

Sie müssen den Grund für die Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Befunde belegen.

(2) Bei den neun Tätigkeiten im Sinne von Absatz 1 handelt es sich um:

- **Fortbewegen im Zimmer**

  Hilfebedarf besteht, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich

  - an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort,
  - auf ebener Oberfläche,
  - von Zimmer zu Zimmer

  fortzubewegen und

  - der versicherten Person das Treppensteigen nicht oder nur mit Stützen oder Festhalten der versicherten Person möglich ist.

  Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen einer Gehhilfe, eines Rollstuhls oder anderer technischer Hilfsmittel das Fortbewegen ermöglicht.

- **Aufstehen und Positionswechsel**

  Hilfebedarf besteht, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um

  - von einer erhöhten Sitzfläche (wie Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette) aufzustehen und
  - sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel oder ähnliches umzusetzen und
  - sie sich nicht oder nur kurz selbstständig in einer Sitzposition halten kann.

  Zusätzlich kann die versicherte Person nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

  Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen eines Pflegebettes, einer Krücke, eines speziellen Griffes oder anderer technischer Hilfsmittel das Aufstehen und den Positionswechsel ermöglicht.

- **An- und Auskleiden**

  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann.

  Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen krankengerechter Kleidung, Schuhlöffel, Knöpfhilfe oder anderer Hilfsmittel das An- und Auskleiden ermöglicht. Das Reichen der Kleidung und die Kontrolle des Sitzes der Kleidung gelten nicht als Hilfebedarf.

- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**

  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht ohne fremde Hilfe

  - bereits vorbereitete essfertige und mundgerecht zubereitete Nahrung essen und
  - bereitstehende Getränke aufnehmen kann.

  Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße oder anderer technischer Hilfsmittel das Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken ermöglicht.

- **Waschen**

  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht ausreichend alleine waschen kann. Sie muss sich so waschen können, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.

  Das bedeutet, dass die versicherte Person

  - beim Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs und
  - bei der Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare

  nur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbstständig durchführen kann.

  Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen von Wannengriffen, einem Wannenlift oder anderer technischer Hilfsmittel das Waschen ermöglicht. Die Unfähigkeit ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.

- **Verrichten der Notdurft**

  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Notdurft nicht alleine verrichten kann. Mögliche Gründe sind:

  - Sie ist nicht in der Lage, sich nach dem Stuhlgang alleine zu säubern.
  - Sie kann ihre Notdurft nur in eine Bettschüssel verrichten.
  - Sie kann ihren Darm und/oder ihre Blase nur mit fremder Hilfe entleeren.

  Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen von speziellen Griffen, einer Toilette mit Duschfunktion oder anderer technischer Hilfsmittel das Verrichten der Notdurft ermöglicht.

  Besteht eine Inkontinenz des Darms oder der Blase, so gilt zusätzlich: Es muss geprüft wer-

den, ob die Inkontinenz des Darms und/oder der Blase durch die Verwendung von Hilfsmitteln ausgeglichen werden kann. Wenn Hilfsmittel verwendet werden können, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor. Diese Hilfsmittel können zum Beispiel sein:

- Windeln,
- spezielle Einlagen,
- Katheter oder
- Kolostomiebeutel.

Die Einschränkung gilt nur, wenn die versicherte Person die Hilfsmittel alleine anwenden kann. Benötigt sie dabei die Hilfe einer anderen Person, gilt diese Einschränkung nicht.

- **Kommunizieren**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit anderen Personen zu kommunizieren. Das bedeutet:

- Die versicherte Person kann elementare Bedürfnisse nur noch durch nonverbale Reaktionen (wie Mimik, Gestik, Lautäußerungen) mitteilen.

Hilfebedarf liegt auch vor, wenn sämtliche der folgenden Punkte zutreffen:

- Die versicherte Person äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse,
- die versicherte Person antwortet auf Ansprache oder Fragen lediglich in wenigen Worten oder sie weicht im Gespräch in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab,
- die versicherte Person zeigt keine Eigeninitiative zur Kontaktaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb des direkten Umfeldes und
- die versicherte Person benötigt personelle Unterstützung während der Kontaktaufnahme, zum Beispiel bei der Nutzung von Kommunikationshilfen (wie Telefon bedienen und halten, Brief- oder Mailkontakt).

- **Denkvermögen**

Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person ihrer selbst und ihrer Umgebung nicht mehr bewusst ist. Das heißt, die versicherte Person benötigt bei beiden der folgenden Tätigkeiten den ganzen Tag Hilfe in Form von Erinnern und/oder Auffordern:

- Beim Treffen geeigneter Entscheidungen zur eigenen Sicherheit und zum Wohlbefinden und beim Ausführen und Steuern von Alltagshandlungen. Die Hilfe wird benötigt, da die versicherte Person die Reihenfolge einzelner Handlungsschritte oder einzelne, notwendige Schritte regelmäßig vergisst.
- Beim Planen und Strukturieren des Tagesablaufs und über den Tag hinaus und bei der Auswahl der Durchführung von Freizeitaktivitäten.

Hilfebedarf liegt auch vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sämtliche der folgenden Tätigkeiten auszuführen:

- Personen aus dem näheren Umfeld (wie Familienangehörige) erkennen und sich an kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen erinnern.
- Sich in ihrer gewohnten häuslichen und außerhäuslichen Umgebung zurechtfinden und dortige Risiken und Gefahren erkennen.
- Sich auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zeitlich orientieren und Tageszeiten mit regelmäßigen Ereignissen (wie Mittagessen) erkennen.
- Einfache Sachverhalte, Informationen sowie Aufforderungen verstehen, wenn diese nicht wiederholt und erläutert werden.

- **Umgang mit Emotionen**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr alleine mit Emotionen, Wahrnehmungen, Gefühlen sowie Risiken und Gefahren umgehen kann. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person mindestens zweimal wöchentlich

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei der Bewältigung von motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (wie ständiges Aufstehen oder ziellos Umhergehen) benötigt,
- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (wie bei der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme)

ablehnt,
- unter Angstattacken oder Wahnvorstellungen leidet, das heißt sie fühlt sich verfolgt/bedroht/bestohlen und hat starke Ängste oder
- antriebslos oder schwer depressiv ist, das heißt sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf und wirkt apathisch.

(3) Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person unter schweren Hirnleistungsstörungen (schwere Demenz) leidet, die diese Bedingungen erfüllen:

- Die Ursache für die schweren Hirnleistungsstörungen ist ein Unfall oder eine Erkrankung.
- Als Folge der Hirnleistungsstörungen benötigt die versicherte Person Unterstützung bei den oben genannten Tätigkeiten oder kontinuierliche Beaufsichtigung. Ohne Beaufsichtigung würde sie sich oder andere sonst erheblich gefährden.
- Die schwere Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken.

Ein Facharzt der Neurologie muss die Diagnose der schweren Demenz bestätigen. Hierzu ist eine ausführliche Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und die Verwendung psychometrischer Tests notwendig. Es muss mindestens ein Schweregrad 6 ("Schwere kognitive Leistungseinbußen"), ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 6), vorliegen. Es kann auch eine alternative, anerkannte Demenzbeurteilungsskala verwendet werden. Dann muss ein entsprechender Schweregrad festgestellt werden. Wir können in regelmäßigen Abständen Wiederholungsuntersuchungen fordern, um die Diagnose zu bestätigen.

(4) Die versicherte Person gilt auch als pflegebedürftig, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person ist mindestens sechs Monate so hilflos gewesen, dass sie für mindestens vier der in Absatz 2 genannten neun Verrichtungen die Hilfe einer anderen Person benötigte.
- Sie benötigte die Hilfe täglich und in erheblichem Umfang, auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel.
- Die Hilfebedürftigkeit ist die Folge von Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall.
- Dieser Zustand dauert auch nach Ablauf des Zeitraums von sechs Monaten an.

Die versicherte Person gilt dann von Beginn der Pflegebedürftigkeit an als pflegebedürftig.

§ 3
Welche Besonderheiten gelten bei Krebserkrankungen?

(1) Wenn die versicherte Person an Krebs erkrankt, können Sie mit vereinfachten Bedingungen Leistungen beantragen. Wann dies der Fall ist, beschreiben wir in Absatz 2.

Es genügt in diesem Fall, dass Sie einen vereinfachten Nachweis nach Absatz 6 erbringen. Wir leisten dann für einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten. Die Leistungen wegen Krebs entsprechen genau den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nach § 1 Abschnitt I Absatz 1.

Die Leistungen wegen Krebs können Sie nur erhalten, wenn die folgende Voraussetzung erfüllt ist:

- Ihr Vertrag besteht zum Zeitpunkt der ersten Diagnose oder der ersten Krebssymptome seit mindestens sechs Monaten. Auch bei Auftreten von Tochtergeschwülsten (Metastasen), die auf eine Krebserkrankung zurückzuführen sind, besteht Ihr Vertrag zu diesem Zeitpunkt seit mindestens sechs Monaten.
  Dies gilt ebenso für Erhöhungen nach § 16, nicht jedoch für Erhöhungen aus einer Dynamik (siehe § 15). Wir leisten andernfalls bei Erhöhungen nach § 16 nur die versicherte Rente, wie sie vor der Erhöhung bestand.
  Bei *»Wiederinkraftsetzung* nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Reduzierung des Beitrags (siehe § 24) gilt die beschriebene Wartezeitregelung von sechs Monaten erneut.

Bitte beachten Sie:

- Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nach Ablauf der 18 Monate müssen Sie zusätzlich beantragen (siehe Absatz 6). Dies können Sie gleichzeitig oder zu einem späteren Zeitpunkt tun. Wir prüfen dann nach § 2, ob Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erhalten.
- Leistungen wegen Krebs können Sie nur einmalig mit einem vereinfachten Nachweis erhalten. Dies gilt nicht, wenn der Krebs als Rezidiv oder als Progress auftritt.
- Es ist nicht möglich, gleichzeitig Leistungen wegen Krebs und Leistungen wegen Berufsunfähigkeit zu erhalten. Bitte beachten Sie dazu auch Absatz 6.

(2) Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist wie folgt definiert: Ein bösartiges Zellwachstum (zum Beispiel Tumor), das durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff "Krebs" fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Ebenso fallen Hirntumore unter den Begriff "Krebs". Hautkrebs ist jedoch abgesehen vom bösartigen (malignen) Melanom ausgeschlossen.

Wir leisten, wenn die versicherte Person unter einer dieser Erkrankungen leidet und ein Facharzt einen der folgenden Punkte bestätigt:

- Die versicherte Person hat eine Chemotherapie, eine Strahlentherapie oder eine tumorbedingte Immuntherapie begonnen oder sie steht unmittelbar bevor.

- Eine Operation von Krebs führt dazu, dass

  - die versicherte Person lebenslang Medikamente einnehmen muss oder
  - eine dauerhafte Einschränkung der Berufsfähigkeit der versicherten Person vorliegt.

- Die versicherte Person befindet sich wegen der Schwere der Krebserkrankung in einer palliativen Therapie.

(3) Unsere Leistungen wegen Krebs beginnen zum Anfang des Monats, nachdem die versicherte Person nach Absatz 2 an Krebs erkrankt ist.

(4) In folgenden Fällen beenden wir unsere Leistungen wegen Krebs:

- Wir haben für 18 Monate Leistungen wegen Krebs erbracht.
- Die *»Leistungsdauer* der Berufsunfähigkeitsversicherung ist abgelaufen.
- Die versicherte Person ist verstorben.

Bitte beachten Sie: Unsere Leistungen wegen Krebs enden nicht, wenn sich die Gesundheit der versicherten Person vor Ablauf von 18 Monaten verbessern sollte.

(5) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente mit einer Karenzzeit vereinbart haben, gilt die Karenzzeit auch für Leistungen wegen Krebs. Wenn Sie Leistungen wegen Krebs erhalten und eine Karenzzeit vereinbart haben, gilt:

- Wir zahlen die versicherte Rente erst nach Ablauf der Karenzzeit.
- Die Karenzzeit läuft ab dem Beginn der Krebserkrankung. Ihre Dauer in Monaten finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*.

Beachten Sie bitte: Die Karenzzeit bedeutet auch, dass sich der maximale Zeitraum für die Leistungen von 18 Monaten (siehe Absatz 4) um die Dauer der Karenzzeit verkürzt.

(6) Sie können Leistungen wegen Krebs mit einem vereinfachten Nachweis innerhalb von sechs Monaten nach der ersten Diagnose beantragen. Ihrem Antrag müssen Sie nur einen onkologischen Bericht eines Facharztes oder einen Entlassungsbericht des Krankenhauses beifügen. Der Bericht muss Folgendes enthalten:

- den Zeitpunkt der ersten Diagnose,
- die Art und Ausbreitung der Krebserkrankung,
- den Behandlungsplan und
- den Umfang einer eventuell durchgeführten Operation.

Bitte beachten Sie:

- Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen wir nicht automatisch, wenn die Leistungen wegen Krebs enden. Sie können diese Leistungen gleichzeitig oder zu einem späteren Zeitpunkt beantragen.
- Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen wir erst nach dem 18-monatigen Zeitraum (siehe Absatz 4).

(7) Soweit in den jeweiligen Ziffern nichts anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen für die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit sinngemäß auch für die Leistungen wegen Krebs. Wenn Sie bei Abschluss Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung mit uns Ausschlüsse vereinbart haben, gelten diese auch für die Leistungen wegen Krebs. Dies gilt auch für besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes. Informationen hierzu können Sie Ihrem *»Versicherungsschein*

entnehmen.

(8) Bitte beachten Sie bei Leistungsfällen, die Sie innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre anzeigen: Wir dürfen neben der medizinischen Sachverhaltsprüfung vor Zahlung von Leistungen wegen Krebs die vorvertragliche Anzeigepflicht überprüfen. Näheres dazu finden Sie in § 6.

§ 4
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Wir leisten in der Regel unabhängig davon, wie es zum *»Leistungsfall* gekommen ist. Im Folgenden finden Sie Ausnahmen davon. Im Einzelfall können wir mit Ihnen auch darüber hinaus noch weitere Leistungsausschlüsse vereinbaren. Diese finden Sie in Ihren individuellen Vertragsunterlagen.

(2) Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit können verschiedene Ursachen haben. Bei den folgenden Ursachen leisten wir nicht. Bitte beachten Sie, dass bei einigen Ursachen auch die Leistungen wegen Krebs entfallen. Dies ist nur der Fall, wenn wir dies bei der jeweiligen Ursache erwähnen.

- Bei inneren Unruhen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- Bei kriegerischen Ereignissen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- Bei inneren Unruhen oder bewaffneten Auseinandersetzungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, denen sich die versicherte Person bewusst aussetzt oder an denen sie sich aktiv beteiligt.
  Wir leisten jedoch bei dieser Ausnahme: Der Versicherungsfall tritt während rein humanitärer Hilfeleistungen oder friedenssichernder oder friedenserhaltender Maßnahmen außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten ein. Dies gilt nur, wenn die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei, Bundespolizei oder anderer staatlich beauftragter Organisationen daran teilnimmt. Der Einsatz muss mit Mandat der NATO, UN oder OSZE oder einer humanitären Hilfsorganisation erfolgt sein.
- Bei dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen. Außerdem bei dem vorsätzlichen Einsatz oder dem vorsätzlichen Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen. Diese beiden Ausnahmen gelten nur in diesem Fall: Der Einsatz oder das Freisetzen sind darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Außerdem muss der Einsatz oder das Freisetzen dazu führen, dass insgesamt ein unvorhersehbar hoher Bedarf an Versicherungsleistungen entsteht. Diese nicht vorhersehbare Veränderung zu den *»Rechnungsgrundlagen* führt dazu, dass wir voraussichtlich nicht mehr alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger Treuhänder muss bestätigen, dass ein solcher Fall vorliegt.
  Bei dieser Ursache erhalten Sie auch keine Leistungen wegen Krebs.
- Bei absichtlich herbeigeführter Krankheit oder Kräfteverfall, absichtlicher Selbstverletzung, versuchter Selbsttötung oder vorsätzlicher Herbeiführung der Pflegebedürftigkeit. Wir leisten aber, wenn die versicherte Person die Tat in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Ein Beispiel: Die versicherte Person konnte bei der Tat ihre Handlungen nicht mehr bewusst steuern, etwa durch eine schwere Geisteskrankheit. Diese schwere Geisteskrankheit muss durch ärztliche Befunde nachgewiesen werden.
- Bei der vorsätzlichen Ausführung oder dem strafbaren Versuch eines *»Verbrechens* oder *»Vergehens* durch die versicherte Person. Davon nicht betroffen sind fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße, sowie Ordnungswidrigkeiten oder Delikte im Straßenverkehr, die nicht in Verbindung mit folgenden Vergehen stehen: Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch, Fahren ohne Fahrerlaubnis, unbefugter Gebrauch eines Fahrzeugs, Nötigung, verbotene Kraftfahrzeugrennen oder Straftaten nach §315 b StGB.
- Wenn Sie vorsätzlich die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.
- Bei Strahlung, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen gefährdet oder schädigt. Die Gefährdung durch die Strahlung muss sehr hoch sein: Um diese abzuwehren und zu bekämpfen, muss eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig geworden sein.
  Bei dieser Ursache erhalten Sie auch keine Leistungen wegen Krebs.

§ 5
Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss Ihres Vertrages. Das ist in der Regel der Fall, wenn Sie den *»Versicherungsschein* erhalten haben. Er beginnt aber nicht vor zwölf Uhr am Mittag des Tages, der im *»Versicherungsschein* als Beginn der Versicherung angegeben ist. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Regelungen zur Beitragszahlung in § 27 Abschnitt I.

Vorvertragliche Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt von Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Krebs

§ 6
Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages

I. Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Wir sind auf die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen angewiesen. Sie müssen daher die vorvertragliche Anzeigepflicht erfüllen. Dies bedeutet, dass Sie alle unsere in *»Textform* gestellten Fragen bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung richtig und vollständig beantworten. Dies gilt auch, wenn unser Vermittler Ihnen die Fragen stellt.

Besonders wichtig ist das bei Fragen zu

- Erkrankungen und
- gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen

- nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme durch uns oder
- nach Zustandekommen des Vertrags im Rahmen einer Vertragsänderung

in *»Textform* stellen.

Wir beschreiben Ihnen im Folgenden die möglichen Konsequenzen, wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen. Die gesetzlichen Regeln zur Anzeigepflicht finden Sie in § 19 Versicherungsvertragsgesetz (*»VVG*).

(2) Wenn wir eine andere Person versichern, beziehen sich unsere Fragen auch auf diese Person. Auch dann sind Sie für die richtige und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Die Antworten der versicherten Person werden Ihnen in diesem Fall zugerechnet.

II. Rücktritt

(1) Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben, ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen. Wir können den Vertrag dann aber eventuell kündigen (siehe Abschnitt III).

Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzen, gilt: Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir diesen auch bei Kenntnis der nicht oder falsch angezeigten Umstände abgeschlossen hätten. In diesem Fall können wir den Vertrag aber anpassen (siehe Abschnitt IV).

(2) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wir müssen aber ausnahmsweise doch leisten, wenn wir erst nach dem Eintritt eines *»Leistungsfalls* vom Vertrag zurückgetreten sind. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie nachweisen, dass

- die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände nicht die Ursache für den Eintritt oder die Feststellung des *»Leistungsfalls* waren oder
- die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände nicht die Ursache für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht waren.

Wenn Sie oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht arglistig verletzt haben, müssen wir nicht leisten.

(3) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, erlischt die Versicherung, ohne dass ein *»Rückkaufswert* anfällt. Sie haben keinen Anspruch darauf, dass wir Ihnen Ihre Beiträge zurückzahlen.

III. Kündigung

(1) Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, dabei aber nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig handeln, können wir den Vertrag kündigen. Dabei müssen wir eine Kündigungsfrist von einem Monat einhalten.

Wir können den Vertrag nicht kündigen, wenn wir diesen auch bei Kenntnis der nicht oder falsch angezeigten Umstände abgeschlossen hätten. In diesem Fall können wir den Vertrag aber anpassen (siehe Abschnitt IV).

(2) Bei einer Kündigung stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei.

(3) Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben, aber dies nicht zu vertreten haben, verzichten wir auf unser Recht zur Kündigung.

IV. Vertragsanpassung

(1) Wenn

- Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig verletzt haben und
- wir bei Kenntnis der nicht oder falsch angezeigten Umstände den Vertrag zu anderen Bedingungen abgeschlossen hätten,

gilt: Diese anderen Bedingungen werden auf unseren Wunsch rückwirkend Bestandteil des Vertrags.

Wenn Sie die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht zu vertreten haben, verzichten wir auf unser Recht zur Anpassung des Vertrags.

(2) In folgenden Fällen können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats fristlos kündigen, nachdem Sie eine Mitteilung von uns erhalten haben:

- Der Beitrag erhöht sich durch die Anpassung des Vertrags um mehr als 10 % oder
- wir versichern den nicht oder falsch angezeigten Umstand nicht.

Mehr zum Thema Kündigung finden Sie in § 21.

V. Ausübung unserer Rechte

(1) Unsere vorgenannten Rechte können wir nur in den ersten fünf Jahren seit Abschluss des Vertrags ausüben. Wenn vor Ablauf der ersten fünf Jahre ein *»Leistungsfall* eintritt, gilt: Wir können die Rechte noch nach Ablauf dieser Frist geltend machen. Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzen, beträgt die Frist zehn Jahre.

(2) Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich ausüben. Die Frist beginnt, wenn wir erfahren haben, dass Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben.

(3) Die Fristen gelten erneut, wenn Sie nach einer Beitragsfreistellung die Versicherung *»wiederherstellen*. Das gilt auch für jede Änderung, die unsere Leistungen erweitert, wenn wir dafür eine erneute *»Gesundheitsprüfung* verlangen.

VI. Anfechtung

Unabhängig von unseren vorgenannten Rechten haben wir das Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten.

VII. Erklärungsempfänger

Wir üben unsere Rechte durch eine schriftliche Erklärung Ihnen gegenüber aus. Wenn Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten genannt haben, gilt: Im Falle Ihres Todes können wir die Erklärung einem Bezugsberechtigten gegenüber abgeben. Wenn kein Bezugsberechtigter vorhanden ist, können wir die Erklärung dem Inhaber des *»Versicherungsscheins* gegenüber abgeben. Dies gilt auch, wenn wir den Aufenthalt des Bezugsberechtigten nicht feststellen können.

§ 7
Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?

I. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person

(1) Wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangen, müssen Sie uns den Eintritt der Berufsunfähigkeit in *»Textform* melden. Ebenso müssen Sie uns den Eintritt der Pflegebedürftigkeit in *»Textform* melden, wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit verlangen. Bitte schicken Sie uns darüber hinaus diese Unterlagen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person momentan behandeln oder behandelt oder untersucht haben. In diesen Berichten müssen Ursache, Beginn, Art, Verlauf und die voraussichtliche Dauer des Leidens beschrieben sein. Diese Berichte müssen auch den Grad der Berufsunfähigkeit oder Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit umfassen,
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person und ihre Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Die Unterlagen müssen auch die eingetretenen Veränderungen umfassen,
- bei Pflegebedürftigkeit schicken Sie uns zusätzlich eine Bescheinigung einer Pflegefachkraft über Art und Umfang der Pflege.

(2) Die Kosten für die einzureichenden Unterlagen zahlt derjenige, der die Leistungen beansprucht.

II. Bei der Beantragung von Leistungen wegen Krebs

Wenn Sie Leistungen wegen Krebs beanspruchen, müssen Sie uns die in § 3 Absatz 6 beschriebenen Nachweise einreichen. Die Kosten für die einzureichenden Unterlagen zahlt derjenige, der die Leistungen beansprucht.

III. Bei Eintritt einer schweren Krankheit der Kinder der versicherten Person

Wenn Sie die in § 1 Abschnitt II Absatz 6 beschriebenen Leistungen beanspruchen, so gilt zum Zweck der Nachprüfung: Sie müssen uns die ärztliche Diagnose über die schwere Erkrankung der Kinder der versicherten Person durch die erziehungsberechtigten Personen überlassen. Darüber hinaus ist es erforderlich, dass Sie uns eine Erklärung zur Schweigepflichtentbindung des entsprechenden Arztes einreichen.

IV. Weitere Nachweise

(1) Die ärztlichen Nachweise und Bescheinigungen muss ein in der EU niedergelassener Arzt erstellen. Dies gilt für die Nachweise und Bescheinigungen

- zum Eintritt oder zum Fortbestehen der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit (siehe Abschnitt I),
- zum Eintritt einer schweren Erkrankung der Kinder der versicherten Person (siehe Abschnitt III) und
- zu Leistungen wegen Krebs. Die benötigten Nachweise für die Leistungen wegen Krebs beschreiben wir in § 3 Absatz 6.

Die Nachweise müssen in deutscher Sprache geschrieben sein oder Sie müssen den Nachweisen eine Übersetzung ins Deutsche beifügen. Diese Übersetzung muss ein vor Gericht zugelassener Übersetzer erstellt haben.

Wenn wir eine Anreise der versicherten Person aus dem Ausland für erforderlich halten, übernehmen wir die Anreise- und Aufenthaltskosten. Dasselbe gilt für das Kind der versicherten Person, wenn Sie Leistungen wegen des Eintritts einer schweren Erkrankung des Kindes verlangen. Diese Kosten müssen mit uns abgestimmt sein. Wir werden im Einzelfall prüfen, ob wir von den genannten Anforderungen abweichen und beispielsweise auf eine Anreise verzichten können. Wir werden insbesondere auf die Anreise verzichten, wenn die versicherte Person oder das Kind der versicherten Person nicht transportfähig ist.

(2) Wir können außerdem weitere Untersuchungen durch Ärzte verlangen, die wir beauftragen. Wir können auch weitere notwendige Nachweise anfordern, dazu gehören besonders auch zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die Kosten dafür zahlen wir.

Wenn wir, wie beschrieben, eine Untersuchung der versicherten Person oder des Kindes der versicherten Person als erforderlich erachten, gilt: Wir können verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt in einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Dies gilt besonders, wenn sich die versicherte Person oder das Kind der versicherten Person im Ausland aufhält. Die Kosten für die Untersuchung und die erforderlichen Kosten für Reise und Übernachtung zahlen

wir.

(3) Wenn wir, wie in Absatz 2 beschrieben, zur Prüfung unserer Leistungspflicht ein ärztliches Sachverständigengutachten der versicherten Person einholen, gilt außerdem:

Wir zahlen Ihnen für die Dauer der ärztlichen Begutachtung, das heißt,

- ab dem Monatsersten des auf die Beauftragung der Begutachtung folgenden Monats
- bis zum Ablauf des Monats in dem wir über unsere Leistungspflicht entschieden haben,

höchstens aber für einen Zeitraum von fünf Monaten ein Überbrückungsgeld. Die Höhe des monatlichen Überbrückungsgeldes entspricht der zum Zeitpunkt der Begutachtung versicherten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente. Darüber hinaus stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei.

Diese Leistung erbringen wir jedoch nur, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Sie erhalten von uns nicht bereits Leistung wegen Krebs gemäß § 3.
- Die versicherte Person verpflichtet sich im Rahmen der vertraglichen Obliegenheiten für die Begutachtung jederzeit zur Verfügung zu stehen und bei dieser mitzuwirken. Insbesondere vereinbart sie einen Termin mit dem Sachverständigen, nimmt diesen wahr und lässt sich in der gutachterlichen Situation durch die beauftragten Ärzte und ihre Hilfskräfte untersuchen.

Erkennen wir unsere Leistungspflicht infolge der Gutachtenerstellung an und erbringen fortan Leistungen aus dieser Versicherung, so rechnen wir das gezahlte Überbrückungsgeld auf diese Leistung an. Gleiches gilt, wenn wir während der Dauer der Begutachtung eine Leistungspflicht wegen Krebs gemäß § 3 anerkennen. Stellt sich dahingegen heraus, dass keine Leistungspflicht vorliegt, stellen wir die Zahlung des Überbrückungsgeldes ein und Sie müssen fortan wieder Beiträge zahlen. Das bis dahin gezahlte Überbrückungsgeld werden wir jedoch nicht zurückfordern.

Bitte beachten Sie: Die Zahlung einer Überbrückungsgeldleistung stellt keine Anerkennung einer Leistungspflicht dar.

(4) Bei der Prüfung eines Antrags auf Leistungen benötigen wir regelmäßig Auskünfte anderer Personen oder Institutionen. Das können sein:

- Ärzte,
- Krankenhäuser, psychiatrische Kliniken und sonstige Krankenanstalten oder
- Alten- und Pflegeheime,

bei denen die versicherte Person oder das Kind der versicherten Person in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird. Außerdem

- Pflegepersonen,
- andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen,
- Berufsgenossenschaften und
- Behörden.

Wir können verlangen, dass die versicherte Person diese Personen und Institutionen ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen.

Die versicherte Person kann diese Ermächtigung auch bei Abschluss des Vertrags erteilen. In diesem Fall werden wir sie informieren, bevor wir eine solche Auskunft einholen. Die versicherte Person kann der Einholung der Auskunft widersprechen. Außerdem kann die versicherte Person jederzeit verlangen, dass wir für jede einzelne Auskunft ihre Einwilligung einholen. Durch das Einholen der einzelnen Einwilligungen kann ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Antrags auf Leistungen entstehen. In diesem Fall können wir von Ihnen verlangen, uns die damit verbundenen Kosten zu erstatten. Die versicherte Person kann uns die erforderlichen Informationen aber auch selbst beschaffen.

Wenn uns die versicherte Person

- die genannte Ermächtigung oder Einwilligung im Einzelfall nicht erteilt und
- die benötigten Auskünfte auch nicht selbst beschafft,

kann dies zu einer Verletzung der Mitwirkungspflichten bei der Bearbeitung des Antrags auf Leistungen führen.

(5) Zu operativen Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern und/oder die Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit zu mindern, ist die versicherte Person nicht verpflichtet. Eine Nichtdurchführung einer solchen Operation steht unserer Leistungspflicht nicht entgegen. Einfachen ärztlichen Empfehlungen muss die versicherte Person folgen.

Dies gilt für:
- Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (zum Beispiel Seh- oder Hörhilfen);
- Gefahrlose Heilbehandlungen, die nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und eine sichere Aussicht auf Verbesserung des Gesundheitszustands bieten.

Die versicherte Person ist nicht verpflichtet Diäten einzuhalten oder einen Suchtentzug vorzunehmen, selbst wenn dies vom behandelnden Arzt angeordnet wurde und medizinisch indiziert ist.

§ 8
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

I. Mitwirkungspflicht zum Zeitpunkt des Eintretens der Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Krebs

Wir sind nicht verpflichtet zu leisten, solange Sie, die versicherte Person oder derjenige, der die Leistungen beansprucht, eine Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt. Dies gilt für die Mitwirkungspflichten nach § 7. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht dürfen wir unsere Leistungen kürzen. Die Kürzung muss in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Verschuldens stehen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben, werden wir unsere Leistungen nicht kürzen.

Es ist möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls nicht beeinflusst. Ebenso ist es möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht nicht beeinflusst. In beiden Fällen stehen Ihnen weiter die Leistungen aus Ihrem Vertrag zu.

II. Mitwirkungspflicht während der Leistungspflicht

Wir sind nicht verpflichtet zu leisten, solange Sie, die versicherte Person oder derjenige, der die Leistungen beansprucht, eine Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt. Dies gilt für die Mitwirkungspflichten nach § 10. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht dürfen wir unsere Leistungen kürzen. Die Kürzung muss in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Verschuldens stehen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben, werden wir unsere Leistungen nicht kürzen. Es ist möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht nicht beeinflusst. Dann stehen Ihnen weiter die Leistungen aus Ihrem Vertrag zu. Wird die Mitwirkungspflicht später erfüllt, leisten wir ab Beginn des dann laufenden Monats. Dies gilt, wenn sonst alle Voraussetzungen für die Leistungen erfüllt sind.

Wir dürfen nur dann vollständig oder teilweise nicht leisten, wenn wir Sie über die Konsequenzen informiert haben.

Prüfung der Leistungspflicht und Mitwirkungspflichten bei Nachprüfung der Leistungspflicht

§ 9
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Wir verpflichten uns, innerhalb von neun Arbeitstagen nachdem wir die Unterlagen bekommen haben,

- Sie über unsere Entscheidung zu unserer Leistungspflicht zu informieren oder
- weitere Unterlagen zum Prüfen von Ihnen anzufordern oder
- Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte einleiten werden (zum Beispiel, wenn wir ein neutrales Gutachten einholen).

Solange wir noch keine Erklärung über unsere Leistungspflicht abgegeben haben, teilen wir Ihnen mindestens alle vier Wochen den aktuellen Stand mit.

(2) Für die Leistungen bei Berufsunfähigkeit gilt: Bis wir entschieden haben, ob wir Ihren Antrag auf Leistungen anerkennen, stunden wir Ihre Beiträge zinslos. Das bedeutet, Sie müssen zunächst keine Beiträge zahlen. Wenn wir die Leistungen nicht anerkennen, müssen Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen. Falls Sie den Betrag nicht auf einmal bezahlen möchten, können wir auch vereinbaren, dass Sie ihn in Raten über maximal 24 Monate bezahlen. Sie können die Raten monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich zahlen. Wenn auch dies für Sie schwierig ist, sprechen Sie uns bitte an.

Unter Umständen gibt es weitere Möglichkeiten, Ihnen die Nachzahlung der gestundeten Beiträge zu erleichtern. Dazu gehört auch die Möglichkeit, dass wir die gestundeten Beiträge durch eine Änderung Ihres Vertrages verrechnen. In diesem Fall müssen Sie die Beiträge nicht nachzahlen. Dabei erhöhen wir nach Rücksprache mit Ihnen entweder Ihren künftig zu zahlenden Beitrag oder wir setzen die versicherten Leistungen herab. Die herabgesetzten Leistungen dürfen jedoch die beitragsfreien Mindestsummen nicht unterschreiten. Über die Auswirkungen der Vertragsänderung informieren wir Sie gerne.

(3) Wir erkennen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit grundsätzlich zeitlich unbefristet an.

Wir erkennen befristete Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nur in begründeten Einzelfällen an. Hierfür müssen einem endgültigen Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen. Dies ist dann nur einmalig für maximal zwölf Monate möglich. Ist eine Karenzzeit vereinbart, beginnt diese mit Beginn des Zeitraums von zwölf Monaten zu laufen.

Wir werden Ihnen die Gründe für ein befristetes Anerkenntnis in unserer Erklärung über die Leistungspflicht mitteilen. Gründe können zum Beispiel sein:

- Umstände, die für eine Beurteilung dafür maßgeblich sind, ob ein *»Leistungsfall* vorliegt, ändern sich voraussichtlich.
- Die versicherte Person absolviert eine Rehabilitations-, Umschulungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahme oder eine solche Maßnahme ist geplant.

Wenn wir eine Leistung befristet anerkennen, zahlen wir sie für den anerkannten Zeitraum auf jeden Fall. Wir werden in diesem Zeitraum auch keine Nachprüfung durchführen. Wir werden jedoch bereits vor Ablauf der Befristung prüfen, ob ein über den Zeitraum der Befristung hinausgehender Leistungsanspruch besteht. Zur Durchführung dieser Prüfung werden wir von Ihnen aktuelle Auskünfte einholen und Unterlagen (siehe § 7) anfordern. Bitte reichen Sie diese angeforderten Unterlagen vor Ablauf der Frist ein. Wir entscheiden dann spätestens bis zum Ablauf der Befristung neu über unsere Leistungspflicht.

Stellt sich nach Ablauf der Frist heraus, dass keine Leistungspflicht vorliegt, werden wir die bis dahin gezahlten Leistungen nicht zurückfordern. Wir werden die Leistungen aus einem befristeten Anerkenntnis auch dann nicht zurückfordern, wenn keine Berufsunfähigkeit vorgelegen haben sollte.

§ 10
Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit?

(1) Auch nachdem wir unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt haben, gilt: Wir dürfen im weiteren Verlauf das Fortbestehen und den Grad der Berufsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person erneut prüfen. Wenn die versicherte Person eine neue berufliche Tätigkeit ausübt, fällt die Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit weg. Dies gilt nur, wenn die neue berufliche Tätigkeit der Ausbildung, den Fähigkeiten und der früheren Lebensstellung der versicherten Person entspricht (siehe § 2 Abschnitt I Absatz 1). Dabei berücksichtigen wir auch neu erworbene berufliche Fähigkeiten sowie neue Ausbildungen.

(2) Um unsere Leistungspflicht zu prüfen, können wir

- jederzeit sachdienliche Auskünfte und
- einmal jährlich ärztliche Untersuchungen der versicherten Person

verlangen. Die ärztlichen Untersuchungen werden durch Ärzte durchgeführt, die wir beauftragen. Die Kosten für die Auskünfte oder Untersuchungen zahlen wir. Beachten Sie dazu bitte auch § 7 Abschnitt IV Absatz 1.

(3) Sie müssen uns unverzüglich - das heißt ohne schuldhaftes Zögern - mitteilen, wenn

- die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit wieder aufnimmt oder ändert oder
- keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt.

(4) Wenn wir die Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit beenden, informieren wir Sie in *»Textform*. Das gilt, wenn keine Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % oder Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Ab diesem Zeitpunkt zahlen wir keine Rente mehr und Sie müssen wieder Beiträge zahlen. Wenn wir den Wegfall der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer Nachprüfung (siehe Absatz 1) festgestellt haben, gilt abweichend: Unsere Leistungen enden drei Monate, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben. Wenn es noch weitere Personen gibt, die Ansprüche auf Leistungen haben, informieren wir diese ebenfalls in *»Textform*.

(5) Melden Sie uns den Leistungsfall erst nach Wegfall der Berufsunfähigkeit, gilt abweichend von Ab-

satz 4: Wir erbringen die vertraglich versicherten Leistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit lediglich für den Zeitraum der ärztlich nachgewiesenen Berufsunfähigkeit. Dasselbe gilt für Leistungen bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit.

Überschussbeteiligung

§ 11
Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer nach § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (*»VVG*) an den *»Überschüssen* und *»Bewertungsreserven* (*»Überschussbeteiligung*).

I. Überschussermittlung

(1) Die *»Überschüsse* stellen wir jährlich bei unserem Jahresabschluss fest. Wir berücksichtigen bei der Ermittlung die Vorschriften des Handelsgesetzbuches (*»HGB*) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (*»VAG*) sowie die dazu erlassenen Rechtsverordnungen. Ein unabhängiger Wirtschaftsprüfer prüft den Jahresabschluss.

(2) Ein Teil des ermittelten *»Überschusses* wird den Verträgen direkt gutgeschrieben. Ein weiterer Teil wird der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zugeführt. Diese Rückstellung dient dazu, Schwankungen der *»Überschüsse* im Zeitablauf auszugleichen. Diejenigen Beträge, die wir der RfB zugeführt haben, dürfen wir grundsätzlich nur für die *»Überschussbeteiligung* der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in Ausnahmefällen dürfen wir hiervon abweichen. Diese Ausnahmen sind nach § 140 VAG:

- die Abwendung eines drohenden Notstandes,
- der Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind und
- die Erhöhung der *»Deckungsrückstellung,* wenn die *»Rechnungsgrundlagen* angepasst werden müssen. Die *»Rechnungsgrundlagen* dürfen wir nur dann anpassen, wenn die Änderung der Verhältnisse unvorhersehbar und nicht nur vorübergehend ist.

Wir dürfen die Ausnahmeregelung nur dann anwenden, wenn die Aufsichtsbehörde dem zugestimmt hat.

(3) Die Höhe der künftigen *»Überschussbeteiligung* hängt davon ab

- wie oft und in welcher Höhe wir Leistungen erbringen und
- wie sich die *»Kosten* entwickeln.

Wir können nicht voraussehen, wie sich die *»Überschussbeteiligung* entwickelt. Wir können daher auch nicht sagen, wie hoch die *»Überschüsse* künftig sein werden. Das bedeutet: Wir können die Höhe der *»Überschüsse* nicht garantieren.

(4) Verschiedene Arten von Versicherungen tragen unterschiedlich zum *»Überschuss* bei. Deshalb haben wir ähnliche Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst. Wir verteilen die *»Überschüsse* auf die einzelnen Bestandsgruppen nach dem Umfang, in dem sie zur Entstehung des *»Überschusses* beigetragen haben.

(5) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe der Berufsunfähigkeitsversicherungen.

II. Zuteilung von Überschüssen

(1) Unser Vorstand legt auf Vorschlag des *»Verantwortlichen Aktuars* die *»Überschüsse* für die einzelnen Verträge für jedes Kalenderjahr fest. Wir veröffentlichen die Höhe der *»Überschüsse* im Geschäftsbericht (*»Überschussdeklaration*). Bitte beachten Sie: *»Überschüsse* können in einzelnen Jahren auch ganz entfallen.

(2) Wir entnehmen die Mittel, die jährlich ausgeschüttet werden, den *»Überschüssen* des Geschäftsjahres oder der RfB.

III. Überschussverwendung in der leistungsfreien Zeit

Für die *»Überschussverwendung* während der leistungsfreien Zeit nennen wir Ihnen im Versicherungsantrag und im *»Versicherungsschein* die für Sie zutreffende der folgenden Arten der *»Überschussverwendung*. Dies haben Sie mit uns zu Vertragsbeginn vereinbart:

- **Beitragsreduktion** (wenn vereinbart)
  Während der Beitragszahlung erhalten Sie in jedem Jahr einen *»Überschussanteil*. Diesen berechnen wir in Abhängigkeit eines jährlich deklarierten Prozentsatzes und Ihres Beitrags. Wie hoch dieser Prozentsatz ist, erfahren Sie in der **»Überschussdeklaration**. Den *»Überschussanteil* gewähren wir von Versicherungsbeginn an bis zum ersten *»Stammtag* nach Versicherungsbeginn und dann jeweils für ein Jahr. Er verringert Ihren zu zahlenden Beitrag.
  Diese *»Überschussanteile* gewähren wir Ihrem Vertrag unter dem Vorbehalt, dass der Versicherungsvertrag bis zum vereinbarten Vertragsende unverändert fortgeführt wird. Bei einer Änderung des Versicherungsvertrages werden diejenigen Teile der *»Überschussbeteiligung*, die zur Risikodeckung noch nicht benötigt wurden, neu festgelegt. Zu den Änderungen zählen dabei Kündigung, Beitragsfreistellung und Reduzierung des Beitrags. Bitte beachten Sie hierzu § 22 Absatz 3.

- **Sofortbonus** (wenn vereinbart)
  Sie erhalten einen Bonus in Prozent der versicherten Rente aus dieser Versicherung. Wie hoch dieser Prozentsatz ist, erfahren Sie in der *»Überschussdeklaration*. Wir gewähren den Bonus von Versicherungsbeginn an bis zum ersten *»Stammtag* nach Versicherungsbeginn und dann jeweils für ein Jahr. Er erhöht die versicherte Rente im Falle der Berufsunfähigkeit und bei Leistungen wegen Krebs.
  Bei einer etwaigen Herabsetzung des Bonus haben Sie das Recht, ohne erneute *»Risikoprüfung* den bisherigen Versicherungsschutz durch eine entsprechende Aufstockung wiederherzustellen.

IV. Überschussverwendung in der leistungspflichtigen Zeit

(1) In der leistungspflichtigen Zeit zahlen wir eine jährlich steigende oder gleichbleibende *»Gewinnrente*. Dies ist der Fall, wenn wir Ihnen eine Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Krebs zahlen. Wir berechnen den Zuwachs als Prozentsatz der Rente im vorigen Jahr (inklusive *»Gewinnrente* und etwaigem *»Sofortbonus*). Wie hoch dieser Prozentsatz ist, erfahren Sie in der *»Überschussdeklaration*. Wir zahlen die *»Gewinnrente* zusammen mit der versicherten Rente aus.

(2) Die *»Gewinnrente* zahlen wir erstmals an dem *»Stammtag*, an dem die Berufsunfähigkeit mindestens ein volles Jahr bestanden hat. Falls Sie eine Karenzzeit (siehe § 1 Abschnitt I Absatz 4) vereinbart haben, gilt außerdem:

  - Bereits an *»Stammtagen* innerhalb der Karenzzeit erhöht sich Ihr Anspruch auf die *»Gewinnrente*. Erstmals berechnen wir die *»Gewinnrente* an dem *»Stammtag* innerhalb der Karenzzeit, an dem die Berufsunfähigkeit mindestens ein volles Jahr bestanden hat. Dasselbe gilt sinngemäß bei Leistungen wegen Krebs.
  - Erst wenn die Karenzzeit abgelaufen ist, zahlen wir die *»Gewinnrente* aus.

(3) Eine Beteiligung an den *»Bewertungsreserven* (siehe Abschnitt V) erhalten Sie zusammen mit der *»Gewinnrente*.

V. Beteiligung an Bewertungsreserven

Grundlegendes zur Beteiligung an den *»Bewertungsreserven*

(1) Nach § 153 VVG beteiligen wir Sie an den *»Bewertungsreserven*. Dabei berücksichtigen wir die jeweils aktuellen Gesetze und Verordnungen.

(2) Teile der Kapitalanlage weisen wir in der Bilanz unseres Jahresabschlusses möglicherweise mit einem geringeren Wert als dem tatsächlichen Marktwert aus. Der Grund dafür sind gesetzliche Vorschriften. Die positive Differenz zwischen dem tatsächlichen Marktwert und dem Wert in der Bilanz bezeichnen wir als *»Bewertungsreserve*. *»Bewertungsreserven* verändern sich im Laufe der Zeit. Ihren Wert bestimmen wir jeweils zu Bewertungsstichtagen.

(3) Versicherungsunternehmen müssen gesetzliche Regeln zur Ausstattung mit Kapital berücksichtigen. Bei der Beteiligung an den *»Bewertungsreserven* berücksichtigen wir diese Regeln.

(4) Die Beteiligung erfolgt - wie in § 153 VVG gefordert - nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Die Grundzüge dieses Verfahrens stellen wir im Rahmen der Erläuterungen zur jährlichen *»Überschussdeklaration* im Geschäftsbericht dar.

Wichtige Eckpunkte zur Beteiligung Ihres Vertrages an den *»Bewertungsreserven*

(5) In der leistungsfreien Zeit erfolgt für Ihren Vertrag keine Beteiligung an den *»Bewertungsreserven*.

Die Beiträge Ihres Vertrages werden zur Finanzierung der *»Leistungsfälle* und für die Verwaltung der Verträge benötigt. Ein Ansparen einer Ablaufleistung und damit ein langfristiger Aufbau von Kapitalanlagen erfolgt nicht. Somit ergeben sich in einem verursachungsorientierten Verfahren keine ausschüttungspflichtigen *»Bewertungsreserven*.

(6) Wenn wir Ihnen im Versicherungsfall eine Rente zahlen, kann für diese Absicherung eine Beteiligung an den *»Bewertungsreserven* verursachungsorientiert sein. Ob dies der Fall ist, stellen wir jährlich im Rahmen der Festsetzung der *»Überschussbeteiligung* fest. In der *»Überschussdeklaration* im Geschäftsbericht beschreiben wir das Verfahren.

Kosten

§ 12
Abschluss- und Vertriebskosten

(1) Wenn Sie den Vertrag abschließen und wenn sich Ihre Beiträge während der Laufzeit erhöhen, entstehen *»Kosten.* Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten haben wir bereits pauschal bei der Kalkulation des Tarifs berücksichtigt. Wir stellen sie Ihnen deshalb nicht separat in Rechnung. § 43 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) regelt, welche *»Kosten* dazu zählen.

Dazu gehören beispielsweise

- Provision für den Versicherungsvermittler,
- Kosten für die Prüfung des Antrags,
- Kosten für die Erstellung der Vertragsunterlagen,
- Kosten für Werbung.

(2) Die Abschlusskosten fallen einmalig zu Beginn des Vertrags an. Bei Erhöhungen der Beiträge während der Vertragslaufzeit fallen die zusätzlichen Abschlusskosten zum Zeitpunkt der Erhöhung an. Die Höhe der Abschlusskosten zu Beginn des Vertrags können Sie dem in den Angebotsunterlagen enthaltenen Informationsblatt entnehmen.

Wir wenden für Ihren Versicherungsvertrag das Zillmerverfahren an. Das ist ein Verfahren zur Verrechnung der einmalig anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung. Das Zillmerverfahren bedeutet, dass Sie mit Ihren ersten Beiträgen diese einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten zahlen. Außerdem verwenden wir Ihre Beiträge für:

- Leistungen im Versicherungsfall,
- laufende *»Kosten* für den Abschluss und die Verwaltung des Vertrags in der jeweiligen *»Versicherungsperiode* und
- die Bildung einer *»Deckungsrückstellung* aufgrund von § 25 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) in Verbindung mit § 169 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes.

Der Betrag, den Sie für die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten mit Ihren ersten Beiträgen zahlen müssen, ist begrenzt: Nach der Deckungsrückstellungsverordnung zahlen Sie dafür maximal 2,5 % Ihrer gesamten Beiträge während der Laufzeit des Vertrags.

(3) Wenn sich Ihr Beitrag während der Vertragslaufzeit erhöht, fallen zu diesem Zeitpunkt für den zusätzlichen Teil des Beitrags ebenfalls Abschlusskosten an. Dies ist zum Beispiel bei dynamischen Erhöhungen oder Nachversicherungen der Fall. Für die zusätzlichen Abschlusskosten gelten dieselben Regelungen wie in Absatz 2 zu den einmaligen Abschlusskosten zu Vertragsbeginn.

(4) Das Zillmerverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der ersten Zeit Ihres Vertrags nur ein geringes *»Deckungskapital* vorhanden ist. Damit sind auch zunächst nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Daher können Sie finanzielle Nachteile haben, wenn Sie den Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen. Mehr dazu finden Sie in § 21 und § 22. Sprechen Sie vorher bitte mit uns.

§ 13
Gebühren

In bestimmten Fällen entsteht ein zusätzlicher Aufwand für die Verwaltung. Wenn Sie diesen Aufwand veranlasst haben, zahlen Sie eine pauschale *»Gebühr*. Beispielsweise wenn

- wir Ihnen eine Ersatzurkunde für den *»Versicherungsschein* ausstellen,
- Sie Beiträge nicht zahlen und wir Ihnen eine schriftliche Mahnung schicken,
- wir die Beiträge nicht von Ihrem Konto einziehen können, obwohl Sie am Lastschriftverfahren teilneh-

men (Rückläufer im Lastschriftverfahren) oder
- Sie Änderungen am Vertrag vornehmen lassen. Änderungen sind zum Beispiel eine Stundung (siehe § 25) oder eine Reduzierung des Beitrags (siehe § 23).

Die Höhe der *»Gebühr* entspricht dem Aufwand, der in solchen Fällen durchschnittlich entsteht. Bei der Berechnung der einzelnen *»Gebühren* sind wir generell von den folgenden Annahmen ausgegangen: Zunächst haben wir den Kostensatz derjenigen Mitarbeiter zugrunde gelegt, die die jeweiligen Geschäftsvorfälle bearbeiten. Außerdem hängt die Höhe der *»Gebühr* von weiteren Sachkosten ab. Gemeint sind diejenigen Sachkosten, die bei der Bearbeitung der jeweiligen Geschäftsvorfälle üblicherweise bei uns anfallen. Wenn Sie die konkreten Annahmen für die Höhe einer *»Gebühr*, die wir Ihnen in Rechnung gestellt haben, wissen möchten, informieren wir Sie auf Nachfrage darüber.

Die Höhe der *»Gebühr* finden Sie im Gebührenkatalog. Den zu Vertragsbeginn gültigen Gebührenkatalog erhalten Sie mit Ihren Angebotsunterlagen. Wir dürfen die Höhe der *»Gebühren* entsprechend anpassen, wenn sich die durch den jeweiligen Geschäftsvorfall entstehenden durchschnittlichen Kosten um mindestens 10 % erhöhen. Vermindern sich die durchschnittlichen Kosten um mindestens 10 %, sind wir zu einer entsprechenden Absenkung der *»Gebühren* verpflichtet. Den jeweils aktuellen Gebührenkatalog senden wir Ihnen auf Anfrage gerne zu.

Wenn Sie uns nachweisen, dass

- unsere pauschalen Annahmen, die wir Ihnen auf Nachfrage zur Verfügung stellen, in Ihrem Fall nicht zutreffen oder
- die mit der *»Gebühr* abgegoltenen Kosten geringer sind,

kann die *»Gebühr* entsprechend entfallen oder sinken.

Änderungen des Vertrages oder der Beiträge

§ 14
Unter welchen Umständen können die vereinbarten Beiträge neu festgesetzt werden?

(1) § 163 Versicherungsvertragsgesetz enthält Regelungen zur Neufestsetzung des Beitrags. Wir dürfen danach den vereinbarten Beitrag neu festlegen, wenn alle der folgenden Punkte zutreffen:

- Der Leistungsbedarf hat sich gegenüber den *»Rechnungsgrundlagen* des vereinbarten Beitrags geändert. Die Veränderung ist weder vorübergehend noch war sie voraussehbar.
- Der nach den berichtigten *»Rechnungsgrundlagen* neu festgesetzte Beitrag ist angemessen. Er muss außerdem notwendig sein, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen aus der Versicherung zu gewährleisten.
- Ein unabhängiger Treuhänder hat die *»Rechnungsgrundlagen* und die genannten Voraussetzungen überprüft und bestätigt.

Eine Neufestsetzung des Beitrags ist ausgeschlossen, falls

- die Leistungen aus der Versicherung zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und
- ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies hätte erkennen müssen, insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Grundlagen für die Kalkulation.

Wenn Sie dies wünschen, werden wir nicht den Beitrag erhöhen, sondern stattdessen die Leistungen aus der Versicherung entsprechend reduzieren.

(2) Wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen zutreffen und Ihre Versicherung beitragsfrei ist, dürfen wir die Leistungen aus der Versicherung reduzieren. Dies gilt nicht, wenn und solange wir Ihnen bereits eine Rentenleistung aus dieser Versicherung zahlen.

Sie haben das Recht, ohne erneute *»Risikoprüfung* den bisherigen Versicherungsschutz durch eine entsprechende Zuzahlung wiederherzustellen.

(3) Wir werden Sie in *»Textform* über den neu festgesetzten Beitrag oder die reduzierten Leistungen informieren. Die Änderungen werden zwei Monate nach unserer Mitteilung wirksam.

§ 15
Was gilt für die dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung?

I. Dynamik Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung

(1) Wenn Sie eine dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung vereinbart haben, erhöhen sich Ihre Beiträge und Leistungen ohne erneute *»Risikoprüfung*. Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit gemäß Absatz 11 dürfen wir prüfen.

Die Vereinbarungen zur dynamischen Erhöhung Ihres Vertrags finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*. Über weitere Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

(2) Bei dynamischer Erhöhung Ihres Beitrags erhöhen sich die Beiträge Ihrer Versicherung im vereinbarten Rhythmus jeweils um den vereinbarten Prozentsatz.

(3) Bei dynamischer Erhöhung Ihrer Berufsunfähigkeitsrente erhöht sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente Ihrer Versicherung im vereinbarten Rhythmus jeweils um den vereinbarten Prozentsatz.

(4) Die Erhöhungen des Beitrags und der Berufsunfähigkeitsrente führen wir jeweils zum *»Stammtag* durch. Die erste Erhöhung nach dem Beginn der Versicherung erfolgt dabei frühestens, nachdem ein volles Jahr vergangen ist.

(5) Wir teilen Ihnen mit, wie sich bei vereinbarter Erhöhung des Beitrags die zugehörige versicherte Berufsunfähigkeitsrente erhöht. Bei vereinbarter Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente teilen wir Ihnen mit, wie sich der zugehörige Beitrag erhöht.

(6) Für die Berechnung der Höhe der zusätzlichen Berufsunfähigkeitsrente oder des zusätzlichen Beitrags verwenden wir die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen *»Rechnungsgrundlagen*. Diese *»Rechnungsgrundlagen* legen wir jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung fest. Dabei berücksichtigen wir insbesondere:

- die Entwicklung der Lebenserwartung,
- die Rendite der Kapitalanlagen und
- die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (*»VAG*).

Wir benachrichtigen Sie vor jeder Erhöhung.

(7) Sie können innerhalb von zwei Monaten nach dem Termin der Erhöhung auf die Erhöhung des Beitrags oder der Berufsunfähigkeitsrente verzichten. Auch wenn Sie mehrmals auf eine Erhöhung verzichten, erlischt ihr Recht auf dynamische Erhöhungen nicht.

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

(9) Wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krebs aus Ihrer Versicherung erhalten, erfolgen keine weiteren Erhöhungen mehr. Wenn keine Leistungspflicht mehr besteht und wir die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente einstellen, können Sie erneut einen Antrag auf dynamische Erhöhungen Ihres Vertrags stellen.

(10) Wir führen die letzte Erhöhung spätestens ein Jahr vor Ablauf der Dauer der Beitragszahlung durch. Haben Sie eine Karenzzeit für die Berufsunfähigkeitsrente vereinbart, so gilt abweichend: Wir führen die letzte Erhöhung spätestens drei Jahre vor Ablauf der Dauer der Beitragszahlung durch.

Haben wir mit Ihnen zu Vertragsbeginn einen früheren Termin für die letzte Erhöhung vereinbart, so finden Sie die Information hierzu in Ihrem *»Versicherungsschein*.

(11) Wir dürfen prüfen, ob die gesamten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Sie dürfen inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* (siehe § 11 Abschnitt III) folgende Grenzwerte nicht übersteigen:

- Bis zu einem jährlichen Bruttoeinkommen von 85.000 EUR dürfen Sie maximal 70 % dieses Einkommens als Berufsunfähigkeitsrente absichern.
- Für Einkommensanteile, die diese Grenze von 85.000 EUR übersteigen, dürfen Sie darüber hinaus 50 % davon als Berufsunfähigkeitsrente absichern.

Wenn diese Grenzwerte durch eine dynamische Erhöhung oder eine Nachversicherung überschritten werden, setzen wir die dynamische Erhöhung aus.

(12) Haben wir eine Starter-BU (siehe § 20) mit Ihnen vereinbart, sind Dynamik-Erhöhungen nur in der

Folgephase möglich.

II. Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung im Leistungsbezug (Leistungsdynamik für die Berufsunfähigkeitsrente)

Bei Abschluss des Vertrags können Sie eine garantierte Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsbezug vereinbaren. Das bedeutet:

Wenn Sie eine Rentenleistung wegen Berufsunfähigkeit oder Krebs erhalten, gilt:

- Wir erhöhen jährlich die Berufsunfähigkeitsrente, die wir Ihnen zahlen.
- Die Erhöhungen finden zu jedem *»Stammtag* statt, der auf den Beginn unserer Leistungspflicht folgt.
- Wir erhöhen die Berufsunfähigkeitsrente um den vereinbarten Prozentsatz. Diesen finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*. Dabei erhöhen wir jeweils die bisherige, vor dem jeweiligen *»Stammtag* gezahlte Berufsunfähigkeitsrente.
- Die Beiträge für eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit garantierter Steigerung der Rente im Leistungsbezug sind höher als diejenigen für eine solche ohne Steigerung.
- Wenn unsere Leistungspflicht wegfällt, endet die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente (siehe § 1 Abschnitt I Absatz 5). Wenn später erneut ein Versicherungsfall eintritt, zahlen wir wieder die Berufsunfähigkeitsrente in der ursprünglich vereinbarten Höhe. Diese steigt dann in den folgenden Jahren wieder durch die garantierte Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsbezug.
  Sie haben aber die Möglichkeit, die versicherte Berufsunfähigkeitsrente gegen einen erhöhten Beitrag auf den Stand vor Wegfall der Leistungspflicht anzuheben. Für die Berechnung des erhöhten Beitrags wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an.

Wir werden Sie informieren, wenn die garantierten Steigerungen beginnen und wenn wir die jährlichen Erhöhungen durchführen. Sie können den garantierten Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente nicht widersprechen.

Bitte beachten Sie: Die garantierte Steigerung im Leistungsbezug gilt nicht für die lebenslange Altersrente nach § 1 Abschnitt II Absatz 2, das heißt für Rentenleistungen nach Ablauf der vereinbarten *»Leistungsdauer*.

§ 16 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente erhöhen?

I. Anlassunabhängige Erhöhung

(1) Sie können einmalig innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente erhöhen, ohne dass ein bestimmtes Ereignis vorliegt. Dabei führen wir keine *»Risikoprüfung* durch. Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit gemäß Abschnitt V Absatz 3 dürfen wir prüfen.

Nach einer Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente schließen wir aber eine rückwirkende Leistung (siehe § 1 Abschnitt I Absatz 3) für die Erhöhung aus. Das heißt: Falls Sie eine Erhöhung vorgenommen haben und anschließend Rentenleistungen wegen eines Versicherungsfalls für einen Zeitraum vor der Erhöhung erhalten, nehmen wir die Erhöhung wieder zurück. Wir zahlen Ihnen dann nur die versicherte Leistung, wie sie vor der Erhöhung bestand. Den auf die Erhöhung entfallenden Teil des Beitrags zahlen wir Ihnen zurück.

Diese Erhöhungsoption steht Ihnen nur zur Verfügung, wenn Sie Ihren Vertrag auf Grundlage einer umfassenden *»Gesundheitsprüfung* abgeschlossen haben. Sie ist ausgeschlossen, wenn Sie bei Antragstellung vereinfachte Voraussetzungen für den Zugang genossen haben. Dies ist zum Beispiel bei

- verkürzter *»Gesundheitsprüfung*,
- einer Gesundheitserklärung,
- einer Dienstobliegenheitserklärung,
- einer erweiterten Dienstobliegenheitserklärung oder
- einer Wartezeit

der Fall.

Bitte beachten Sie die zusätzlichen Regelungen in Abschnitt V.

(2) Für die anlassunabhängige Erhöhung gelten diese Grenzen:

- Bei der Erhöhung muss sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente inklusive eines eventuel-

len *»Sofortbonus* um mindestens 300 EUR und um maximal 12.000 EUR pro Jahr erhöhen.
- Die gesamten bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* dürfen nach der Erhöhung maximal 48.000 EUR pro Jahr betragen.

II. Anlassabhängige Erhöhung

(1) Bei verschiedenen Anlässen können Sie Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute *»Risikoprüfung* erhöhen, sofern diese nach Versicherungsbeginn eingetreten sind. Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit gemäß Abschnitt V Absatz 3 dürfen wir prüfen. Diese Anlässe sind:

a. Die versicherte Person heiratet oder begründet eine Eingetragene Lebenspartnerschaft nach LPartG.
b. Die Ehe oder Eingetragene Lebenspartnerschaft der versicherten Person wird geschieden oder aufgelöst.
c. Der Ehe- oder eingetragene Lebenspartner der versicherten Person verstirbt.
d. Ein Kind der versicherten Person wird geboren oder die versicherte Person adoptiert ein unterhaltsberechtigtes Kind.
e. Die versicherte Person nimmt ihre Berufstätigkeit innerhalb von 36 Monaten nach der Geburt eines leiblichen Kindes wieder auf. Oder die versicherte Person nimmt nach einer Elternzeit aufgrund der Adoption eines Kindes ihre Berufstätigkeit innerhalb von 36 Monaten nach der Adoption wieder auf.
f. Die versicherte Person erreicht die Volljährigkeit.
g. Die versicherte Person nimmt erstmalig eine staatlich anerkannte berufliche oder akademische Ausbildung auf. Die erhöhte Berufsunfähigkeitsrente darf jedoch die jeweilige Obergrenze für den entsprechenden Studiengang oder die Ausbildung nicht überschreiten.
h. Die versicherte Person nimmt eine selbstständige berufliche Tätigkeit zum Haupterwerb auf. Eine Erhöhung aus diesem Anlass ist nur einmalig während der Vertragslaufzeit möglich.
i. Die versicherte Person erreicht einen akademischen Abschluss. Eine Erhöhung aus diesem Anlass ist nur einmalig während der Vertragslaufzeit möglich.
j. Die versicherte Person legt die Meisterprüfung ab oder schließt eine berufliche Qualifikation ab, die mit einer Gehaltserhöhung verbunden ist.
k. Die versicherte Person nimmt ein Darlehen im Wert von mindestens 25.000 EUR zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie oder gewerblichen Niederlassung auf.
l. Das regelmäßige jährliche Bruttoeinkommen der versicherten Person erhöht sich um mindestens 10 % innerhalb eines Jahres.
m. Die versicherte Person ist selbstständig und es gilt: Ihr durchschnittlicher Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre steigt um mindestens 30 % im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der drei davor liegenden Jahre.
n. Die versicherte Person nimmt ein Darlehen im gewerblichen Bereich in Höhe von mindestens 50.000 EUR auf.
o. Bei Wegfall des versicherungspflichtigen Status in der gesetzlichen Krankenversicherung, wodurch die versicherte Person in eine private Krankenversicherung wechseln kann. Eine Erhöhung aus diesem Anlass ist nur einmalig während der Vertragslaufzeit möglich.
p. Das regelmäßige jährliche Bruttoeinkommen der versicherten Person übersteigt erstmalig die maßgebliche Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.
q. Die Invaliditätsversorgung der versicherten Person aus der gesetzlichen Rentenversicherung, eine arbeitgeberfinanzierte Invaliditätsversorgung der versicherten Person oder eine Berufsunfähigkeitsrente der versicherten Person aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung wird reduziert oder fällt weg.
r. Der nationale Verbraucherpreisindex für Deutschland eines Kalenderjahres nach den Angaben des Statistischen Bundesamts hat sich um mehr als 6 % im Vergleich zum Vorjahr erhöht. Eine Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente aus diesem Anlass ist nur einmalig während der Vertragslaufzeit möglich.

Ihr Recht auf anlassabhängige Erhöhung können Sie nur unter dieser Bedingung ausüben: Sie müssen uns Ihren Wunsch auf anlassabhängige Erhöhung innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der genannten Anlässe anzeigen und entsprechende Nachweise vorlegen.

Bitte beachten Sie die zusätzlichen Regelungen in Abschnitt V.

(2) Für die anlassabhängige Erhöhung gelten folgende Grenzen:

- Bei der Erhöhung muss sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* um mindestens 300 EUR und um maximal 12.000 EUR pro Jahr erhöhen.
- Die gesamten bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* dürfen nach der Erhöhung maximal 48.000 EUR pro Jahr betragen. Sollten Sie eine über diese Grenze hinausgehende Erhöhung wünschen, führen wir auf Ihren Antrag hin

eine erneute vollständige *»Gesundheitsprüfung* durch. In diesem Fall dürfen Ihre bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* nach der Erhöhung maximal 60.000 EUR pro Jahr betragen.

(3) Die anlassabhängigen Erhöhungen sind möglich solange die versicherte Person das 51. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, mindestens aber bis zehn Jahre nach Vertragsbeginn.

III. Erhöhung bei Berufsstart

Bei erstmaliger Aufnahme einer zeitlich unbefristeten oder auf mindestens zwei Jahre befristeten beruflichen Tätigkeit nach erfolgreichem Abschluss der Berufsausbildung gilt: Studierende und Auszubildende können ohne erneute *»Risikoprüfung*

- ihre versicherten Leistungen erhöhen sowie
- eine dynamische Erhöhung ihrer Versicherung gemäß § 15 Abschnitt I mit uns vereinbaren.

Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit gemäß Abschnitt V Absatz 3 dürfen wir prüfen.

Die Erhöhung Ihrer versicherten Leistungen bzw. die Vereinbarung einer dynamischen Erhöhung Ihrer Versicherung ist nur innerhalb der ersten fünf Jahre nach Abschluss des Vertrags möglich.

Infolge der Erhöhung Ihrer Leistungen darf sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente pro Jahr inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus*

- verdoppeln,
- sich aber maximal um 18.000 EUR erhöhen.

Die gesamten bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* dürfen nach der Erhöhung maximal 48.000 EUR pro Jahr betragen.

Für den Einschluss einer dynamischen Erhöhung gelten die Regelungen gemäß § 15 Abschnitt I. Darüber hinaus darf die jährliche dynamische Erhöhung maximal 5 % Ihrer Berufsunfähigkeitsrente oder Ihres Beitrags betragen.

Ihr Recht, Ihre versicherten Leistungen bei Berufsstart zu erhöhen oder eine dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung zu vereinbaren, können Sie nur unter dieser Bedingung ausüben: Sie müssen uns Ihren Wunsch auf Erhöhung innerhalb von zwölf Monaten nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit anzeigen und einen Nachweis vorlegen.

Bitte beachten Sie die zusätzlichen Regelungen in Abschnitt V.

IV. Karrieregarantie

(1) Zusätzlich zu den Nachversicherungsmöglichkeiten in den Abschnitten I-III können Sie Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente erhöhen, wenn die versicherte Person

  - als Arbeitnehmer in einem unbefristeten oder auf mindestens zwei Jahre befristeten Arbeitsverhältnis beschäftigt ist oder
  - seit mindestens drei Jahren eine berufliche Tätigkeit in Selbstständigkeit ausübt

  und die weiteren Voraussetzungen gemäß Absatz 2 bzw. 3 erfüllt sind. Wir führen in diesem Fall keine *»Risikoprüfung* durch. Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit gemäß Abschnitt V Absatz 3 dürfen wir prüfen.

(2) Ist die versicherte Person als Arbeitnehmer in einem unbefristeten oder auf mindestens zwei Jahre befristeten Arbeitsverhältnis beschäftigt, so können Sie Ihr Recht auf diese Nachversicherung ausüben, sofern die folgenden Voraussetzungen sämtlich erfüllt sind:

  - Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente dieses Vertrages inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* beträgt mindestens 36.000 EUR pro Jahr.
  - Die versicherte Person hat das 51. Lebensjahr noch nicht vollendet.
  - Nach Abschluss dieses Versicherungsvertrags erhöht sich das regelmäßige Bruttomonatsgehalt der versicherten Person vertraglich um mindestens 5 % im Vergleich zum Vormonat. Als Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gilt dabei das Datum, an welchem wir Ihren *»Versicherungsschein* ausgestellt haben.

  Sie können die versicherte Berufsunfähigkeitsrente dann maximal im selben Verhältnis erhöhen, in

dem sich das Bruttomonatsgehalt der versicherten Person erhöht hat. Die gesamten bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* dürfen nach der Erhöhung jedoch maximal 72.000 EUR pro Jahr betragen.
Sofern die versicherte Person einen der folgenden Berufe ausübt:

- Human- und Zahnmediziner,
- Ingenieur oder
- Kammerberuf

gilt abweichend: Die gesamten bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* dürfen nach der Erhöhung maximal 90.000 EUR pro Jahr betragen.

(3) Übt die versicherte Person seit mindestens drei Jahren eine berufliche Tätigkeit in Selbstständigkeit aus, so können Sie Ihr Recht auf diese Nachversicherung ausüben, sofern die folgenden Voraussetzungen sämtlich erfüllt sind:

- Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente dieses Vertrages inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* beträgt mindestens 36.000 EUR pro Jahr.
- Die versicherte Person hat das 51. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Der durch die versicherte Person erzielte durchschnittliche Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre hat sich nach Abschluss dieses Versicherungsvertrags

  - bei erstmaliger Ausübung dieser Option gegenüber dem durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der davor liegenden drei Jahre,
  - bei wiederholter Ausübung dieser Option jedoch gegenüber dem zuletzt für die Optionsausübung geltend gemachten durchschnittlichen Gewinn vor Steuern

  um mindestens 10 % erhöht. Als Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gilt dabei das Datum, an welchem wir Ihren *»Versicherungsschein* ausgestellt haben.

Sie können die versicherte Berufsunfähigkeitsrente maximal im selben Verhältnis erhöhen, in dem sich der durchschnittliche Gewinn vor Steuern der versicherten Person erhöht hat, höchstens aber um 20 %. Die gesamten bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* dürfen nach der Erhöhung jedoch maximal 72.000 EUR pro Jahr betragen.

(4) Ihr Recht auf diese Nachversicherung können Sie nur unter dieser Bedingung ausüben: Sie müssen uns Ihren Wunsch auf Erhöhung im Sinne der Karrieregarantie innerhalb von zwölf Monaten nach der Gehaltserhöhung oder der Erhöhung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern anzeigen und entsprechende Nachweise vorlegen. Bitte beachten Sie zudem die zusätzlichen allgemeinen Regelungen nach Abschnitt V.

Sofern die jeweiligen Voraussetzungen sämtlich erfüllt sind, können Sie diese Nachversicherungsmöglichkeit auch mehrfach nutzen, wenn das Bruttomonatsgehalt bzw. der durchschnittliche Gewinn vor Steuern erneut steigt.

V. Zusätzliche Regelungen für alle Erhöhungen

(1) Für die Erhöhungen aus den Abschnitten I-IV gelten die folgenden Voraussetzungen, die sämtlich erfüllt sein müssen:

- Wir haben Ihnen noch keine Versicherungsleistungen gemäß § 1 aus Ihrem Vertrag gezahlt.
- Bei der versicherten Person liegt keine Berufsunfähigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt kein Krebs im Sinne von § 3 Absatz 2 vor.
- Es handelt sich nicht um eine Versicherung im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung.

(2) Unter folgenden Umständen gilt die Erhöhung rückwirkend zum *»Wirksamkeitstermin* der Erhöhung als nicht vereinbart: Die Erhöhung erfolgt

- nach Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit oder
- nach Eintritt von Krebs im Sinne von § 3 Absatz 2.

In diesem Fall erstatten wir Ihnen den Teil der Beiträge, der auf die Erhöhung entfällt.

Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Wartezeitregelungen für Leistungen wegen Krebs (siehe § 3 Absatz 1).

(3) Wir dürfen prüfen, ob die gesamten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Sie dürfen inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* (siehe § 11 Abschnitt III) folgende Grenzwerte nicht übersteigen:

- Bis zu einem jährlichen Bruttoeinkommen von 85.000 EUR dürfen Sie maximal 70 % dieses Einkommens als Berufsunfähigkeitsrente absichern.
- Für Einkommensanteile, die diese Grenze von 85.000 EUR übersteigen, dürfen Sie darüber hinaus 50 % davon als Berufsunfähigkeitsrente absichern.

Wenn diese Grenzwerte durch eine Nachversicherung überschritten werden, erhalten Sie ein verändertes Angebot, bei dem diese Grenzen beachtet werden.

(4) Die Erhöhungen der Leistung erhöhen Ihren Beitrag. Für die Berechnung der Höhe des zusätzlichen Beitrags verwenden wir die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen *»Rechnungsgrundlagen*. Diese *»Rechnungsgrundlagen* legen wir dann jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung fest. Dabei berücksichtigen wir insbesondere:

- die Entwicklung der Lebenserwartung,
- die Rendite der Kapitalanlagen und
- die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (*»VAG*).

(5) Wenn Sie eine Erhöhung vornehmen möchten, informieren Sie uns bitte in *»Textform*.

§ 17
Wann können Sie Ihre Vertragsdauer verlängern?

(1) Bei Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters können Sie die Laufzeit Ihres Vertrags ohne erneute *»Risikoprüfung* verlängern. Bestehende Zuschläge und Ausschlüsse bleiben bestehen.

Sie müssen uns den Wunsch auf Verlängerung innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung in *»Textform* mitteilen.

(2) Für die Option auf Verlängerung der Laufzeit Ihres Vertrags gelten diese Voraussetzungen:

- Wir haben Ihnen noch keine Versicherungsleistungen aus Ihrem Vertrag gezahlt und Sie haben auch nie Leistungen aus Ihrem Vertrag beantragt.
- Bei der versicherten Person liegt keine Berufsunfähigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt kein Krebs im Sinne von § 3 Absatz 2 vor.
- Ihr Vertrag wurde nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt.

Die Verlängerung der Laufzeit ist zudem nur bis fünf Jahre vor dem vereinbarten Ablauf der aktuellen *»Versicherungsdauer* möglich.

(3) Für die Verlängerung der verschiedenen Laufzeiten Ihres Vertrags gilt:

- Sie können den Vertrag maximal um die auf die versicherte Person zutreffende tatsächliche Differenz des gesetzlichen Renteneintrittsalters vor und nach der Anhebung verlängern.
- *»Versicherungs*- und *»Leistungsdauer* werden um dieselbe Anzahl Monate verlängert.
- Haben Sie eine durchgehende Dauer der Beitragszahlung mit uns vereinbart, verlängert sich diese um dieselbe Anzahl Monate wie die *»Versicherungsdauer*.
- Haben Sie eine abgekürzte Dauer der Beitragszahlung mit uns vereinbart und diese Dauer ist noch nicht abgelaufen, so gilt: Sie haben die Wahl, ob die Dauer der Beitragszahlung ebenfalls verlängert werden soll. Falls ja, verlängert sich diese um dieselbe Anzahl Monate wie die *»Versicherungsdauer*.
- Ist Ihre Versicherung bereits planmäßig beitragsfrei, so wird sie weiterhin beitragsfrei fortgesetzt.
- Fällt das Ende der Dauer der Beitragszahlung oder die *»Leistungsdauer* nicht auf einen Zahlungstermin, dann gilt: Die letzte Beitrags- oder Rentenzahlung erfolgt nur entsprechend anteilig für die Dauer der letzten Zahlungsperiode.

(4) Sie haben die Wahl, ob bei der Verlängerung entweder der aktuelle Beitrag oder die aktuelle Höhe der Leistungen beibehalten werden soll. Für die Berechnung der neuen Leistungen oder des neuen Beitrags wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Wir verwenden die zum Zeitpunkt der Verlängerung bereits für den Vertrag geltenden *»Rechnungsgrundlagen*.

Wenn Ihr Vertrag bereits planmäßig beitragsfrei ist, gilt abweichend: Sie können auch einen einmali-

gen Betrag zahlen, um die bisherigen Leistungen beizubehalten, wie sie vor der Verlängerung bestanden. Andernfalls reduzieren wir wie beschrieben die Leistungen. Für die Berechnung des einmaligen Betrags verwenden wir ebenfalls die zum Zeitpunkt der Verlängerung für den Vertrag geltenden *»Rechnungsgrundlagen*.

§ 18
Was gilt für Schüler bei Berufseinstieg oder bei Beginn der Ausbildung oder des Studiums?

Auch Personen, die zu Vertragsbeginn Schüler sind, können gegen Berufsunfähigkeit versichert werden. In diesem Fall können Sie die berufliche Tätigkeit umstufen lassen, wenn die versicherte Person erstmalig einen Beruf, eine Ausbildung oder ein Studium aufnimmt. Dies ist nur innerhalb der ersten fünf Jahre nach Beginn der Versicherung und innerhalb von zwölf Monaten nach der Aufnahme des Berufs, der Ausbildung oder des Studiums möglich. Die berufliche Tätigkeit ist dann der Beruf oder der sich aus der Ausbildung oder dem Studium ergebende Beruf. Zeitgleich können Sie auch die *»Versicherungsdauer* verlängern, sofern dies in der neuen beruflichen Tätigkeit zulässig gemäß unseren Annahmerichtlinien ist. Sie müssen uns Ihren Wunsch auf Umstellung in *»Textform* mitteilen.

Die obigen Regelungen gelten gleichermaßen, wenn die versicherte Person die Schulform wechselt und sich somit eine günstigere Einstufung ergeben sollte. Eine solche Umstufung ist einmalig möglich, zusätzlich zur oben beschriebenen Umstufung.

Die Umstufung des Berufs hat eine Vertragsanpassung und Neuberechnung des Beitrags für die Berufsunfähigkeitsversicherung zur Folge. Das Gleiche gilt für eine Verlängerung der *»Versicherungsdauer*.

Wenn sich die *»Leistungsdauer* bei der Umstufung nicht ändert, benötigen wir keine erneute *»Risikoprüfung*. Verlängert sich die *»Leistungsdauer,* so stufen wir den Beruf neu ein und verlangen eine erneute *»Gesundheitsprüfung*.

In jedem Fall bleiben bereits vereinbarte Leistungsausschlüsse und Zuschläge sowie die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente bei der Umstufung unverändert bestehen.

Darüber hinaus haben Sie zu diesem Zeitpunkt die Möglichkeit, eine dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung gemäß § 15 Abschnitt I nachträglich mit uns zu vereinbaren. Für den Einschluss einer dynamischen Erhöhung gelten die Regelungen gemäß § 15 Abschnitt I. Außerdem darf die jährliche dynamische Erhöhung maximal 5 % Ihrer Berufsunfähigkeitsrente oder Ihres Beitrags betragen.

Das Gleiche gilt, wenn die versicherte Person als Bundesfreiwilligendienstleistender, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr oder Helfer im freiwilligen ökologischen Jahr versichert wurde.

§ 19
Wann können Sie die berufliche Tätigkeit umstufen lassen?

Wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach Beginn des Vertrags ändert, müssen Sie uns das nicht mitteilen. Sie können in diesem Fall aber prüfen lassen, ob wir den neuen Beruf günstiger einstufen.

Für die Umstufung der beruflichen Tätigkeit gelten diese Voraussetzungen:

- Sie teilen uns den neuen Beruf der versicherten Person in *»Textform* mit und
- die versicherte Person hat das 51. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Sofern seit Vertragsbeginn mehr als fünf Jahre vergangen sind, prüfen wir dann die Gesundheit und Sonderrisiken der versicherten Person. Davon hängt es ab, ob und mit welchen möglicherweise weiteren Anpassungen wir Ihren Beitrag nach Abschluss der Prüfung künftig senken können. Wenn wir den neuen Beruf günstiger einstufen, berechnen wir Ihren Beitrag mit den bisherigen *»Rechnungsgrundlagen*. Dabei berücksichtigen wir auch die neue *»Risikoprüfung*. Wenn wir die neue berufliche Tätigkeit nicht günstiger einstufen, bleibt Ihr Vertrag unverändert. Wir können die versicherte Person nicht ungünstiger einstufen.

Bei erstmaliger Aufnahme einer zeitlich unbefristeten oder auf mindestens zwei Jahre befristeten beruflichen Tätigkeit nach erfolgreichem Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studium gilt abweichend: Bei Studierenden und Auszubildenden ist für die Umstufung auch nach Ablauf der ersten fünf Vertragsjahre keine *»Risikoprüfung* erforderlich. Voraussetzung ist, dass Sie uns Ihren Wunsch auf Prüfung zur Umstufung innerhalb von zwölf Monaten nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit mitteilen und einen entsprechenden Nachweis vorlegen.

Bereits vereinbarte Leistungsausschlüsse und Zuschläge sowie die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente bleiben bei der Umstufung unverändert bestehen. Ebenso bleiben die *»Versicherungsdauer* und die *»Leistungsdauer* unverändert.

Sofern wir die Tätigkeit der versicherten Person bei Vertragsbeginn im Rahmen eines Kollektivvertrags in

eine kollektive Berufsgruppe eingestuft haben, gilt: Eine neue Einstufung der beruflichen Tätigkeit ist nur innerhalb der kollektiven Berufsgruppen nach den Regelungen des Kollektivvertrags möglich. Ob die Tätigkeit der versicherten Person in eine kollektive Berufsgruppe eingestuft wurde, können Sie den Angebotsunterlagen entnehmen. Wir geben Ihnen auf Nachfrage auch gerne eine Auskunft dazu.

Bitte beachten Sie: Für Schüler, Bundesfreiwilligendienstleistende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und Helfer im freiwilligen ökologischen Jahr gibt es erweiterte Möglichkeiten zum Umstufen der beruflichen Tätigkeit. Näheres dazu finden Sie in § 18.

§ 20
Was gilt bei Einschluss einer Starter-BU?

(1) Sie können bei Abschluss des Versicherungsvertrags eine Starter-BU mit uns vereinbaren. Haben wir eine Starter-BU mit Ihnen vereinbart, unterteilen wir zu Vertragsbeginn den vertraglichen Zeitraum der Beitragszahlung in eine Startphase und eine Folgephase.

Während der Startphase zahlen Sie für die im *»Versicherungsschein* genannten Leistungen einen reduzierten Beitrag. Nach Ablauf der Startphase heben wir den Folgebeitrag zum Ausgleich entsprechend an. Die genauen Beiträge für die Start- und die Folgephase finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*.

(2) Innerhalb der Startphase dürfen Sie zu jedem Beitragszahlungsabschnitt die Startphase vorzeitig beenden. In diesem Fall tritt Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung in die Folgephase ein. Dies ist aber nur möglich, wenn zu diesem Zeitpunkt keine Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Ebenfalls dürfen zu diesem Zeitpunkt keine Leistungen wegen Krebs erfolgen (siehe § 3).

Je früher Sie den Wechsel in die Folgephase vollziehen, desto geringer wird der Beitrag in der Folgephase. Für die Berechnung des neuen Beitrags für die Folgephase wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an.

(3) Wenn Sie während der Startphase von Ihrem in Absatz 2 beschriebenen vorzeitigen Umwandlungsrecht keinen Gebrauch machen, so beginnt zum vertraglich vereinbarten Zeitpunkt automatisch die Folgephase. Ab diesem Termin müssen Sie den höheren Beitrag der Folgephase zahlen.

Sie dürfen dieser Erhöhung widersprechen. Dann setzen wir den Vertrag fort und behalten den erreichten Zahlbeitrag bei, reduzieren aber die versicherte Berufsunfähigkeitsrente. Für die Berechnung der reduzierten neuen Berufsunfähigkeitsrente wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Dabei verzichten wir auf einen Stornoabschlag nach § 23.

Eine Fortführung der Versicherung mit reduzierter Berufsunfähigkeitsrente ist jedoch nur möglich, wenn die Berufsunfähigkeitsrente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 300 EUR beträgt. Bitte beachten Sie: Wird die Mindestrente nicht erreicht, erlischt die Versicherung.

Wir werden Sie sechs Wochen im Voraus über die anstehende Umwandlung informieren und Sie auf Ihr Widerspruchsrecht hinweisen. Den Beitrag für die Folgephase können Sie Ihrem *»Versicherungsschein* entnehmen.

(4) Wenn Sie

- Ihre Berufsunfähigkeitsrente nach § 16 erhöhen oder
- Ihren Beitrag nach einer Beitragsfreistellung oder Reduzierung des Beitrags erhöhen (siehe § 24) oder
- die berufliche Tätigkeit der versicherten Person umstufen lassen (siehe § 19),

so ist damit ein Wechsel in die Folgephase verbunden.

(5) Bitte beachten Sie: Wie in § 15 Abschnitt I Absatz 12 beschrieben, erfolgen in der Startphase keine Dynamik-Erhöhungen.

Kündigung, Beitragsfreistellung und weitere Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten

Sollte die Beitragszahlung einmal für Sie schwierig werden oder sich für Sie ändernde Lebensumstände ergeben, wenden Sie sich bitte an uns. Wir können Ihnen verschiedene Lösungen anbieten.

§ 21
Was gilt bei Kündigung?

(1) Sie können Ihre Versicherung während der Beitragszahlungsdauer jederzeit für den Schluss der laufenden *»Versicherungsperiode* ganz oder teilweise kündigen. Eine *»Versicherungsperiode* ist bei jährlich vereinbarter *»Beitragszahlweise* der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden *»Stammtagen*. Bei halbjährlicher, vierteljährlicher oder monatlicher Zahlweise unterteilen wir diesen Zeitraum in halbe oder Vierteljahre oder in Monate.

(2) Bei einer Kündigung stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei. Bei einer nur teilweisen Kündigung reduzieren wir Ihren Beitrag. Näheres dazu finden Sie in § 22 und § 23. Ein *»Rückkaufswert* fällt nicht an.

(3) Bei einer Kündigung haben Sie keinen Anspruch darauf, dass wir Ihnen Ihre Beiträge zurückzahlen.

§ 22
Was gilt bei Beitragsfreistellung?

(1) Sie können Ihre Beitragszahlung jederzeit zum Schluss der laufenden *»Versicherungsperiode* einstellen. Ihren Wunsch teilen Sie uns bitte in *»Textform* mit. Andernfalls müssten wir Sie zunächst mahnen (siehe § 27 Abschnitt II).

(2) Bei Beitragsfreistellung wandeln wir Ihre Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit reduzierter Berufsunfähigkeitsrente um. Für die Berechnung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Grundlage für die Festlegung der Berufsunfähigkeitsrente sind die *»Rechnungsgrundlagen* der Prämienkalkulation.

Für die Berechnung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente legen wir mindestens diesen Betrag zugrunde:

- Der Betrag des *»Deckungskapitals*, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.
- Hierbei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze für die Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 12).
- Den Betrag finden Sie auch in Ihren Vertragsunterlagen, beispielsweise in ihrem *»Versicherungsschein*. Wir bezeichnen ihn dort als "garantiertes Guthaben" und weisen ihn in der Garantiewerttabelle aus.

(3) Den aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehenden Betrag mindern wir um

- rückständige Beiträge sowie um
- einen Abzug.

Die Erhebung dieses Abzugs vereinbaren wir auf der Grundlage dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit allen unseren Versicherungsnehmern. Den Abzug vereinbaren wir aus folgenden Gründen: Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, verändern sich Risiko und Ertrag im Bestand der restlichen Versicherten. Dies gleichen wir durch den Abzug aus. Außerdem nehmen wir damit einen Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vor. Haben Sie für Ihren Vertrag das Überschusssystem *»Beitragsreduktion* (siehe § 11 Abschnitt III) vereinbart, gilt zudem: Wir ziehen bereits unter Vorbehalt gewährte, aber noch nicht verdiente *»Überschüsse* ab.

Die Höhe des Abzuges haben wir auf der Basis von pauschalen Annahmen bestimmt. Sie hängt auch davon ab, in welchem Vertragsjahr die Beitragsfreistellung erfolgt. Um den Abzug festzulegen, nehmen wir Folgendes an:

a. Bei einer Beitragsfreistellung entsteht ein höherer Aufwand für die Bearbeitung. Damit entstehen auch höhere Kosten als bei einem regulären Verlauf des Vertrags.
b. Wenn wir Versicherungsprodukte kalkulieren, gehen wir von diesen Annahmen aus: Die Risikogemeinschaft setzt sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammen. Die Erfahrungen zeigen, dass Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko. Der Abzug gleicht dies aus, damit der Versichertengemeinschaft kein Nachteil entsteht.
c. Mit dem vereinbarten Versicherungsschutz erhalten Sie von uns Garantien und Optionen. Dafür stellt der Bestand aller Versicherten einen Teil des erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) zur Verfügung. Auf diese Weise partizipiert Ihr Vertrag nach seinem Beginn an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Im Gegenzug muss Ihr Vertrag während der weiteren Laufzeit seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Wenn Sie den Vertrag beitragsfrei stellen, gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand teilweise verloren. Der Abzug ist daher auch dafür ein Ausgleich. Wenn wir die Optionen und Garantien über externes Kapital finanzieren würden, wäre dies wesentlich teurer.
d. Mit zunehmendem Alter erwarten wir eine größere Häufigkeit von Berufsunfähigkeitsfällen.

Dementsprechend müsste ein jährlich unterschiedlicher Beitrag in Rechnung gestellt werden. Der Ihrem Vertrag zugrunde liegende Tarif verteilt die Beiträge über die gesamte Laufzeit des Versicherungsvertrages so, dass Ihr Vertrag einen konstanten Bruttobeitrag vorsieht. Beitragsteile, die in einem Jahr zur Risikodeckung nicht benötigt werden, werden in einer Rückstellung zurückgestellt. Sie werden in den Jahren zur Finanzierung der Risikodeckung herangezogen, in denen der Beitrag wegen der größeren Häufigkeit von Berufsunfähigkeitsfällen nicht ausreicht.
Das Überschusssystem *»Beitragsreduktion* (siehe § 11 Abschnitt III) ist diesem Mechanismus angepasst. Die Beteiligung an den *»Überschüssen* ist als Prozentsatz der Beiträge definiert. Dadurch ergeben sich *»Überschussanteile*, die von der Versichertengemeinschaft Ihrem Versicherungsvertrag vorfinanziert werden. Wird der Versicherungsvertrag unverändert fortgeführt, gleicht sich dies im Vertragsverlauf wieder aus.
Wenn Sie für Ihren Vertrag das Überschusssystem *»Beitragsreduktion* vereinbart haben, gilt bei einer Änderung des Vertrages wegen des Gleichbehandlungsgrundsatzes nach § 138 Absatz 2 VAG: Es muss derjenige Teil der vorfinanzierten *»Überschüsse* an die Versichertengemeinschaft wieder zurückgegeben werden, der zur Risikodeckung noch nicht verbraucht wurde.

Die Beweislast für die Angemessenheit des so bestimmten Abzugs tragen wir. Haben wir diesen Nachweis erbracht, können Sie uns nachweisen, dass die oben beschriebenen Annahmen ausnahmsweise nicht oder nur teilweise zutreffen. Ist dies bezogen auf Ihren Vertrag der Fall, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Abzug.

Über die Höhe des Abzugs informieren wir Sie mit der Garantiewerttabelle. Sie finden diese Tabelle in Ihren Vertragsunterlagen, beispielsweise in Ihrem *»Versicherungsschein*.

(4) Eine Fortführung der Versicherung unter Freistellung von der Pflicht zur Beitragszahlung ist jedoch nur möglich, wenn

- die beitragsfreie Rente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 300 EUR beträgt.

Bitte beachten Sie: Wird die Mindestrente nicht erreicht, erlischt die Versicherung.

(5) In der ersten Zeit des Vertrags verrechnen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten. Deshalb sind zunächst nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente erreicht möglicherweise noch nicht den Mindestwert für eine Beitragsfreistellung (siehe Absatz 4). In diesem Fall erlischt Ihre Versicherung. Näheres zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 12 Absatz 2.

Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung.

Nähere Informationen zur Höhe Ihrer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente können Sie der Garantiewerttabelle entnehmen. Sie finden diese in Ihren Versicherungsunterlagen, beispielsweise in Ihrem *»Versicherungsschein*.

§ 23 Was gilt bei Reduzierung des Beitrags?

(1) Statt die Beitragszahlung ganz einzustellen (siehe § 22), können Sie den vereinbarten Beitrag auch immer zum nächsten Fälligkeitstermin reduzieren. Dabei setzen wir die versicherte Berufsunfähigkeitsrente herab. Für die Berechnung der reduzierten Berufsunfähigkeitsrente wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Grundlage für die Festlegung der Leistungen sind die *»Rechnungsgrundlagen* der Prämienkalkulation.

Den in § 22 Absatz 3 beschriebenen Abzug nehmen wir in diesem Fall anteilig vor. Die herabgesetzte jährliche Berufsunfähigkeitsrente darf auch in diesem Fall 300 EUR nicht unterschreiten.

(2) Wenn Sie Ihren Beitrag reduzieren, verzichten wir auf den in Absatz 1 beschriebenen Abzug, wenn

- die versicherte Person in einem festen Arbeits- oder Dienstverhältnis beschäftigt ist und ihre Arbeitszeit verringert und
- Ihr Beitrag sich maximal im selben Verhältnis reduziert wie sich die Arbeitszeit der versicherten Person verringert.

Sie müssen Ihren Wunsch auf Reduzierung des Beitrags innerhalb von zwölf Monaten nach Verringerung der Arbeitszeit der versicherten Person anzeigen und entsprechende Nachweise vorlegen.

Eine Elternzeit erkennen wir in diesem Zusammenhang als eine Verringerung der Arbeitszeit auf null

Prozent an.

(3) In der ersten Zeit des Vertrags verrechnen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten. Deshalb sind zunächst nur geringe Beträge zur Festlegung einer reduzierten Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Näheres zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 12 Absatz 2.
Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Festlegung einer reduzierten Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung.

§ 24
Was gilt bei Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Reduzierung des Beitrags?

(1) Sie können

- innerhalb von 36 Monaten nach einer Reduzierung des Beitrags (siehe § 23) jederzeit den Beitrag wieder erhöhen oder
- innerhalb von 36 Monaten nach einer Beitragsfreistellung (siehe § 22) die Beitragszahlung wieder aufnehmen.

Der neue Beitrag darf aber nicht höher sein als der Beitrag vor Beginn der Beitragsfreistellung oder der Reduzierung des Beitrags.

In Ihrer Mitteilung zur gewünschten Beitragsfreistellung oder Reduzierung des Beitrags können Sie uns auch einen Termin nennen, zu dem diese *»Wiederinkraftsetzung* oder Beitragserhöhung automatisch erfolgt.

(2) Eine *»Wiederinkraftsetzung* oder Beitragserhöhung gemäß Absatz 1 ist nur möglich, sofern sämtliche dieser Voraussetzungen im Sinne der Versicherungsbedingungen erfüllt sind:

- Bei der versicherten Person liegt keine Berufsunfähigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt kein Krebs im Sinne von § 3 Absatz 2 vor.

(3) Für die *»Wiederinkraftsetzung* und die Beitragserhöhung gilt in allen Fällen:

- Nehmen Sie die Beitragszahlung innerhalb von 24 Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung wieder auf, benötigen wir keine neue *»Risikoprüfung*.
- Auch wenn Sie innerhalb von 24 Monaten nach Beginn einer Reduzierung des Beitrags den Beitrag wieder erhöhen, benötigen wir keine neue *»Risikoprüfung*.
- Nach Ablauf dieser Frist müssen Sie eine neue *»Gesundheitsprüfung* ablegen, wenn Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen oder den Beitrag erhöhen möchten.

Darüber wie sich die Wiederaufnahme der Beitragszahlung oder die Beitragserhöhung auf Ihren Vertrag auswirken, werden wir Sie im Einzelfall informieren.

(4) Wenn Sie nach einer beitragsfreien Zeit die Zahlungen wieder aufnehmen oder nach einer Reduzierung des Beitrags Ihren Beitrag wieder erhöhen, gilt: Sie können Ihre Versicherungsleistungen vor Beitragsfreistellung oder Reduzierung des Beitrags durch eine Erhöhung der zukünftig zu zahlenden Beiträge wiederherstellen. Falls Sie die zukünftigen Beiträge nicht erhöhen möchten, werden wir die Berufsunfähigkeitsrente neu ermitteln. Für die Berechnung der neuen Berufsunfähigkeitsrente wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Grundlage für die Festlegung der Berufsunfähigkeitsrente sind die *»Rechnungsgrundlagen* der Prämienkalkulation.

(5) Wenn

- Sie gemäß § 23 Absatz 2 Ihren ursprünglichen Beitrag infolge einer Verringerung der Arbeitszeit reduziert haben und
- die versicherte Person ihre Arbeitszeit wieder erhöht,

können Sie Ihren Beitrag abweichend von Absatz 1 und 3 unbefristet ohne neue *»Risikoprüfung* erhöhen. Dabei gilt:

- Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeitsrente nach Erhöhung und vor Reduzierung des Beitrags darf nicht höher sein, als das Verhältnis zwischen der Arbeitszeit nach Erhöhung und vor Reduzierung des Beitrags.
- Die Berufsunfähigkeitsrente nach Erhöhung des Beitrags darf nicht höher sein als die Berufsunfähigkeitsrente bei erstmaliger Reduzierung des Beitrags gemäß § 23 Absatz 2.
- Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 15 und § 16, die nach Reduzierung des Beitrags erfolgt sind, bleiben hiervon unberührt.

Ein Beispiel: Die Arbeitszeit wurde von 100 % auf 50 % reduziert und wird wieder auf 80 % erhöht. Dann darf die neue Berufsunfähigkeitsrente nicht mehr als 80 % der Berufsunfähigkeitsrente vor der Reduzierung des Beitrags zuzüglich zwischenzeitlicher Erhöhungen aus Dynamik und Nachversicherung betragen.

Sie müssen Ihren Wunsch auf Erhöhung des Beitrags innerhalb von zwölf Monaten nach Erhöhung der Arbeitszeit der versicherten Person anzeigen und entsprechende Nachweise vorlegen.

(6) Unter folgenden Umständen gilt die *»Wiederinkraftsetzung* oder Beitragserhöhung rückwirkend zum jeweiligen *»Wirksamkeitstermin* als nicht vereinbart: Die »Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung erfolgt

- nach Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit oder
- nach Eintritt von Krebs im Sinne von § 3 Absatz 2.

In diesem Fall erstatten wir Ihnen den Teil der Beiträge, der auf die *»Wiederinkraftsetzung* oder die Beitragserhöhung entfällt.

Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Wartezeitregelungen für Leistungen wegen Krebs (siehe § 3 Absatz 1).

§ 25
Was gilt bei Stundung der Beiträge?

Sie können für den Zeitraum von höchstens 36 Monaten eine zinslose Stundung Ihrer Beiträge beantragen. Ihr vereinbarter Versicherungsschutz wird bei einer Stundung der Beiträge aufrechterhalten. Bitte teilen Sie uns Ihren Wunsch auf Stundung in *»Textform* mit.

Eine Stundung Ihrer Beiträge ist nur möglich, wenn

- zwischen dem Ende des Zeitraums der Stundung und dem Ende der *»Versicherungsdauer* noch mindestens fünf Jahre liegen,
- Ihr Vertrag nicht im Zahlungsverzug ist und
- das *»Deckungskapital* Ihres Vertrages bereits einen Wert in Höhe der zu stundenden Beiträge aufweist. Das *»Deckungskapital* wird hierbei nicht um ausstehende, auf die ersten fünf Vertragsjahre verteilte Abschluss- und Vertriebskosten erhöht (siehe § 12 Absatz 2). In den ersten fünf Vertragsjahren gilt daher für das *»Deckungskapital*, das wir zur Prüfung der Möglichkeit einer Stundung heranziehen: Es ist geringer als der Betrag, den wir für die Berechnung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente (siehe § 22) zugrunde legen.

Wir erheben für die Stundung keine Zinsen.

Die gestundeten Beiträge können Sie nach Ablauf des Zeitraums der Stundung

- entweder in einem Betrag an uns zahlen
- oder nach Vereinbarung innerhalb eines Zeitraumes von maximal 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zurückzahlen.

Auf Wunsch können wir die Beträge auch durch eine Änderung Ihres Vertrages verrechnen. In diesem Fall müssen Sie die Beträge nicht nachzahlen. Dabei erhöhen wir nach Rücksprache mit Ihnen entweder Ihren künftig zu zahlenden Beitrag oder wir setzen die versicherte Berufsunfähigkeitsrente herab. Falls jedoch die herabgesetzte Berufsunfähigkeitsrente die beitragsfreie Mindestleistung unterschreitet, erlischt Ihr Vertrag. Über die Auswirkungen der Vertragsänderung informieren wir Sie gerne.

Sonstige Regelungen

§ 26
Wer erhält die Versicherungsleistung?

I. Leistungsempfänger

(1) Die Leistungen erbringen wir an Sie als unseren Vertragspartner. Falls Sie eine andere Person als bezugsberechtigt bestimmt haben, leisten wir an diese Person.

(2) Wenn der Vertrag als Rückdeckungsversicherung abgeschlossen wurde, gilt: Die Versicherungsleistung muss der Versorgung der versicherten Person oder von Angehörigen der versicherten Person im Sinne des § 15 Absatz 1 Nr. 2 bis 7 der Abgabenordnung dienen. Das sind

- Ehegatten oder Lebenspartner,
- Verwandte und Verschwägerte in gerader Linie,
- Geschwister,
- Kinder der Geschwister,
- Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner,
- Geschwister der Eltern.

Dies müssen Sie als Versicherungsnehmer bestätigen.

(3) Wir leisten gegen Vorlage des *»Versicherungsscheins*. Wir werden aber nicht an den Inhaber des *»Versicherungsscheins* leisten, wenn wir an seiner Berechtigung zweifeln.

II. Bezugsberechtigung

(1) Sie können eine Person oder Personengruppe widerruflich oder unwiderruflich als bezugsberechtigt benennen.

(2) Bis der Versicherungsfall eintritt, können Sie das Bezugsrecht auch widerrufen oder andere Personen als bezugsberechtigt einsetzen.

(3) Bezugsberechtigt kann nur die versicherte Person oder ein Angehöriger der versicherten Person gemäß § 15 Absatz 1 Nr. 2 bis 7 der Abgabenordnung sein. Das sind

- Ehegatten oder Lebenspartner,
- Verwandte und Verschwägerte in gerader Linie,
- Geschwister,
- Kinder der Geschwister,
- Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner,
- Geschwister der Eltern.

(4) Absatz 3 gilt nicht, wenn der Vertrag als Rückdeckungsversicherung abgeschlossen wurde. In diesem Fall beachten Sie bitte Abschnitt I Absatz 2.

(5) Sie können auch bestimmen, dass ein von Ihnen benannter Bezugsberechtigter die Ansprüche aus dem Vertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. In diesem Fall werden wir Ihnen in *»Textform* bestätigen, dass Sie das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen können. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, können Sie das Bezugsrecht nur noch ändern, wenn die von Ihnen begünstigte Person zustimmt.

(6) Bitte informieren Sie uns in *»Textform*, wenn Sie ein Bezugsrecht einräumen oder widerrufen. Nur dann sind Ihre Änderungen wirksam.

III. Abtretung - Verpfändung

Ansprüche auf Rentenleistungen aus diesem Vertrag können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, so ist diese uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns der bisherige Berechtigte in *»Textform* angezeigt hat. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 27 Beitragszahlung

Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen. Die Zahlweise der Beiträge finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*. Eine *»Versicherungsperiode* ist bei jährlicher Zahlweise des Beitrags der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden *»Stammtagen*. Bei halbjährlicher, vierteljährlicher oder monatlicher Zahlweise unterteilen wir diesen Zeitraum in halbe oder Vierteljahre oder in Monate.

I. Erster Beitrag

(1) Wenn Sie den *»Versicherungsschein* erhalten haben, zahlen Sie bitte Ihren ersten Beitrag innerhalb von zwei Wochen. Haben wir im *»Versicherungsschein* einen späteren Termin für die erste Zahlung vereinbart? Dann zahlen Sie bitte den ersten Beitrag innerhalb von zwei Wochen nach diesem Termin.

Ein wichtiger Hinweis: Sie haben von Anfang an keinen Versicherungsschutz, wenn Sie diese Fristen aus eigener Schuld versäumen.

(2) Außerdem dürfen wir in diesem Fall vom Vertrag zurücktreten, wenn Sie die Zahlung noch nicht veranlasst haben. Ausnahme: Sie weisen uns nach, dass Sie die unpünktliche Zahlung oder Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Wir empfehlen Ihnen: Nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Die Teilnahme am Lastschriftverfahren ist für Sie kostenlos.

II. Folgebeiträge

(1) Damit Sie weiter in vollem Umfang versichert sind, zahlen Sie bitte die folgenden Beiträge ebenfalls bis zu ihren Fälligkeitsterminen. Wenn Sie die Zahlung zum Tag der Fälligkeit vergessen haben, werden wir Ihnen eine Mahnung schicken. Wir setzen Ihnen in der Mahnung eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Wir können die Mahnung mit einer Kündigung verbinden. Bezahlen Sie die offenen Beiträge nicht innerhalb der Frist und haben Sie das zu vertreten, sind Sie nur noch eingeschränkt oder gar nicht versichert. Auf die rechtlichen Folgen werden wir Sie in der Mahnung hinweisen.

(2) Im *»Leistungsfall* verrechnen wir rückständige Beiträge mit unseren Leistungen.

§ 28 Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Namensänderung, Umzug, Steuerpflicht im Ausland)

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

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

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

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

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

maßgebend sein können. Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage insbesondere sein können, können Sie beispielhaft den steuerlichen Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag entnehmen.

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

(4) Wenn Sie Ihre Auskunftspflichten nach den Absätzen 1 und 2 verletzen, kann dies dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

(5) Bitte teilen Sie uns insbesondere Ihren Umzug oder eine Änderung Ihres Namens wenn möglich zwei Wochen vorher mit. Bitte senden Sie uns auch so früh wie möglich alle anderen Mitteilungen zu Ihrem Vertrag in *»Textform*. Diese Mitteilungen können beispielsweise Anträge, Ihren Vertrag zu ändern oder Kündigungen sein.

(6) Bitte beachten Sie in Ihrem Interesse: Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb Deutschlands aufhalten, nennen Sie uns bitte einen Zustellungsbevollmächtigten. Dies ist eine in Deutschland ansässige Person, die unsere Mitteilungen für Sie entgegennehmen darf.

§ 29
Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung

(1) Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

(2) Für Klagen gegen uns sind die Gerichte an unserem Geschäftssitz zuständig. Es können auch die Gerichte am Sitz der Niederlassung zuständig sein, die für den Vertrag verantwortlich ist. Eine *»natürliche Person* kann auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren Wohnsitz hat. Personen ohne festen Wohnsitz können auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Beides gilt für den Zeitpunkt, an dem die Klage erhoben wird.

(3) Es ist möglich, dass wir Ansprüche aus dem Vertrag gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen. Dann ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz haben.

(4) Wenn Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft verlegen, sind die Gerichte in Deutschland zuständig.

(5) Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag richten sich nach *»VVG* und Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB). Derzeit beträgt die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre.

§ 30
An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

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

Versicherungsombudsmann e.V.

(2) Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Versicherungsombudsmann e.V. wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Telefon: 0800 369 6000
Fax: 0800 369 9000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

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

Versicherungsaufsicht

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

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

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

Rechtsweg

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

Unser Beschwerdemanagement

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

lv_service@gothaer.de

Anhang I: Definition der versicherten schweren Krankheiten von Kindern der versicherten Person

Sie können eine Versicherungsleistung gemäß § 1 Abschnitt II Absatz 6 beantragen, wenn ein Kind der versicherten Person an einer der hier aufgeführten schweren Krankheiten erkrankt. Bitte beachten Sie: Ein möglicher Anspruch auf die Leistung entsteht frühestens nach einer Wartezeit von einem Jahr (siehe § 1 Abschnitt II Absatz 6).

1. Krebs (im Sinne einer schweren Krankheit mitversicherter Kinder)

Krebs im Sinne der Bedingungen ist ein feingeweblich (histologisch) nachgewiesener bösartiger Tumor. Er ist durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet.
Unter den Begriff "Krebs" fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.
Die ärztliche Diagnose müssen Sie durch Vorlage des feingeweblichen (histologischen) Befundes bestätigen. Für Blutkrebs (Leukämien) oder Lymphome gilt abweichend: Die ärztliche Diagnose müssen Sie durch Vorlage des blutzellnachweislichen (zytologischen) Befundes bestätigen.

Besondere Wartezeit bei einer Krebserkrankung und Leistungsausschlüsse:

- Zusätzlich zu den Regelungen nach § 1 Abschnitt II Absatz 6 haben Sie keinen Anspruch auf die Versicherungsleistung, wenn
  1. erstmalige Symptome innerhalb der ersten 12 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten; oder
  2. eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten 12 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt; oder
  3. nach einer innerhalb der ersten 12 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages eingetretenen Krebserkrankung zu einem späteren Zeitpunkt Tochtergeschwülste (Metastasen) auftreten.

  Wenn Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen, gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

- Frühformen von Krebserkrankungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Diese sind medizinisch wissenschaftlich wie folgt definiert:
  1. Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation). Sofern jedoch eine Chemo- oder Bestrahlungstherapie medizinisch indiziert ist, so bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.
  2. Frühformen der Leukämie, wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen, beispielsweise aus dem Knochenmark, im Blut vorliegt. Ausnahme: Die Krankheitsform der so genannten chronisch lymphatischen Leukämie. Sofern jedoch eine Chemo- oder Bestrahlungstherapie oder eine Stammzellentransplantation medizinisch indiziert ist, so bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.
  3. Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1. Sofern jedoch eine Chemo- oder Bestrahlungstherapie oder eine Stammzellentransplantation medizinisch indiziert ist, so bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.
  4. Carcinoma-in-situ oder prae-maligne Formen.
  5. Frühformen des Muttermundkrebses wie Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4.
  6. Frühformen des Hautkrebses und maligner Melanome, für die gilt: Sie haben ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1.5 Millimetern nach der Breslow-Methode. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
  7. Frühformen des Prostatakrebses der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).
  8. Frühformen des Schilddrüsenkrebs oder Blasenkrebs als papilläre Mikrokarzinome.

- Ferner fallen unabhängig vom Stadium nicht unter den Versicherungsschutz: Das Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung.

Bitte beachten Sie: Bei obiger Definition handelt es sich um Krebs im Sinne einer schweren Krankheit für mitversicherte Kinder. Krebs im Sinne der Leistungen wegen Krebs der versicherten Person beschreiben wir in § 3.

2. Gehörlosigkeit

Gehörlosigkeit im Sinne der Bedingungen ist der dauerhafte und nicht therapierbare Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel. Dauerhaft bedeutet, dass dieser Zustand voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauert. Die Gehörlosigkeit muss aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls auftreten.
Sie haben keinen Anspruch auf die Versicherungsleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung gilt: Die Hörfähigkeit kann durch ein Hörgerät, Implantat oder andere Hilfsmittel derart verbessert werden, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden könnten.

3. Bakterielle Hirnhautentzündung (Bakterielle Meningitis)

Bakterielle Meningitis im Sinne der Bedingungen ist eine Entzündung der Hirn- oder Rückenmarkshäute, die durch eine Infektion mit Bakterien verursacht wird. Wir leisten nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und Sie uns diese nachweisen:

- Das Kind der versicherten Person ist nicht HIV-infiziert.
- Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben. Dauerhaft bedeutet, dass die Verluste voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauern. Die Verluste müssen erhebliche dauerhafte Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten zur Folge haben. Dies sind zum Beispiel geistige Retardierung, schwere Sprachstörungen oder schwere Lähmungserscheinungen.
- Diese neurologischen Funktionsausfälle sind zusätzlich in Zerstörungen oder Substanzverlusten des zentralen Nervensystems nachzuweisen.
  Die Nachweise müssen erfolgen mit
  - medizinischen apparativen Untersuchungen wie bildgebenden Röntgen-Verfahren,
  - Messungen der Nervenfunktion,
  - technisch vergleichbaren Verfahren oder
  - künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion.

4. Hirngewebeentzündung (Enzephalitis)

Hirngewebeentzündung im Sinne der Bedingungen ist eine Entzündung des Gehirns, einer Hirnhälfte, des Hirnstamms oder des Kleinhirns, evtl. mit Beteiligung der Hirnhäute (Meningoenzephalitis). Die Entzündung wird gewöhnlich durch Viren oder Bakterien verursacht. Wir leisten nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und Sie uns diese nachweisen:

- Das Kind der versicherten Person ist nicht HIV-infiziert.
- Die Entzündung muss wesentliche Komplikationen zur Folge haben.
- Die wesentlichen Komplikationen müssen von mindestens dreimonatiger Dauer sein.
- Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben. Dauerhaft bedeutet, dass die Verluste voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauern. Die Verluste müssen erhebliche dauerhafte Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten zur Folge haben. Dies sind zum Beispiel geistige Retardierung, schwere Sprachstörungen oder schwere Lähmungserscheinungen.
- Diese neurologischen Funktionsausfälle sind zusätzlich in Zerstörungen oder Substanzverlusten des zentralen Nervensystems nachzuweisen.
  Die Nachweise müssen erfolgen mit
  - medizinischen apparativen Untersuchungen wie bildgebenden Röntgen-Verfahren,
  - Messungen der Nervenfunktion,
  - technisch vergleichbaren Verfahren oder
  - künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion.

5. Lähmung

Lähmung im Sinne der Bedingungen ist die vollständige und dauerhafte Lähmung als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit. Wir leisten nur, wenn zwei Arme oder zwei Beine oder eine Körperhälfte vollständig und dauerhaft gelähmt sind. Dauerhaft bedeutet, dass die Lähmung voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren besteht.

6. Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Kinderlähmung im Sinne der Bedingungen ist eine schwere Infektion durch das Poliovirus. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und Sie uns diese nachweisen:

- Die Infektion führt zu Lähmungserscheinungen, die sich in Form von dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, eingeschränkter Atmungsfunktion oder eingeschränkten Bewegungsfähigkeiten (motorischen Fähigkeiten) äußern.
- Die Infektion verursacht ein neurologisches Defizit, das sich in Form von dauerhaften, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernden Lähmungen in mindestens einer Gliedmaße äußert.

7. Hirntumor (Gutartiger Hirntumor bzw. benigner Hirntumor)

Ein gutartiger oder benigner Gehirntumor im Sinne der Bedingungen ist ein lebensbedrohlicher, nicht bösartiger Tumor des Gehirns. Wir leisten, wenn die beiden folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Klinische Zeichen des Hirndruckes sind als Folge des Tumors nachweisbar. Dies sind zum Beispiel als Zeichen am Sehnerv das Papillenoedem, Hirnleistungsstörung, epileptische Anfälle oder Beeinträchtigungen der Bewegung (motorische) oder der Empfindung (sensorische).
- Mindestens eine der folgenden Bedingungen ist erfüllt und Sie weisen uns diese nach:
  - Der Tumor wurde durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt.
  - Die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie wurde begonnen.

- Es ist nur noch eine palliative Behandlung möglich.

Besondere Wartezeit bei einem Gutartigen (Benignen) Gehirntumor und Leistungsausschlüsse:

- Zusätzlich zu den Regelungen nach § 1 Abschnitt II Absatz 6 haben Sie keinen Anspruch auf die Versicherungsleistung, wenn
  1. erstmalige Symptome innerhalb der ersten 12 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten oder
  2. eine Diagnose eines benignen Gehirntumors innerhalb der ersten 12 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt.

  Wenn Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen, gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.
- Nicht unter den Versicherungsschutz fallen: Cysten, Verkalkungen, Granulome, Abszesse, Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Tumore der Gehirnanhangsdrüse und der Zirbeldrüse.

8. Blindheit

Blindheit im Sinne der Bedingungen ist die klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehschärfe (Visus).
Die Blindheit muss als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls auftreten.
Wir leisten nur, wenn die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sind und Sie uns diese nachweisen:

- Einer dieser beiden Fälle liegt vor:
  - Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln nicht mehr als 6/60 oder 20/200 oder
  - das Sehfeld auf beiden Augen ist auf maximal 20° beschränkt.
- Nach allgemeiner medizinischer Meinung kann die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel nicht derart verbessert werden, dass
  - die Sehschärfe auf dem schlechteren Auge auf mehr als 6/60 oder 20/200 verbessert würde und
  - das Sehfeld auf einem Auge mehr als 20° betragen würde.

9. Verlust von Gliedmaßen

Verlust von Gliedmaßen im Sinne der Bedingungen ist der vollständige und dauerhafte Verlust von mindestens zwei Gliedmaßen oberhalb der Hand und/oder oberhalb des Fußes.

10. Schwere Kopfverletzung

Eine Schwere Kopfverletzung im Sinne der Bedingungen ist eine durch Unfall verursachte Kopfverletzung, die durch äußere Krafteinwirkung herbeigeführt wurde.
Wir leisten nur, wenn die folgende Bedingung erfüllt ist und Sie uns diese nachweisen: Die Schwere Kopfverletzung muss zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:

- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft nicht in der Lage,
  - ohne Hilfsmittel eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen,
  - ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.

  Hilfsmittel sind zum Beispiel eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl.
- Das Kind der versicherten Person ist auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße dauerhaft nicht in der Lage,
  - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft nicht in der Lage,
  - ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.

  Dauerhaft bedeutet, dass die jeweilige Einschränkung voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren besteht.

11. Koma

Koma im Sinne der Bedingungen ist ein Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse. Wir leisten nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und Sie uns diese nachweisen:

- Der Zustand muss für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden andauern und während dieser Zeit eine künstliche Beatmung erfordern.
- Der Zustand wurde nicht als künstliches Koma im Rahmen der medizinischen Behandlung herbeigeführt.
- Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben. Dauerhaft bedeutet, dass die Verluste voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauern. Die Verluste müssen erhebliche dauerhafte Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten zur Folge haben. Dies sind zum Beispiel geistige Retardierung, schwere Sprachstörungen oder schwere Lähmungserscheinungen.

- Diese neurologischen Funktionsausfälle sind zusätzlich in Zerstörungen oder Substanzverlusten des zentralen Nervensystems nachzuweisen.
  Die Nachweise müssen erfolgen mit
  - medizinischen apparativen Untersuchungen wie bildgebenden Röntgen-Verfahren,
  - Messungen der Nervenfunktion,
  - technisch vergleichbaren Verfahren oder
  - künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion.

Wir leisten auch, wenn das Kind der versicherten Person

- für einen Zeitraum von mindestens zwei Monaten in einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse gelegen hat,
- dieser Zustand andauert und
- kein künstliches Koma als Therapiemaßnahme ist. Die Dauer darf auch nicht durch eine Verlängerung des komatösen Zustandes aus therapeutischen Gründen zustande gekommen sein.
  Das bedeutet: Die in § 1 Abschnitt II Absatz 6 genannte Frist von 28 Tagen wird in diesem Fall durch zwei Monate ersetzt.

12. Schwerer Unfall

Ein Unfall ist gekennzeichnet durch ein plötzlich von außen auf den Körper des Kindes der versicherten Person einwirkendes Ereignis. Der Unfall ist schwer, wenn es zu mindestens einer der folgenden Beeinträchtigungen kommt:

- Vollständige und dauerhafte Lähmung von zwei Armen oder zwei Beinen oder einer Körperhälfte voraussichtlich über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren.
- Schwere Kopfverletzung mit neurologischem Defizit, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen erfüllt: Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel
  - eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen,
  - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen,
  - über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.

  Dauerhaft bedeutet, dass die jeweilige Einschränkung mindestens voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren besteht.
- Tiefe Bewusstlosigkeit von mindestens 96 Stunden ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse.

Die Diagnose müssen Sie durch einen Arzt für Neurologie oder Chirurgie nachweisen.

13. Verlust der Sprache

Der Verlust der Sprache im Sinne der Bedingungen bedeutet: Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren. Dauerhaft bedeutet, dass diese Einschränkung voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren besteht.
Der Verlust der Sprache gilt erst ab dem vollendeten dritten Lebensjahr als versichert. Nicht versichert ist der Verlust der Sprache bei Entwicklungsstörungen oder psychischen Störungen.

Anhang II: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)

Beitragsreduktion
Beitragsreduktion bezeichnet eine Form der *»Überschussbeteiligung* in der leistungsfreien Zeit. Wir verwenden die jährlich zugeteilten *»Überschüsse*, um Ihren zu zahlenden Beitrag zu verringern. Näheres finden Sie in § 11.

Beitragszahlweise
Die Beitragszahlweise ist der Rhythmus, in dem Sie Ihre Beiträge zahlen: monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die Zahlweise haben Sie bei Abschluss des Vertrags festgelegt.

Bewertungsreserven
Bewertungsreserven sind die Differenz aus dem Marktwert von Kapitalanlagen und dem Wert, den wir in der Bilanz ausweisen. Dieser kann wegen gesetzlicher Vorschriften geringer sein als der Marktwert (Niederstwertprinzip).

Deckungskapital
Das Deckungskapital ist der Wert, der einem Versicherungsvertrag zu einem bestimmten Zeitpunkt des Versicherungsverlaufs zugeordnet wird. Er wird mittels anerkannter Regeln der Versicherungsmathematik berechnet. Er ergibt sich als Differenz zukünftiger erwarteter Versicherungsleistungen sowie *»Kosten* und zukünftig erwarteter Beiträge. Für die Berechnung beitragsfreier Leistungen erhöhen wir das Deckungskapital auf den Betrag, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Diesen Wert bezeichnen wir als "garantiertes Guthaben". Das garantierte Guthaben ist daher in den ersten fünf Vertragsjahren höher als das Deckungskapital.

Deckungsrückstellung
Die Deckungsrückstellung ist der Wert, den wir in der Bilanz für unsere vertraglichen Verpflichtungen ansetzen. Diese Verpflichtungen entstehen dadurch, dass wir immer in der Lage sein müssen, die vertraglich vereinbarten Leistungen zu erbringen.

Garantierte Leistungen (versicherte Rente)
Die garantierte versicherte Rente ist die versicherte Leistung, die Sie mit uns für den *»Leistungsfall* vereinbart haben. Zusätzlich zur garantierten Leistung können Sie eine Leistung aus der *»Überschussbeteiligung* erhalten, die nicht garantiert ist. Die Höhe der garantierten Leistungen finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*.

Gebühr
Sie zahlen Gebühren, wenn Sie einen Aufwand verursachen, der bei normalem Verlauf des Vertrags nicht entstanden wäre. Ein Beispiel: Sie zahlen Ihre Beiträge per Lastschrift. Ihre Bank kann die Lastschrift aber nicht einlösen, weil nicht genügend Geld auf Ihrem Konto ist. Dafür berechnet die Bank uns dann Gebühren, die wir an Sie weiterreichen. Anders als *»Kosten* zahlen Sie Gebühren zusätzlich zu Ihren Beiträgen. Die Höhe der Gebühren kann sich im Vertragsverlauf ändern. Die bei Abschluss des Vertrages aktuellen Gebühren finden Sie in Ihren Unterlagen. Im weiteren Vertragsverlauf nennen wir Ihnen gern die jeweils aktuellen Gebühren. Mehr dazu finden Sie auch in § 13.

Gesundheitsprüfung
Die Gesundheitsprüfung ist Teil der *»Risikoprüfung*. Vor Abschluss einer Versicherung stellen wir Fragen zu der Gesundheit der zu versichernden Person. Mit diesen Antworten schätzen wir ein, ob wir den Antrag zu normalen Bedingungen annehmen. Falls Vorerkrankungen vorliegen, können wir Zuschläge auf den Beitrag verlangen, bestimmte Leistungen ausschließen oder den Antrag ablehnen. Es ist wichtig, dass die Fragen zur Gesundheit richtig beantwortet werden. Denn sonst können wir in bestimmten Fällen vom Vertrag zurücktreten oder Ihnen eine Leistung versagen. Näheres dazu finden Sie in § 6.

Gewinnrente
Gewinnrente bezeichnet eine Form der *»Überschussbeteiligung*. Wir verwenden die jährlich zugeteilten *»Überschüsse*, damit Sie eine höhere Rente im Versicherungsfall erhalten. Wenn in einem Jahr keine *»Überschüsse* anfallen, bleibt die Rente gleich.

HGB
Abkürzung für Handelsgesetzbuch.

Inkrafttreten (beispielsweise einer Beitragsfreistellung)
Bei diesem Inkrafttreten wird zum Beispiel eine Beitragsfreistellung wirksam. Dies geschieht am ersten Tag eines Monats.

Kosten
Für den Abschluss und die Verwaltung Ihres Vertrags zahlen Sie Abschluss- und Verwaltungskosten. Im Gegensatz zu den *»Gebühren* sind diese Kosten bereits in Ihren Beiträgen enthalten. Sie müssen sie nicht zusätzlich zahlen. Mehr zu den Abschlusskosten finden Sie in § 12. Wie hoch die Kosten für Ihren Vertrag genau sind, finden Sie in Ihrem Informationsblatt.

Leistungsdauer
Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, in dem wir die vereinbarte Rentenleistung höchstens erbringen. Das Ende der Leistungsdauer kann nach dem Ende der *»Versicherungsdauer* liegen.

Ein Beispiel für Sie: Tritt der *»Leistungsfall* (in der Regel die Berufsunfähigkeit) in der *»Versicherungsdauer* ein, erbringen wir die Leistung (die versicherte Rente) bis zum Ende der Leistungsdauer. Sie finden die Leistungsdauer in Ihrem *»Versicherungsschein*.

Leistungsfall
Der Leistungsfall ist das Ereignis, das die vertraglich vereinbarten Leistungen auslöst. Das kann beispielsweise der Eintritt einer Berufsunfähigkeit sein.

Natürliche Person
Juristische Personen sind beispielsweise Unternehmen. Im Gegensatz dazu sind natürliche Personen Menschen. Diese Bezeichnung tritt meist im Zusammenhang mit Rechten und Pflichten auf, die diese Personen haben.

Rechnungsgrundlagen
Rechnungsgrundlagen sind die Daten, auf denen die Kalkulation unserer Tarife beruht. Dazu gehören der garantierte Zins, die *»Kosten* und die Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt der einzelnen Risiken.

Rentenzahlungsperiode
Die Rentenzahlungsperiode richtet sich nach der *»Rentenzahlweise.* Bei Abschluss des Vertrags entscheiden Sie sich für eine monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche *»Rentenzahlweise*. Die Rentenzahlungsperioden legen wir vom *»Stammtag* der Versicherung aus fest. Ist der *»Stammtag* der Versicherung beispielsweise der 1. Juli bei halbjährlicher *»Rentenzahlweise*, so gibt es jährlich zwei Rentenzahlungsperioden: vom 1. Juli bis zum 31. Dezember und vom 1. Januar bis zum 30. Juni.

Rentenzahlweise
Die Rentenzahlweise ist der Rhythmus, in dem wir die versicherte Rente zahlen: monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die Zahlweise haben Sie bei Abschluss des Vertrags festgelegt.

Risikoprüfung
Vor Abschluss der Versicherung und gegebenenfalls bei der Erhöhung von Leistungen oder deren Umfang stellen wir Ihnen verschiedene Fragen. Diese betreffen die Gesundheit der versicherten Person (*»Gesundheitsprüfung*), aber auch beispielsweise ihren Beruf oder ihr Einkommen. Es ist wichtig, dass Sie die Fragen richtig beantworten. Anhand der Antworten schätzen wir ein, ob wir den Antrag oder die Änderung wie von Ihnen gewünscht annehmen.

Rückkaufswert
Der Rückkaufswert entspricht dem Wert des garantierten *»Deckungskapitals* zum Zeitpunkt einer Kündigung oder Beitragsfreistellung. Aus dem Rückkaufswert ermitteln wir den Betrag, den wir für die Berechnung beitragsfreier Leistungen zugrunde legen. Mehr zur Beitragsfreistellung finden Sie in § 22. Die konkrete garantierte Höhe des Rückkaufswerts und der zugehörigen beitragsfreien Leistung bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrags finden Sie beispielsweise in Ihrem *»Versicherungsschein*.

Sofortbonus
Sofortbonus bezeichnet eine Form der *»Überschussbeteiligung* in der leistungsfreien Zeit. Wir verwenden die jährlich zugeteilten *»Überschüsse,* um Ihre versicherte Rente oder die Einmalleistung im *»Leistungsfall* zu erhöhen. Näheres finden Sie in § 11.

Stammtag
Der Stammtag ist der erste Tag des Kalendermonats, in dem die Versicherung abläuft. Wenn Ihre Versicherung beispielsweise an einem 1. September abläuft, ist der 1. September eines jeden Jahres Stammtag Ihrer Versicherung. Den Ablauftermin Ihrer Versicherung finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*. Wenn Sie Ihre Vertragsdauer verlängern (siehe § 17), ändert sich dadurch jedoch nicht Ihr Stammtag.

Textform
Die Textform ist eine Form für die Abgabe von Willenserklärungen im Rechtsverkehr (beispielsweise auf Papier oder in einer E-Mail). Eine Unterschrift ist hier nicht nötig. Gesetzlich geregelt wird die Textform in § 126b BGB (Bürgerliches Gesetzbuch).

Überschussanteil
Der Überschussanteil bezeichnet die Höhe der *»Überschüsse,* die wir einem Vertrag zuweisen. Siehe auch *»Überschusszuteilung.*

Überschussdeklaration
In unserem Geschäftsbericht veröffentlichen wir die Überschussdeklaration. Dort informieren wir über die Höhe der *»Überschussanteile* für die einzelnen Tarife in einem Kalenderjahr. Sie finden den jeweils aktuellen Geschäftsbericht im Internet unter www.barmeniagothaer.de.

Überschuss, Überschussbeteiligung
Überschüsse entstehen, wenn weniger *»Leistungsfälle* eintreten oder wir höhere Zinsen erwirtschaften, als wir bei unserer Berechnung angenommen haben. Sie können auch entstehen, wenn die *»Kosten* geringer sind, als wir ursprünglich angenommen haben. Durch die Überschussbeteiligung geben wir die erzielten Überschüsse an die einzelnen Verträge weiter.

Überschussverwendung
Die Überschussverwendung ist die Art und Weise, wie wir *»Überschüsse* den Verträgen bei der *»Überschussbeteiligung* zuteilen. Das kann zum Beispiel eine *»Beitragsreduktion,* ein *»Sofortbonus* oder eine *»Gewinnrente* sein. Näheres finden Sie in § 11.

Überschusszuteilung
Die Überschusszuteilung bezeichnet die Höhe der *»Überschüsse**,*** die wir einem Vertrag zuweisen.

VAG
Abkürzung für Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz).

Verantwortlicher Aktuar
Der Verantwortliche Aktuar stellt unter anderem sicher, dass wir die vertraglich zugesagten Leistungen erbringen können. Dafür prüft er beispielsweise, ob die berechneten Beiträge ausreichend sind. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, einen Verantwortlichen Aktuar zu bestellen.

Verbrechen
Ein Verbrechen ist eine rechtswidrige Tat, die mit einer Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr bestraft wird.

Vergehen
Ein Vergehen ist eine rechtswidrige Tat, für die die Mindest-Freiheitsstrafe unter einem Jahr liegt. Vergehen können auch mit einer Geldstrafe bestraft werden.

Versicherungsdauer
Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum vom Beginn bis Ende der Versicherung. Sie finden die Versicherungsdauer in Ihrem *»Versicherungsschein*.

Versicherungsperiode
Die Versicherungsperiode richtet sich nach der *»Beitragszahlweise**.*** Bei Abschluss des Vertrags entscheiden Sie sich für eine monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche *»Beitragszahlweise*. Die Versicherungsperioden legen wir vom *»Stammtag* der Versicherung aus fest.
Ist der *»Stammtag* der Versicherung beispielsweise der 1. Juli bei halbjährlicher *»Beitragszahlweise,* so gibt es jährlich zwei Versicherungsperioden: vom 1. Juli bis zum 31. Dezember und vom 1. Januar bis zum 30. Juni.

Versicherungsschein
Der Versicherungsschein ist die Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag.

VVG
Abkürzung für Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).

Wiederherstellung, Wiederinkraftsetzung
Wenn Ihr Vertrag für einen gewissen Zeitraum beitragsfrei war, können Sie unter bestimmten Umständen die Beitragszahlung wieder aufnehmen. Dann sprechen wir von einer Wiederherstellung oder Wiederinkraftsetzung. Näheres dazu erfahren Sie in § 24.

Wirksamkeitstermin (beispielsweise einer Kündigung)
Der Wirksamkeitstermin ist der erste Tag in einem Monat, in dem beispielsweise eine Kündigung wirksam wird.

Allgemeine Bedingungen
für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

für Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer bieten wir vorläufigen Versicherungsschutz entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

§ 1
Was ist vorläufig versichert?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle gemäß den Absätzen 2 bis 5, die aus einem Unfall resultieren, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eintritt. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine dauerhafte Gesundheitsschädigung erleidet.
Bei der Risikolebensversicherung Premium besteht der vorläufige Versicherungsschutz auch für Versicherungsfälle gemäß Absatz 2, die nicht aus einem Unfall resultieren.

(2) Verstirbt die zu versichernde Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes, zahlen wir die zu Beginn der beantragten Versicherung vorgesehene Todesfallleistung, höchstens jedoch 100.000 Euro.

(3) Haben Sie eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung beantragt, zahlen wir die beantragte Hinterbliebenenleistung, wenn die versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes stirbt, höchstens jedoch 12.000 Euro jährlich.

(4) Haben Sie Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits-, Pflegebedürftigkeits-, Flugdienstuntauglichkeits- bzw. Grundfähigkeitsschutz beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Invalidität, Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Flugdienstuntauglichkeit bzw. der Verlust einer Grundfähigkeit ein, zahlen wir, wenn uns die Invalidität, Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Flugdienstuntauglichkeit bzw. der Verlust der Grundfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem bzw. seinem Eintritt angezeigt worden ist
   a. soweit eine Rentenleistung vereinbart ist, die beantragte Berufsunfähigkeits-, Pflege-, Flugdienstuntauglichkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente, höchstens jedoch 24.000 Euro jährlich;
   b. die Leistungen aus einer beantragten Beitragsbefreiung, wenn die Hauptversicherung zustande gekommen ist und solange sie nicht beendet ist, höchstens jedoch 6.000 Euro jährlich;
   c. soweit eine Einmalleistung vereinbart ist, die vorgesehene Leistung bei Invalidität, Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit, höchstens jedoch 50.000 Euro.

   Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn keine Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Flugdienstuntauglichkeit bzw. kein Verlust der Grundfähigkeit mehr besteht.

(5) Haben Sie Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit beantragt, zahlen wir die zu Beginn der beantragten Versicherung vorgesehene Leistung, wenn während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine schwere Krankheit eintritt, höchstens jedoch 50.000 Euro.

(6) Ist für die versicherte Person mehrfach Versicherungsschutz bei uns beantragt, gelten die Höchstbeträge aus den Absätzen 2 bis 5 aus allen beantragten Versicherungen zusammen.

§ 2
Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz sind, dass
   a. der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
   b. der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder bei uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist. Bei Vermögensbildungsversicherungen reicht es aus, wenn uns der Antrag auf Überweisung vermögenswirksamer Leistungen durch den Arbeitgeber vorliegt. Für Verträge, die im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung abgeschlossen werden, gelten diese Voraussetzungen nicht;
   c. Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben und
   d. Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Bedingungen bewegt.

216840 - 10.26

§ 3
Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht.

(2) Er endet, wenn
a. der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
b. wir Ihren Antrag abgelehnt haben;
c. Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
d. Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben oder
e. der Einzug des Einlösungsbeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist.

§ 4
In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

(2) Tritt der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen ein, soweit die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, entfällt unsere Leistungspflicht.

(3) Tritt der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen ein, entfällt unsere Leistungspflicht, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 5
Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag; erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht den Beiträgen des beantragten Versicherungsvertrags für die Versicherungsperioden vom vorgesehenen Versicherungsbeginn bis einschließlich des Monats des Eintritts des Versicherungsfalls. Eine Versicherungsperiode umfasst bei jährlicher oder einmaliger Beitragszahlung ein Jahr, bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist das Entgelt somit der einmalige Beitrag. Tritt der Versicherungsfall vor dem beantragten Versicherungsbeginn ein, berechnen wir den Beitrag des beantragten Versicherungsvertrags für eine Versicherungsperiode. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den entsprechenden Tarifbeitrag für die Höchstsumme und -rente gemäß § 1. Wurde bei Verträgen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung noch kein Beitrag gezahlt, können wir das fällige Entgelt mit der Leistung verrechnen.

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

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, gelten die Allgemeinen Bedingungen für die beantragte Versicherung, einschließlich derjenigen für mitbeantragte Zusatzversicherungen. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.

(2) Ein im Antrag festgelegtes Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Allgemeine Kundeninformationen

Informationen zum Versicherer

- **Gesellschaftsangaben**
  (Identität des Versicherers)

BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG

Rechtsform	Aktiengesellschaft
Registergericht und Registernummer	Amtsgericht Köln, HRB 56769
Vorsitzender des Aufsichtsrats	Dr. h. c. Josef Beutelmann
Vorsitzende des Vorstands	Alina vom Bruck
Vorstand	Thomas Bischof Dr. Sylvia Eichelberg Harald Ingo Epple Dr. Andreas Eurich Frank Lamsfuß Christian Ritz Oliver Schoeller

- **Ladungsfähige Anschrift**

Postanschrift	50598 Köln
Hausanschrift	Arnoldiplatz 1 50969 Köln

- **Niederlassungen im Inland**

Es bestehen keine Niederlassungen im Inland.

- **Niederlassungen im EU-Gebiet und dortige Vertreter**

Es bestehen keine Niederlassungen im EU-Gebiet.

- **Hauptgeschäftstätigkeit**

Direkter und indirekter Betrieb der Lebens- und Rentenversicherung in allen ihren Arten und damit verbundenen Zusatzversicherungen.

Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Ansprechpartner zur außergerichtlichen Schlichtung

Ihre individuelle, persönliche und kompetente Beratung ist unser Ziel.
Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an die gesetzlich vorgesehene Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten:

- **Versicherungsombudsmann**

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Ihr Recht, unmittelbar den Rechtsweg zu beschreiten, wird durch diese Einrichtungen nicht berührt.

Garantie- / Sicherungsfonds
(Entschädigungsregelungen)

Zur Absicherung der Ansprüche aus dieser Versicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds bei der

Protektor Lebensversicherung AG
Wilhelmstr. 43G
10117 Berlin
Internet: www.protektor-ag.de

Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen.
Die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an, so dass die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag auch für den unwahrscheinlichen Fall der Insolvenz der BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG gesichert sind.

Informationen zur Versicherungsleistung und zum Gesamtbeitrag

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, wie Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistungen **sowie den Gesamtbeitrag** (Gesamtpreis und eingerechnete Kosten) haben wir Ihnen bereits im Vorschlag genannt.

Informationen zum Vertrag

• **Gültigkeitsdauer von Vorschlägen und sonstigen vorvertraglichen Angaben**	Grundsätzlich haben die Ihnen für den Abschluss eines Versicherungsvertrages zur Verfügung gestellten Informationen eine befristete Gültigkeitsdauer. Dies gilt sowohl bei unverbindlichen Werbemaßnahmen (Broschüren, Annoncen, etc.) als auch bei Vorschlägen und sonstigen Preisangaben. Sofern in den Unterlagen keine Gültigkeitsdauer angegeben ist, halten wir uns an die gemachten Angaben vier Wochen gebunden. Danach unterbreiten wir Ihnen gerne einen neuen Vorschlag.
• **Bindefrist**	Sie sind an Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages einen Monat gebunden.
• **Zustandekommen des Vertrages**	Grundsätzlich kommt der Versicherungsvertrag durch Ihre und unsere inhaltlich übereinstimmenden Vertragserklärungen (Willenserklärungen) zustande, wenn Sie Ihre Vertragserklärung nicht innerhalb von zwei Wochen widerrufen.
• **Laufzeit des Vertrages**	Die Vertragsdauer entnehmen Sie dem Vorschlag.
• **Beendigung des Vertrages**	Einzelheiten entnehmen Sie den Versicherungsbedingungen.
• **Vertragssprache**	Sämtliche das Vertragsverhältnis betreffende Informationen und Kommunikation finden in deutscher Sprache statt.
• **Anwendbares Recht**	Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.
• **Gerichtsstand**	Ansprüche gegen uns als Versicherer können Sie vor dem Gericht an Ihrem Wohnort bzw. gewöhnlichen Aufenthaltsort oder vor dem Landgericht in Köln (Sitz der Gesellschaft) geltend machen.

Gebührenkatalog für die Berufsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen

Für Geschäftsvorfälle, die aus von Ihnen veranlassten Gründen einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand verursachen, erheben wir eine pauschale Gebühr. Die Gebühr wird Ihnen gesondert in Rechnung gestellt. Welche Geschäftsvorfälle in Ihrem Tarif möglich sind, entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Die Höhe der Gebühr können wir nicht auf Dauer garantieren. Den aktuellen Wert teilen wir Ihnen auf Anfrage mit.

Geschäftsvorfall	**Höhe der Gebühr**
Erstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein (oder von Abschriften)	25 EUR
schriftliche Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen	1 EUR
Rückläufer im Lastschriftverfahren	entspricht der Gebühr, die uns die Bank in Rechnung stellt
Durchführung von Vertragsänderungen wie z.B. - Änderung hinsichtlich Höhe oder Fälligkeit von Beiträgen - Änderung der versicherten Leistung - Verlegung des vereinbarten Ablauftermins	25 EUR

Die Höhe der Gebühr entspricht den in solchen Fällen im Durchschnitt anfallenden Kosten. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Gebühr zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt die Gebühr bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

Steuerliche Information für Berufsunfähigkeitsversicherungen

Allgemeine Angaben über die deutsche Steuerregelung

Private Berufsunfähigkeitsversicherung

A) Einkommensteuer

1. Beiträge und Leistungen

Die aufgewendeten Beiträge zu privaten Berufsunfähigkeitsversicherungen gehören zu den sonstigen Vorsorgeaufwendungen im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 3a EStG und sind im Rahmen der Höchstbeträge steuerlich abzugsfähig. Ein Sonderausgabenabzug wirkt sich aus, soweit die Höchstbeträge nicht bereits durch andere Vorsorgeaufwendungen ausgeschöpft sind.
Renten aus Berufsunfähigkeitsversicherungen gehören zu den sonstigen Einkünften gemäß § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb EStG und sind als abgekürzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil aus § 55 EStDV zu versteuern.
Kapitalleistungen aus Berufsunfähigkeitsversicherungen unterliegen nicht der Einkommensteuer.
Die Auszahlung von Kapitalleistungen bei Rückkauf oder im Erlebensfall ist grundsätzlich nicht steuerbar. Bei fondsgebundenen Berufsunfähigkeitsversicherungen kann im Hinblick auf die Möglichkeit der vollständigen oder teilweisen Auszahlung des Vertragsguthabens bei überdurchschnittlicher Wertentwicklung derzeit nicht ausgeschlossen werden, dass eine Besteuerung des Unterschiedsbetrags zwischen der Versicherungsleitung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge erfolgen muss.

2. Rentenbezugsmitteilungen

Werden Renten ausgezahlt, ist die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG nach § 22a EStG verpflichtet, Rentenbezugsmitteilungen an die zentrale Stelle zu senden. Der Leistungsempfänger ist verpflichtet, der BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG zum Zwecke der Rentenbezugsmitteilung seine Identifikationsnummer mitzuteilen. Die Rentenbezugsmitteilungen erfolgen auch, wenn der Leistungsempfänger den Wohnsitz im Ausland hat.

3. Beschränkte Einkommensteuerpflicht

Hat der Leistungsempfänger in Deutschland weder einen Wohnsitz noch seinen gewöhnlichen Aufenthalt, unterliegen die Renten in Deutschland grundsätzlich der beschränkten Einkommensteuerpflicht (§ 49 Abs. 1 Nr. 7 EStG). Zusätzlich sind die Bestimmungen des jeweiligen Doppelbesteuerungsabkommens zu beachten.

B) Vermögensteuer

Eine Vermögensteuer wird derzeit nicht erhoben.

C) Erbschaft-/ Schenkungsteuer

Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, ist sie nicht erbschaftsteuerpflichtig.
Ansprüche oder Leistungen aus Berufsunfähigkeitsversicherungen unterliegen der Erbschaft-/Schenkungsteuer, wenn sie auf Grund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z.B. auf Grund eines Bezugsrechtes oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.
Werden Versicherungssummen oder Leibrenten einem anderen als dem Versicherungsnehmer ausgezahlt oder zur Verfügung gestellt, ist die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG verpflichtet, dies dem Finanzamt anzuzeigen.

D) Versicherungsteuer

Versicherungsbeiträge verstehen sich immer netto, d.h. zuzüglich etwaiger Versicherungsteuer.
In Deutschland unterliegt der Versicherungsbeitrag nicht der Versicherungsteuer für eine Versicherung, durch die Ansprüche auf Leistungen begründet werden im Fall der Berufs- oder der Erwerbsunfähigkeit oder der verminderten Erwerbsfähigkeit, sofern diese Ansprüche der Versorgung der versicherten Person oder der Versorgung von nahen Angehörigen der versicherten Person im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetzes oder von Angehörigen der versicherten Person im Sinne des § 15 der Abgabenordnung dienen (§ 4 Abs. 1 Nr. 5 VersStG).
Sollten sich die Umstände, die die Steuerfreiheit berühren, ändern, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer mitzuteilen. Sobald die Voraussetzungen der Steuerfreiheit wegfallen, kommt es zu einer Nachversteuerung und einer Nachbelastung (§ 9 VersStG).
Hat der Versicherungsnehmer den Wohnsitz im Ausland, sind die steuerlichen Regelungen des ausländischen Staates zu beachten.

E) Umsatzsteuer

Der Versicherungsbeitrag und die Versicherungsleistung sind nach § 4 Nr. 10 Buchstabe a UStG von der Umsatzsteuer befreit.

Hinweis

Die Ausführungen zur steuerlichen Behandlung beruhen auf dem zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Druckstückes (08/2026) geltenden Steuerrecht. Bitte beachten Sie mögliche Änderungen durch Gesetze, Verordnungen, Rechtsprechung oder Verwaltungsanweisungen. Die Ausführungen wurden mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt, aber ohne Gewähr für Richtigkeit und Vollständigkeit. Eine Haftung kann nicht übernommen werden. Diese Informationen ersetzen nicht die steuerliche Beratung im individuellen Einzelfall. Für weitergehende Informationen wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.

29-385 – 09.2026

Dienstleisterliste

Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG *)
Barmenia Krankenversicherung AG *)
Barmenia Versicherungen a.G.*)
BarmeniaGothaer Asset Management AG
BarmeniaGothaer AG *) **)
BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG *)
Gothaer Allgemeine Versicherung AG *)
Gothaer Beratung und Vertriebsservice GmbH
Gothaer Invest- und Finanzservice GmbH
Gothaer Krankenversicherung AG *) **)
Gothaer Pensionskasse AG *)
Gothaer Risk-Management GmbH
Gothaer Versicherungsbank VVaG *)
Gothaer Vertriebs-Service AG
GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH
Janitos Versicherung AG

Einzelnennung wesentlicher Dienstleister, die nach Bedarf personenbezogene Daten verarbeiten

Auftraggeber	Auftragnehmer	Hauptgegenstand des Auftrags
Versicherungsgesellschaften (siehe *))	BarmeniaGothaer Asset Management AG	Durchführung des Meldewesens, Ertragsplanung, Solvency II Berichtswesen, Bewertungen
	BarmeniaGothaer AG	Beschwerdemanagement, Bestandsverwaltung, Business Continuity Management, Datenschutz, Geldwäschebeauftragter, Informationslogistik, -sicherheit, IT-Dienstleistungen, (IT-)Einkauf, Produktgestaltung, Rechenzentrum, Recht, Revision, Steuern, Zahlungsverkehr
	Flixcheck GmbH	Digitaler Versand von Dokumenten
	GDV Dienstleistungs-GmbH	Datenaustausch mit der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA)
		Datenaustausch über Schadenverlauf nach § 5 Abs. 7 PflVG
		Digitale Rentenübersicht
		Online Kfz-Zulassungsdienst
		Elektronische Versicherungsbestätigungen
		Zentralruf der Autoversicherer
	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.	Markt- und Kalkulationsstatistiken
	Gothaer Beratung und Vertriebsservice GmbH	Kundenbetreuung, Vertriebsservice
	Missmoneypenny Technologies GmbH	Digitale Wallet
	Roland Assistance GmbH	Telefonischer Kundendienst, Schadenbearbeitung
	Versicherungsgesellschaften [siehe *)]	Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitäten in den Vertriebswegen
Barmenia Allgemeine Versicherung AG	Allysca Assistance GmbH	Schadenregulierung Gewerbe-Cyberversicherung & Annahme von Kundenanrufen inkl. Erstschadenaufnahme außerhalb der Servicezeiten
	Assona GmbH	Schadenregulierung bei Elektroartikel Garantieverlängerungen
	Barmenia Krankenversicherung AG	Vertriebssteuerung und Generalvertreter
	Domcura AG	Schadenregulierung im Sachbereich
	Megara GmbH	Schadenregulierung bei Elektroartikeln
	Popsure Deutschland GmbH	Schadenregulierung im Sachbereich
	Schutzgarant GmbH	Schadenregulierung für Annexversicherungen

Auftraggeber	Auftragnehmer	Hauptgegenstand des Auftrags
Barmenia Krankenversicherung AG	COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung
	CorporateHealth – die Gesundheits Company GmbH	Gesundheits-Check-up
	Deutsches Rotes Kreuz Assistance GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
	Deutsches Rotes Kreuz Flugdienst GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
	eKomi Limited	Bewertungsplattform für Kundenzufriedenheit
	Global Medical Management, Inc. (GMMI)	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
	healthyverse GmbH (dentinostic)	Medizinisches (Zahn-)Telefon
	HL Casework GmbH	Disease-Management-Programme
	IBM Deutschland GmbH	Unterstützungsleistungen bei der manuellen Nachkorrektur
	International SOS Emergency Services GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
	Johanniter Unfall-Hilfe e. V.	Hilfe- und Beratungsleistungen zum Pflegefall
	LM+ Leistungsmanagement GmbH	Leistungsmanagement Joint Venture
	marcapo GmbH	Marketing, Versichertenkarten, Flyer
	MedX Gesellschaft für medizinische Expertise mbH	Leistungsmanagement für stationäre Fälle
	Medgate Deutschland GmbH	Telemedizinische Beratung
	MediExpert GmbH	Betriebliches Gesundheitsmanagement
	MedicalContact AG	Disease-Management-Programme
	NEXNOVA SOFTWARE Solutions GmbH & Co. KG	Prozessoptimierung
	SLH Telemedizin GmbH	Medizinisches Telefon
	Savitar Group Ltd. Assistance	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
	Thieme TeleCare GmbH	Disease-Management-Programme
	West Assistance Medical Management Turkey & Egypt Assistance	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
	Xempus Deutschland GmbH	Portal
	x-ion GmbH	Pflegeheimfinder
Barmenia-Gothaer Lebensversicherung AG	AXA Versicherungsgruppe	Verwaltung von Zahlungsausfallversicherungen
	Barmenia Krankenversicherung AG	Vertriebssteuerung und Generalvertreter
	GBG Consulting für betriebliche Altersversorgung GmbH	Mathematische Gutachten
	Gothaer Krankenversicherung AG	Juristische Unterstützung in der Leistungsbearbeitung
	Johanniter Unfall-Hilfe e.V.	Erbringung von Serviceleistungen
	Pensus Pensionsmanagement GmbH	Pensionsmanagement
Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Gothaer Vertriebs-Service AG	Vertriebsunterstützung und Services
	GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH	Schadenbearbeitung
	Ibi systems GmbH	IT-Hosting zur Beauftragung von Schadendienstleistern
	M&L Communication Marketing GmbH	Druck und Versand von Antragsunterlagen
	Malteser Hilfsdienst gGmbH	Hilfs- und Pflegeleistungen
	Verisk Med GmbH	Medizinische Regulierungsunterstützung
	VST Gesellschaft für Versicherungsstatistik GmbH	Datenverarbeitung zu statistischen Zwecken

Auftraggeber	Auftragnehmer	Hauptgegenstand des Auftrags
Gothaer Krankenversicherung AG	4SIGMA	Betreuung im Bereich Disease- und Versorgungs-Management
	Abbott Rapid Diagnostics Germany GmbH	Kontinuierliche Glukosemessung
	Barmenia Krankenversicherung AG	Leistungsbearbeitung
	CARE	Diagnostik – Hersteller und Lieferant
	Carenetic GmbH, HL Casework GmbH, IMB Consult GmbH, SMB Sanitätshaus Müller Betten, ViaMed GmbH	Medizinische Versorgung, Medizinische Dienstleistungen, Gutachten
	COMPASS Private Pflegeberatung GmbH, MedicProof GmbH	Pflegeberatung
	Declareme GmbH	HealthMe Einkaufsassistenz
	DMS Digital Medical Supply Germany GmbH	Hersteller und Lieferant Telemedizinische Beratung
	Gruner + Jahr Deutschland GmbH	Ballon Meditationsapp
	LM+ Leistungsmanagement GmbH	Leistungsmanagement Joint Venture
	M&L Communication Marketing GmbH	Druck und Versand von Antragsunterlagen
	Med X Gesellschaft für Medizinische Expertise mbH	Leistungsmanagement für stationäre Fälle
	MediExpert GmbH	Betriebliches Gesundheitsmanagement
	Mojo GmbH	Zahnersatz Auktionsportal
	Pregive GmbH	BabyCare Schwangerschaftsvorsorge
	Reha Assist	Pflegeassistance
	RISE	Elektronische Patientenakte, eRezept
	RISK-CONSULTING Prof. Dr. Weyer GmbH	Versicherungsmathematische Dienstleistungen
	TeleClinic GmbH	Telemedizinische Beratung
	Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.	Markt- und Kalkulationsstatistiken
Gothaer Pensionskasse AG	GBG Consulting für betriebliche Altersversorgung GmbH	Mathematische Gutachten
	Gothaer Krankenversicherung AG	Juristische Unterstützung in der Bearbeitung
	BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG	Bestandsverwaltung, -bearbeitung
	Pensus Pensionsmanagement GmbH	Pensionsmanagement
Gothaer Versicherungsbank VVaG	Barmenia Krankenversicherung AG	Vertrieb, Marketing
	Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Bestandsverwaltung, Schadenbearbeitung
	Gothaer Krankenversicherung AG	Leistungsbearbeitung
	GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH	Schadenbearbeitung

Kategorien von Dienstleistern, die nach Bedarf personenbezogene Daten verarbeiten

Dienstleisterkategorie	Hauptgegenstand des Auftrags
Ärzte, Zahnärzte	Beratung, Erstellung von Gutachten, Prüfung von Gutachten
Adressermittler	Adressprüfung
Archivierungsunternehmen	Archivierung von Akten
Assisteure	Assistanceleistungen, Unterstützung bei der Schadenerfassung, -feststellung, -steuerung sowie der Leistungspflichtprüfung, Serviceleistungen bei bestimmten Unfallversicherungsprodukten: • Hilfeleistung nach einem Unfall • Rehabilitationsmanagement • 24h Informationsdienst mit umfassenden Hilfen bei Notfällen im In- und Ausland
Auskunfteien	Bonitätsprüfung
Bürgschaftsbanken	Übernahme von Darlehensrisiken
Customer Service Center	Telefonischer Kundendienst
Detekteien	Betrugsaufklärung
Entsorger	Vernichtung vertraulicher Unterlagen (Papier und elektronische Datenträger)
Gutachter, Regulierungsdienstleister, Sachverständige	Antrags-, Leistungs-, Schadenbearbeitung, Objektbewertung im Zusammenhang mit Baufinanzierungsdarlehen
Hilfsmittelversorger	Beschaffung von Hilfsmitteln
Inkassounternehmen, Rechtsanwälte	Realisierung von Forderungen, juristische Beratung
IT-Dienstleister	Entwicklung, Betrieb und Wartung von (cloudbasierten) Systemen oder Anwendungen
Lettershop's, Druckereien	Postsendungen, Newsletter
Marketingagenturen, -provider	Marketingaktionen, Vertriebsunterstützung
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
Rehadienste	Rehaassistance-Leistungen
Rückversicherer, Rückversicherungsmakler	Antrags-, Leistungsbearbeitung, Bestandsverwaltung, Analyse von Hochkostenschäden
Sanitätshäuser, Hörgerätespezialisten, Anbieter med. Produkte	Beschaffung von Hilfsmitteln
Scan-Dienstleister	Aufbereitung, Scannen, Archivierung
Servicekartenhersteller, Hersteller Mopedkennzeichen	Kundenkarten, Plaketten für Elektrokleinstfahrzeuge
Vermittler, Assekuradeure	Antrags-, Leistungs-, Schadenbearbeitung, Beratung, Kundenbetreuung, Risikoprüfung, Vertragsverwaltung
Werkstätten, Handwerker	Reparaturen und Sanierungen
Zahlungsdienstleister	Finanztransaktionen