Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung

Inhalt

Kurzvorschlag

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Individuelle Vertragsinformation

Automatische Erhöhung

vorläufiger Versicherungsschutz

PDF-Antrag (inklusive der Datenschutzhinweise)

AVB und sonstige Vertragsunterlagen

Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung Cash+



Versicherte Person

Geburtsdatum:	01.07.1990
Raucherstatus:	Nichtraucher
Beruf:	Facharzt/-ärztin - Innere Medizin

Beginn des Vertrags:	01.12.2026
Ablauf Versicherungsdauer:	01.12.2057 (67 Jahre)
Ablauf Leistungsdauer:	01.12.2057 (67 Jahre)

Ihre Leistungen

Monatliche Berufsunfähigkeits-Rente	3.000,00 EUR
Garantierte Leistungsdynamik	2 % jährlich
Arbeitsunfähigkeitsschutz	für höchstens 36 Monate 3.000,00 EUR
Cash+	einmalig 36.000,00 EUR
Summe Ihrer abgesicherten Berufsunfähigkeits-Renten zu Beginn des Vertrags	1.525.659,00 EUR

Bei der Berechnung Ihrer abgesicherten Berufsunfähigkeits-Renten haben wir Folgendes angenommen: Die Berufsunfähigkeit tritt nach Zahlung des ersten Beitrags ein und hält bis zum Ablauf der Leistungsdauer an. Außerdem haben wir die garantierte Leistungsdynamik berücksichtigt.

Ihr mtl. Beitrag	von	bis	Tarifbeitrag	zu zahlender Beitrag
Baloise Berufsunfähigkeits-versicherung Cash+	01.12.2026	01.12.2057	158,79 EUR	119,09 EUR

- Der zu zahlende Beitrag ist der Tarifbeitrag abzüglich sofort fälliger Überschüsse. Die Überschüsse sind nicht garantiert.
- Beitragsdynamik: Ihre Beiträge erhöhen sich künftig jedes Jahr automatisch um 5 %. Hierdurch erhöhen sich auch Ihre Leistungen.

Wichtige Hinweise

- Dieser Kurzvorschlag enthält nur einige Daten zur vorgeschlagenen Versicherung.
- Bitte beachten Sie die individuelle Vertragsinformation. Nur diese informiert Sie umfassend und maßgeblich.
- Die Ansprüche aus der Versicherung dienen
  - der Versorgung der versicherten Person (= Risikoperson),
  - der Versorgung von nahen Angehörigen nach § 7 des Pflegezeitgesetzes oder
  - der Versorgung von Angehörigen nach § 15 der Abgabenverordnung.

  Deshalb fällt keine Versicherungsteuer auf die Beiträge an (§ 4 Abs. 1 Nr. 5 b VersStG).

Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung Cash+



Für die Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung sprechen zwei entscheidende Argumente: Top-Leistungen und günstige Preise. Sie bietet eine passgenaue Premium-Absicherung, die zuverlässig vor den finanziellen Folgen einer Berufsunfähigkeit schützt. Und das flexibel erweiterbar durch zusätzliche Bausteine.

Die Highlights der Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung

Sehr gute Leistungen zu günstigen Beiträgen
Nicht nur Akademiker und Büroangestellte können sich bei uns bestens finanziell absichern. Auch Elektroniker und Selbstständige erhalten Top-Konditionen. Es ist immer Ihr zuletzt ausgeübter Beruf abgesichert. Sie können auf keinen anderen Beruf verwiesen werden.

Garantierte Leistungsdynamik
Bietet optional einen Inflationsausgleich, indem die Berufsunfähigkeits-Rente im Leistungsfall garantiert um den vereinbarten Prozentsatz jährlich erhöht wird.

Arbeitsunfähigkeitsschutz
Mit diesem Zusatzbaustein erhalten Sie eine Berufsunfähigkeits-Rente auf Krankenschein. Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen krankgeschrieben, zahlen wir die volle Berufsunfähigkeitsrente für bis zu 36 Monate.

Pflegeschutz
Sie erhalten optional eine lebenslange Rente im Pflegefall, solange die versicherte Person pflegebedürftig ist.

Krankheitenschutz
Dieser Baustein leistet eine Soforthilfe in der vereinbarten Höhe, wenn eine von vier festgelegten schweren Krankheiten oder bestimmte Unfallfolgen eintreten.

Cash+
Eine zusätzliche Einmalzahlung, wenn die versicherte Person erstmalig berufsunfähig wird.

Auszeichnungen

5-Sterne-Bewertung im **M&M-Rating** ESG Unternehmen
Weitere Infos: www.morgenundmorgen.com/service/ratings/esg-unternehmen

5-Sterne-Bewertung im **M&M-Rating** Berufsunfähigkeit (Gesamtrating)
Weitere Infos: www.morgenundmorgen.com/service/ratings/berufsunfahigkeit

FFF Selbständige BU bei **Franke und Bornberg**
Weitere Infos:
www.franke-bornberg.de/ratings/arbeitskraftsicherung/berufsunfaehigkeit/selbstaendige-bu

Berufsunfähigkeitsversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

baloise

Unternehmen:
Baloise Lebensversicherung AG Deutschland

Produkt:
Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung

Dieses Produktinformationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen. Dazu gehören die individuelle Vertragsinformation, der Versicherungsantrag, der Versicherungsschein und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Berufsunfähigkeitsversicherung an.

Was ist versichert?

✓ Wenn die versicherte Person bis zum 01.12.2057 berufsunfähig wird, zahlen wir eine monatliche Berufsunfähigkeits-Rente von 3.000,00 EUR. Diese Berufsunfähigkeits-Rente zahlen wir, solange die versicherte Person berufsunfähig ist, längstens bis zum 01.12.2057 .

Die versicherte Person ist berufsunfähig, wenn sie infolge Krankheit, Verletzung des Körpers oder Verfall der Kräfte ihren zuletzt ausgeübten Beruf

- voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen nicht zu mindestens 50 Prozent ausüben kann oder
- sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent nicht ausüben konnte.

Die versicherte Person übt keine andere zumutbare Tätigkeit tatsächlich aus, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann.

✓ Die versicherte Person ist auch berufsunfähig, wenn sie

- für mindestens eine von sechs täglichen gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen
- täglich die Hilfe einer anderen Person benötigt.

✓ Solange wir für die versicherte Person eine Rente zahlen, brauchen Sie keine Beiträge zu zahlen.

✓ Sie haben folgende weitere Leistungen vereinbart:

- Garantierte Leistungsdynamik (2% jährlich)
- Arbeitsunfähigkeitsschutz
- Cash+

Unser Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht überein mit

- dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung im Sozialversicherungsrecht oder
- dem Begriff der Berufsunfähigkeit in der Krankentagegeld-Versicherung.

Was ist nicht versichert?

✕ Individuell ausgeschlossene Vorerkrankungen.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Wenn Sie unwahre oder unvollständige Angaben machen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Mögliche Folgen: Wir zahlen im Versicherungsfall keine oder verminderte Leistungen aus.

In bestimmten Fällen ist unsere Leistung ausgeschlossen. Zum Beispiel in folgenden Fällen:

! Die versicherte Person verursacht die Berufsunfähigkeit vorsätzlich oder im Zusammenhang mit einer Straftat.

! Die versicherte Person ist berufsunfähig geworden, weil sie bei einer inneren Unruhe als Unruhestifter teilgenommen hat oder aktiv an kriegerischen Ereignissen beteiligt war.

! Die Berufsunfähigkeit ist durch Strahlen infolge Kernenergie entstanden.

Wo bin ich versichert?

✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Wir stellen Ihnen vor Abschluss des Vertrags Fragen, zum Beispiel im Antrag. Diese müssen Sie vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.
- Ihre Beiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Wenn Sie Leistungen beantragen, müssen Sie die Berufsunfähigkeit ärztlich nachweisen. Die versicherte Person muss sich gegebenenfalls von Ärzten untersuchen lassen.
- Wenn wir leisten, müssen Sie uns zum Beispiel Folgendes mitteilen: Die versicherte Person nimmt eine berufliche Tätigkeit wieder auf.
- Wenn sich Ihre Anschrift, Ihre Bankverbindung oder Ihr Name ändert, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit. Gleiches gilt, wenn Sie oder eine andere am Vertrag beteiligte Person eine „US-Person“ werden.

Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrags an uns zahlen, jedoch nicht vor dem Beginn der Versicherung. Alle weiteren Beiträge müssen Sie zu den vereinbarten Terminen zahlen. Sie können die Beiträge bequem per Lastschrift von uns einziehen lassen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt,
• wenn Sie den Versicherungsschein erhalten haben oder wir die Annahme des Vertrags bestätigt haben,
• frühestens zu dem im Versicherungsschein genannten Beginn der Versicherung und
• wenn Sie den ersten Beitrag gezahlt haben.
Der Versicherungsschutz endet am 01.12.2057 .

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag jederzeit kündigen. Dann gehen wir wie bei einem Beitrags-Stopp vor. Wir nehmen einen Abzug von 50 % des vorhandenen Deckungskapitals.

Wie hoch sind die Prämie und die Kosten?

Zahlungsweise: Monatlich, jeweils zu Beginn eines jeden Monats.

Beitrag	zu zahlen von	bis	Tarifbeitrag	zu zahlender Beitrag
	01.12.2026	01.12.2057	158,79 EUR	119,09 EUR

Der zu zahlende Beitrag berechnet sich so: Tarifbeitrag abzüglich sofort fälliger Überschüsse. Die sofort fälligen Überschüsse sind nicht garantiert.

Kosten

Die Kosten für Ihren Vertrag sind in den Beiträgen enthalten. Sie müssen die Kosten nicht zusätzlich bezahlen. Die Kosten haben wir vorsichtig angesetzt. Dadurch entstehen in der Regel Überschüsse, an denen wir Sie beteiligen.

Abschluss- und Vertriebskosten	In den ersten fünf Jahren jährlich	287,22 EUR
	Ab dem sechsten Jahr	0,00 EUR
	Die Abschluss- und Vertriebskosten betragen insgesamt	1.436,10 EUR
Übrige Kosten	Jährlich bis zum 01.12.2057	333,02 EUR
	Wenn wir im Leistungsfall eine Rente zahlen (anstelle der vorgenannten Kosten)	1,60 EUR je 100 EUR Rente

Bei den übrigen Kosten handelt es sich vollständig um Verwaltungskosten.

Gebühren

Bei bestimmten Anlässen erheben wir zusätzlich Gebühren. Alle Gebühren finden Sie in der Gebührentabelle bei Ihren Vertragsunterlagen.

Individuelle Vertragsinformation zu Ihrer Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung Cash+

Weitere Grundlagen des Vertrags sind folgende Unterlagen: Das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, der Antrag, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der Versicherungsschein und ggf. zusätzliche Vereinbarungen.

Wer ist versichert?

Versicherte Person	Geburtsdatum	01.07.1990
	Alter bei Beginn des Vertrags	36 Jahre
	Raucherstatus	Nichtraucher
Angaben zum Beruf	Beruf	Facharzt/-ärztin - Innere Medizin
	Berufsstellung	Arbeitnehmer
	Berufsklasse	V0
Beantwortete Zusatzfragen zum Beruf	Haben Sie für Ihren aktuell ausgeübten Beruf die entsprechende Ausbildung?	ja
	Haben Sie einen akademischen Abschluss (Diplom, Bachelor, Master, Magister, Staatsexamen o. Ä.)?	ja
	Wie hoch ist der Anteil der Bürotätigkeit, die am Schreibtisch ausgeübt wird?	100 %
	Für wie viele sozialversicherte Vollzeitmitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung?	0

Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Beginn der Versicherung	01.12.2026	
Ablauf Versicherungsdauer	Ihr Versicherungsschutz endet	mit 67 Jahren am 01.12.2057
Ablauf Leistungsdauer	Unsere Leistung endet spätestens	mit 67 Jahren am 01.12.2057

Welche Leistungen sind versichert?

Tarif	Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung Cash+	BP 25
	Garantierte monatliche Berufsunfähigkeits-Rente	3.000,00 EUR
	Diese Berufsunfähigkeits-Rente zahlen wir, solange die versicherte Person berufsunfähig ist, längstens bis zum 01.12.2057.	

Garantierte Leistungsdynamik	Solange wir eine Berufsunfähigkeits-Rente zahlen, steigt diese garantiert um 2 % jährlich, längstens bis zum 01.12.2057. Solange wir für die versicherte Person eine Berufsunfähigkeits-Rente zahlen, brauchen Sie keine Beiträge zahlen.
Cash+	Wenn die versicherte Person erstmalig berufsunfähig wird, zahlen wir folgende einmalige Leistung: 1 Berufsunfähigkeits-Jahresrente 36.000,00 EUR Die Einmalzahlung leisten wir zusätzlich zur Berufsunfähigkeits-Rente.
Arbeitsunfähigkeitsschutz	Wenn die versicherte Person bis zum 01.12.2057 • arbeitsunfähig wird, • die Arbeitsunfähigkeit mindestens 6 Monate andauert und • keine Berufsunfähigkeit vorliegt, zahlen wir eine monatliche Rente von 3.000,00 EUR. Diese Rente zahlen wir rückwirkend ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit, solange die versicherte Person • arbeitsunfähig ist, • längstens für 36 Monate und • längstens bis zum 01.12.2057. Solange wir für die versicherte Person eine Rente zahlen, brauchen Sie keine Beiträge zahlen.

Wie hoch ist Ihr Beitrag?

Zahlungsweise: Monatlich, jeweils zu Beginn eines jeden Monats.

Beiträge zu zahlen

	von	bis	Tarifbeitrag	zu zahlender Beitrag
Baloise Berufsunfähigkeits-versicherung Cash+	01.12.2026	01.12.2057	158,79 EUR	119,09 EUR

Der zu zahlende Beitrag ist der Tarifbeitrag abzüglich sofort fälliger Überschüsse. Die Überschüsse sind nicht garantiert.

Automatische Erhöhung (Beitragsdynamik): Ihre Beiträge erhöhen sich ab 01.12.2027 jedes Jahr automatisch um 5 %. Hierdurch erhöhen sich auch Ihre Leistungen.

Welche Kosten fallen an?

Die Kosten für Ihren Vertrag sind in den Beiträgen enthalten. Sie müssen die Kosten nicht zusätzlich bezahlen. Die Kosten haben wir vorsichtig angesetzt. Dadurch entstehen in der Regel Überschüsse, an denen wir Sie beteiligen.

Wenn Sie Ihre Beiträge automatisch erhöhen lassen, erhöhen sich die genannten Kosten.

Abschluss- und Vertriebskosten	In den ersten fünf Jahren jährlich	287,22 EUR
	Ab dem sechsten Jahr	0,00 EUR
	Die Abschluss- und Vertriebskosten betragen insgesamt 1.436,10 EUR.	
Übrige Kosten	Bis zum 01.12.2057 jährlich	333,02 EUR
	Wenn wir im Leistungsfall eine Rente zahlen (anstelle der vorgenannten Kosten)	1,60 EUR je 100,00 EUR Rente
	Bei den übrigen Kosten handelt es sich vollständig um Verwaltungskosten.	
Gebühren	Bei bestimmten Anlässen erheben wir zusätzlich Gebühren. Beispiele: 30,00 EUR, wenn Sie einen neuen Versicherungsschein anfordern oder 4,50 EUR, wenn Sie eine Lastschrift widerrufen. Alle Gebühren finden Sie in der Gebührentabelle bei Ihren Vertragsunterlagen. Die Höhe der Gebühren kann sich ändern.	

Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen?

Während der Vertragsdauer können Überschüsse zu Ihren Leistungen hinzukommen. Die zukünftigen Überschüsse sind nicht garantiert. Aus folgendem Grund: Wir wissen heute nicht, wie sich die Überschüsse entwickeln werden. Wir legen für jedes Kalenderjahr die Überschüsse neu fest.

Überschüsse können entstehen, wenn

- wir Kapitalerträge erzielen,
- versicherte Risiken in geringerem Umfang eingetreten sind, als wir anfangs angenommen haben oder
- die tatsächlich angefallenen Kosten niedriger sind als anfangs angenommen.

Wie beteiligen wir Sie bei der Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung Cash+ an den Überschüssen?

Überschusssystem	Beitragsreduktion
Gewinnverband	B25E00

Wir verwenden die Überschüsse, um Ihren Beitrag zu senken.

Wenn wir eine Rente zahlen, erhöhen wir diese jährlich durch Überschüsse.

Welche garantierten Leistungen erhalten Sie bei einer Kündigung oder einem Beitrags-Stopp?

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, endet diese Versicherung und der Vertrag erlischt, ohne dass wir etwas auszahlen.

Nach einem Beitrags-Stopp zahlen Sie keine Beiträge mehr. In diesem Fall dürfen wir vom Deckungskapital einen Abzug nehmen. Nach einem Beitrags-Stopp sinken die Leistungen. Die monatlichen Renten können sich durch Überschüsse erhöhen.

Termin	Deckungskapital (EUR)	Abzug (EUR)	Deckungskapital vermindert um den Abzug (EUR)	Monatliche Berufsunfähigkeits-Rente nach Beitrags-Stopp (EUR)
01.12.2027	243,11	121,56	121,55	0,00
01.12.2028	443,55	221,78	221,77	0,00
01.12.2029	601,38	300,69	300,69	0,00
01.12.2030	743,12	371,56	371,56	0,00
01.12.2031	870,18	435,09	435,09	3,99
01.12.2032	1.275,41	637,71	637,70	18,15
01.12.2033	1.673,38	836,69	836,69	32,85
01.12.2034	2.056,63	1.028,32	1.028,31	47,91
01.12.2035	2.424,90	1.212,45	1.212,45	63,37
01.12.2036	2.773,78	1.386,89	1.386,89	79,16
01.12.2037	3.115,75	1.557,88	1.557,87	95,79
01.12.2038	3.419,25	1.709,63	1.709,62	112,22
01.12.2039	3.673,10	1.836,55	1.836,55	128,07
01.12.2040	3.867,76	1.933,88	1.933,88	142,99
01.12.2041	3.995,76	1.997,88	1.997,88	156,62
01.12.2042	4.046,80	2.023,40	2.023,40	168,45
01.12.2043	4.019,38	2.009,69	2.009,69	178,20
01.12.2044	3.907,22	1.953,61	1.953,61	185,31
01.12.2045	3.704,47	1.852,24	1.852,23	188,98
01.12.2046	3.405,97	1.702,99	1.702,98	188,19
01.12.2047	3.019,06	1.509,53	1.509,53	182,14
01.12.2048	2.532,85	1.266,43	1.266,42	168,32
01.12.2049	2.013,35	1.006,68	1.006,67	148,69
01.12.2050	1.465,26	732,63	732,63	120,86
01.12.2051	908,36	454,18	454,18	82,25
01.12.2052	370,09	185,05	185,04	29,03
01.12.2053	0,00	0,00	0,00	0,00
01.12.2054	0,00	0,00	0,00	0,00
01.12.2055	0,00	0,00	0,00	0,00
01.12.2056	0,00	0,00	0,00	0,00

Welche Überschüsse haben wir aktuell festgelegt?

Wir legen für jedes Kalenderjahr die genaue Höhe Ihrer Überschussbeteiligung neu fest. Für jeden Gewinnverband veröffentlichen wir die Überschusssätze im Anhang unseres Geschäftsberichts. Die nachfolgenden Überschusssätze gelten für 2026.

Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung Cash+

Vor Beginn der Leistung

Beitragsreduktion	25,00 %	des maßgebenden Beitrags

Während wir leisten

Jährliche Rentenerhöhung	1,25 %	der zuletzt gezahlten Berufsunfähigkeits-Rente

Unverbindliche Modellrechnung zur automatischen Erhöhung (Beitragsdynamik) Ihrer Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung Cash+

Wie oft erhöhen wir Ihren Beitrag? Ab dem 01.12.2027 jährlich

Um wie viel Prozent erhöhen wir Ihren Beitrag? 5 %

Die Leistungen aus der Erhöhung können wir nicht garantieren, weil wir die Rechnungsgrundlagen ändern können.

Bitte beachten Sie auch Ihre individuelle Vertragsinformation.

Wie können sich Ihre Beiträge und Leistungen entwickeln?

Termin	Alter	Erhöhungs-Tarif-Beitrag EUR	Gesamt-Tarif-Beitrag EUR	zu zahlender Erhöhungs-Beitrag EUR	zu zahlender Gesamt-Beitrag EUR	BU-Rente nach Erhöhung EUR
01.12.2026	36	-	158,79	-	119,09	3.000,00
01.12.2027	37	7,94	166,73	5,95	125,04	3.149,87
01.12.2028	38	8,34	175,07	6,25	131,29	3.300,39
01.12.2029	39	8,75	183,82	6,56	137,85	3.456,33
01.12.2030	40	9,19	193,01	6,89	144,74	3.618,04
01.12.2031	41	9,66	202,67	7,24	151,98	3.785,77
01.12.2032	42	10,14	212,81	7,60	159,58	3.959,45
01.12.2033	43	10,64	223,45	7,98	167,56	4.139,11
01.12.2034	44	11,18	234,63	8,38	175,94	4.325,12
01.12.2035	45	11,74	246,37	8,80	184,74	4.515,01
01.12.2036	46	12,32	258,69	9,24	193,98	4.711,17
01.12.2037	47	12,94	271,63	9,70	203,68	4.913,81
01.12.2038	48	13,58	285,21	10,18	213,86	5.123,00
01.12.2039	49	14,26	299,47	10,69	224,55	5.339,20
01.12.2040	50	14,98	314,45	11,23	235,78	5.559,98
01.12.2041	51	15,72	330,17	11,79	247,57	5.788,47
01.12.2042	52	16,51	346,68	12,38	259,95	6.025,55
01.12.2043	53	17,34	364,02	13,00	272,95	6.272,10
01.12.2044	54	18,20	382,22	13,65	286,60	6.529,05
01.12.2045	55	19,11	401,33	14,33	300,93	6.797,89
01.12.2046	56	20,07	421,40	15,05	315,98	7.080,59
01.12.2047	57	21,07	442,47	15,80	331,78	7.379,39
01.12.2048	58	22,12	464,59	16,59	348,37	7.697,82
01.12.2049	59	23,23	487,82	17,42	365,79	8.039,31
01.12.2050	60	24,39	512,21	18,29	384,08	8.408,48
01.12.2051	61	25,60	537,81	19,20	403,28	8.811,70
01.12.2052	62	26,88	564,69	20,16	423,44	9.258,51

Die Einmalzahlung bei erstmaliger Berufsunfähigkeit (Cash+) erhöhen wir in gleichem Umfang wie die Berufsunfähigkeits-Rente.

Der zu zahlende Beitrag ist der Tarifbeitrag abzüglich sofort fälliger Überschüsse. Die Überschüsse sind nicht garantiert.

Vorläufiger Versicherungsschutz

Wir gewähren Ihnen nach diesen Bedingungen einen vorläufigen Versicherungsschutz, wenn Sie eine Baloise Berufsunfähigkeits-versicherung beantragt haben.

1
Was ist vorläufig versichert?
Wir zahlen Ihnen eine Berufsunfähigkeits-Rente aus dem vorläufigen Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person wird nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Versicherung berufsunfähig,
- sie wird berufsunfähig, nachdem Sie den Antrag in Textform gestellt haben und
- Sie zeigen uns die Berufsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt an.

Versichert ist die beantragte Berufsunfähigkeits-Rente, höchstens 2.000 EUR monatlich.

Die Leistungen enden spätestens mit Ablauf der beantragten Leistungsdauer.

Nicht versichert sind Leistungen aus dem Arbeitsunfähigkeitsschutz, der garantierten Leistungsdynamik, dem Pflegeschutz oder dem Krankheitenschutz, auch wenn Sie diese beantragt haben.

2
Welche weiteren Voraussetzungen gelten?
Es gelten folgende weitere Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz:

- Ihr Antrag auf eine Berufsunfähigkeitsversicherung weicht nicht von unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen ab,
- der beantragte Versicherungsbeginn ist höchstens zwei Monate später, nachdem Sie den Antrag unterschrieben haben,
- Sie zahlen den ersten Beitrag zur beantragten Versicherung, sobald dieser fällig wird und
- wir nehmen Ihren Antrag ohne besondere Vereinbarungen oder Bedingungen an.

Wir reduzieren den vorläufigen Versicherungsschutz in folgendem Fall: Die versicherte Person ist nach unseren Annahmerichtlinien höher abgesichert als zulässig. Wir reduzieren die Berufsunfähigkeits-Rente dann auf den höchsten zulässigen Betrag.

3
Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?
Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt, sobald der Antrag bei uns eingegangen ist.

Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn
- der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung beginnt,
- zwei Monate vergangen sind,
- Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder widerrufen,
- wir Ihren Antrag geändert annehmen und Sie diesen Änderungen widersprechen oder
- Sie den ersten fälligen Beitrag zur beantragten Versicherung nicht gezahlt haben oder wir diesen nicht mittels Lastschrift einziehen konnten. Die Gründe dafür haben Sie zu vertreten.

Den vorläufigen Versicherungsschutz können Sie und wir jederzeit fristlos kündigen.

Der Vertrag über vorläufige Deckung endet bei Nichtzahlung oder verspäteter Zahlung des Beitrags für die beantragte Versicherung, spätestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie mit der Beitragszahlung in Verzug sind. Haben Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten, können Sie den Versicherungsschutz durch nachträgliche Zahlung rückwirkend erhalten.

4
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
In folgenden Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des beantragten Vertrags genannten Fälle.
- Die Berufsunfähigkeit wird verursacht durch Erkrankungen oder Beschwerden,
  - nach denen wir im Antrag gefragt haben und
  - von denen die versicherte Person vor der Antragstellung wusste.

  Dabei spielt es keine Rolle, ob für die versicherte Person absehbar war, dass diese Erkrankungen oder Beschwerden zur Berufsunfähigkeit führen.

5
Wie hoch ist der Beitrag?
Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen gesonderten Beitrag. Wenn wir aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes leisten, behalten wir den ersten Beitrag der beantragten Versicherung ein.

6
Wie ist das Verhältnis des vorläufigen Versicherungsschutzes zur Berufsunfähigkeitsversicherung?
Wenn in diesen Bedingungen nichts anderes vereinbart ist, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung.

Haben Sie im Antrag eine begünstigte Person benannt, ist diese auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz begünstigt.

Baloise Lebensversicherung AG
Deutschland

Ludwig-Erhard-Straße 22
20459 Hamburg
www.baloise.de
kunde@baloise.de

Antrag Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung „Zielgruppenantrag“

(Höchsteintrittsalter 40. Lebensjahr sowie bis maximal 3.000 EUR garantierte monatliche Berufsunfähigkeits-Rente)

Versicherungsnehmer ☐ Herr ☐ Frau ☐ keine Angabe

Nachname(n)		Geburtsdatum	01.07.1990
Vorname(n)		Geburtsort	
Straße		Hausnummer	
PLZ		Wohnort	
Nationalität	D	Familienstand	ledig
Telefon		E-Mail	

Jetzige Berufstätigkeit: Facharzt/-ärztin - Innere Medizin (05210)

☐ Schüler ☐ Auszubildender ☐ Student ☐ Sonstige Tätigkeit
☒ Arbeitnehmer ☐ Beamter ☐ Öffentlicher Dienst ☐ Arbeitslos ☐ selbstständig seit

Zu versichernde Person (falls nicht Versicherungsnehmer) ☐ Herr ☐ Frau ☐ keine Angabe

Nachname(n)		Geburtsdatum	
Vorname(n)		Geburtsort	
Straße		Hausnummer	
PLZ		Wohnort	
Nationalität		Familienstand	
Telefon		E-Mail	

Bitte beantworten Sie alle Fragen richtig und vollständig. Unrichtige oder unvollständige Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz und können auch rückwirkend zum Vertragsrücktritt, zur Kündigung oder zu Vertragsanpassungen führen. Dies betrifft auch Umstände, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie dazu die „Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“ im Antrag.

(A) Angaben der zu versichernden Person zur beruflichen Tätigkeit

1. Jetzige Berufstätigkeit: Facharzt/-ärztin - Innere Medizin (05210)
   ☐ Schüler ☐ Auszubildender ☐ Student ☐ Sonstige Tätigkeit
   ☒ Arbeitnehmer ☐ Beamter ☐ Öffentlicher Dienst ☐ Arbeitslos ☐ selbstständig seit
2. Wie hoch ist Ihr aktuelles jährliches Bruttoarbeitseinkommen (inklusive Urlaubs- und Weihnachtsgeld), bei Freiberuflern / Selbständigen der durchschnittliche Jahresgewinn vor Steuern der letzten 3 Jahre? EUR
3. Haben Sie für Ihren aktuell ausgeübten Beruf die entsprechende Ausbildung? ☒ ja ☐ nein
4. Haben Sie einen akademischen Abschluss (Diplom, Bachelor, Master, Magister, Staatsexamen o.Ä.)? ☒ ja ☐ nein
5. Wie hoch ist der Anteil der Bürotätigkeit, die am Schreibtisch ausgeübt wird? in Prozent: 100
6. Für wie viele sozialversicherte Vollzeitmitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung? Anzahl Personen: 0
7. a) Bestehen für Sie weitere Absicherungen gegen Berufsunfähigkeit oder haben Sie aktuell weitere Absicherungen beantragt (z. B. private Versicherungen oder Betriebsrente)? ☐ ja ☐ nein
   bei ____ in Höhe von jährlich ____ EUR
   b) Bleiben die Absicherungen bestehen? ☐ ja ☐ nein

Bitte beantworten Sie alle Fragen richtig und vollständig. Unrichtige oder unvollständige Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz und können auch rückwirkend zum Vertragsrücktritt, zur Kündigung oder zu Vertragsanpassungen führen. Dies betrifft auch Umstände, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie dazu die „Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“ im Antrag.

(B) Zusätzliche Angaben der zu versichernden Person

1. Planen oder beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU, Großbritanniens, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA von mehr als 6 Monaten?

   Land, Zeitraum, Zweck ☐ ja ☐ nein

2. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt
   a) im Beruf (z. B. Umgang mit Sprengstoff, radioaktiven Substanzen oder Chemikalien, Aufenthalte in Krisengebieten)?

   Art der Gefahren ☐ ja ☐ nein

   b) in der Freizeit (z. B. Tauchsport, Kampfsport, Bergsport, Pferdesport, Flugsport aller Art, Motorsport, Teilnahme an Wettfahrten, Extremsport)?

   Art der Gefahren ☐ ja ☐ nein

Zu einigen Berufen und Hobbys benötigen wir Zusatzerklärungen. Bitte füllen Sie diese gegebenenfalls mit Ihrem Vermittler aus.

Haben Sie als zu versichernde Person in den letzten 12 Monaten (auch einmalig) geraucht oder gedampft?
(z. B. Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeife, Wasserpfeife, Shisha, E-Zigarette, E-Pfeife, E-Shisha oder auch andere nikotinhaltige Produkte) ☐ ja ☒ nein

Versicherungsumfang der Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung

Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung Tarif BP 25

Vertragslaufzeit

Versicherungsbeginn am: 01.12.2026
Ende der Versicherungsdauer mit: 67 Jahren
Ende der Versicherungsdauer am: 01.12.2057
Ende der Leistungsdauer mit: 67 Jahren

Leistungen

Garantierte monatliche Berufsunfähigkeits-Rente (Solange Sie eine Berufsunfähigkeits-Rente von uns bekommen, müssen Sie keine Beiträge mehr bezahlen.): 3.000,00 EUR

Jährliche Leistungsdynamik (nur für die Hauptversicherung) 1 % ☐ 2 % ☒ 3 % ☐

ArbeitsunfähigkeitsSchutz ☒

PflegeSchutz ☐

Krankheitenschutz Tarif DD 22: EUR

Cash+ Kapitalzahlung 1 Jahresrente ☒ 3 Jahresrenten ☐

Beiträge

Berufsklasse: V0

Zahlungsweise: monatlich ☒ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich ☐

Jährliche Erhöhung der laufenden Beiträge (Dynamik) von 3 % ☐ von 5 % ☒ keine ☐

Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung Tarifbeitrag	158,79 EUR	zu zahlender Beitrag	119,09 EUR
Baloise Krankheitenschutz Tarifbeitrag	EUR	zu zahlender Beitrag	EUR
Gesamt-Tarifbeitrag	158,79 EUR	zu zahlender Gesamtbeitrag	119,09 EUR

Der Zahlbeitrag ist der Tarifbeitrag abzüglich sofort fälliger Überschüsse. Die Überschüsse sind nicht garantiert.

Technischer Zuschlag (im Beitrag bereits enthalten): 0,00 %

Medizinischer Zuschlag (im Beitrag bereits enthalten): 0,00 %

Empfänger der Leistung ist die versicherte Person.

Davon abweichend: Der Versicherungsnehmer ☐

 2026-11-09-13.44.00.164316

Bitte beantworten Sie alle Fragen richtig und vollständig. Unrichtige oder unvollständige Angaben gefährden Ihren Versicherungsschutz und können auch rückwirkend zum Vertragsrücktritt, zur Kündigung oder zu Vertragsanpassungen führen. Dies betrifft auch Umstände, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie dazu die „Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“ im Antrag.

(C) Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

Wir weisen darauf hin, dass die Auflistung der Beispielerkrankungen/-behandlungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt! Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich an den Versicherer schriftlich nachzuholen.

1. Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße? Größe in cm ☐ Gewicht in kg ☐

2. Wurden Ihnen **in den letzten 12 Monaten** apotheken- und/oder verschreibungspflichtige Medikamente verordnet, verabreicht oder empfohlen? (Erkältungsmittel, die Pille oder Vitaminpräparate müssen nicht genannt werden) ☐ ja ☐ nein

3. Waren Sie **in den letzten 2 Jahren** mehr als zwei Wochen zusammenhängend aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage Ihrer schulischen, studentischen oder beruflichen Tätigkeit nachzugehen oder sind Sie **aktuell** arbeitsunfähig? ☐ ja ☐ nein

4.1. Bitte geben Sie an, ob Sie **in den letzten 3 Jahren** Erkrankungen oder Störungen hatten, derentwegen Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen bei Ärzten, Heilpraktikern oder nichtärztlichen Therapeuten stattfinden/stattgefunden haben oder derzeit geplant sind:

a) Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. Rückenschmerzen, Gelenkprobleme, Unfallfolgen) ☐ ja ☐ nein

b) Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems (z. B. Myokarditis, Herzfehler, Thrombosen) ☐ ja ☐ nein

c) Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie, nicht sicher gutartige Hautbefunde) ☐ ja ☐ nein

d) Neurologische Erkrankungen (z. B. Schwindel, Epilepsie, Migräne) ☐ ja ☐ nein

e) Erkrankungen oder Fehlfunktionen des Immunsystems (z. B. Rheuma, Multiple Sklerose, chronisch entzündliche Darmerkrankungen) ☐ ja ☐ nein

f) Erkrankungen der Leber (z. B. Lebervergrößerung, Hepatitis) oder der Nieren (z. B. eingeschränkte Nierenfunktion, Zystennieren) ☐ ja ☐ nein

g) Erkrankungen und / oder Beeinträchtigungen der Sinnesorgane (z. B. dauerhafte Hörminderung, Tinnitus, Fehlsichtigkeit von mehr als -8 Dioptrien, Schuppenflechte, Neurodermitis) ☐ ja ☐ nein

4.2. Bestehen oder bestanden **in den letzten 5 Jahren** bei Ihnen psychische Erkrankungen, Störungen der Psyche, Entwicklungstörungen (z. B. Depressionen, AD(H)S, Burnout, Esstörungen, berufliche und / oder private Belastungssituation**en,** Autismus, Spektrum-Störungen)? ☐ ja ☐ nein

4.3. Bestehen oder bestanden bei Ihnen darüber hinaus **in den letzten 6 Monaten** Gesundheitsstörungen oder Beschwerden? (Hierzu zählen Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörungen, Sehstörungen, Blut im Stuhl, im Urin oder im Auswurf (Husten), psychische Erschöpfungszustände, Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände ungeklärter Ursache, Lymphknotenschwellungen, Brustknoten (Selbstertastung), Geschwürbildung, Veränderungen der Haut bzw. der Leberflecken, Schluckstörungen, Gefühlsstörungen oder Lähmungen, Abnahme der körperlichen bzw. psychischen Belastbarkeit oder ungewollte Gewichtsabnahme von mehr als fünf Kilogramm) ☐ ja ☐ nein

5. Konsumieren oder konsumierten Sie **in den letzten 5 Jahren** Drogen (z. B. Cannabis), drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol beraten oder behandelt? ☐ ja ☐ nein

6. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** für mindestens eine Nacht in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, einer Entzugsklinik oder einer anderen Einrichtung der medizinischen Versorgung oder ist ein Aufenthalt **innerhalb der nächsten 6 Monate** geplant oder angeraten? (Es müssen keine Angaben zu Schwangerschaften und Geburten gemacht werden) ☐ ja ☐ nein

7. Erhalten, erhielten oder beantrag(t)en Sie **in den letzten 5 Jahren** eine Rente wegen Erwerbs-, Berufs- oder Grundunfähigkeit, einer Erwerbsminderung oder aus anderen gesundheitlichen Gründen oder besitzen oder beantrag(t)en Sie die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) oder liegt Ihnen ein Feststellungsbescheid vor? Bitte fügen Sie Kopien der Bescheide bei (Rentenbescheid mit Begründungsteil, GdB-Feststellungs- oder Ablehnungsbescheid, Schwerbehindertenausweis). ☐ ja ☐ nein

8. **Bitte geben Sie Einzelheiten zu den Fragen an, die Sie mit „ja“ beantwortet haben**
(z. B. Art der Erkrankung, Behandlungsdauer, behandelnde Ärzte mit Namen und vollständiger Anschrift).

a) Seit wann besteht Beschwerdefreiheit und folgenlose Ausheilung der angegebenen Erkrankungen, Unfälle oder Operationen?

b) Welcher Arzt (Name(n), Anschrift) kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?

 2026-11-09-13.44.00.164316

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:
Baloise Lebensversicherung AG Deutschland **Gläubiger ID: DE81ZZZ00000243242**
Baloise Sachversicherung AG Deutschland **Gläubiger ID: DE87ZZZ00000243328**

Mandatsreferenznummer: Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie von uns mit der nächsten Korrespondenz.

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

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der SEPA-Lastschrifteinzug wird nach Änderung des Betrages oder der Fälligkeit spätestens fünf Kalendertage im Voraus angekündigt.

Angaben zum Kontoinhaber ☐ Herr ☐ Frau ☐ keine Angabe

Nachname(n)

Vorname(n)

Straße Haus-Nr.

Postleitzahl Wohnort

Kreditinstitut

IBAN BIC

Ort Datum 09.11.2026

Unterschrift des/der Kontoinhaber/s ✗

Erklärung zu Versicherungsbedingungen und -informationen
Gemäß § 7 des Versicherungsvertragsgesetzes sind wir verpflichtet, Ihnen die erforderlichen Vertragsbestimmungen rechtzeitig vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung mitzuteilen. Damit soll Ihnen Gelegenheit gegeben werden, sich vor Abgabe Ihres Antrags mit den Einzelheiten des Vertrags vertraut zu machen.

Empfangsbestätigung:

Ich habe folgende Vertragsbestimmungen und -informationen erhalten: – Individuelle Vertragsinformation

- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten BAL 8612 10.24
- Allgemeine Versicherungsbedingungen BAL8408 04.26
- Gebührentabelle BAL8118 07.25
- Allgemeine Informationen BAL8119 10.22
- Allgemeine Steuerregelungen BAL8122 10.22

Außerdem habe ich die Seiten 1 – 11 dieses Antrags erhalten.

Unterschrift des Versicherungsnehmers

✗ für interne Zwecke: 28.08.2026

Besondere Vereinbarungen
Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? Der Antrag gilt nur, wenn die besonderen Vereinbarungen zustande kommen.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Seiten 5 bis 11 des Antrags mit den Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung und zu Ihrem Widerrufsrecht, den Datenschutzhinweisen/Ermächtigungen zur Datenverarbeitung sowie zum vorläufigen Versicherungsschutz. Mit Ihrer Unterschrift unter diesem Antrag bestätigen Sie die Kenntnisnahme der Datenschutzhinweise. Bitte fügen Sie das Formular BAL 0100 (Schweigepflichtentbindungserklärung) diesem Antrag bei. Es wird mit Zustandekommen des Versicherungsvertrags Vertragsbestandteil.

Ort Datum 09.11.2026

Unterschrift des Versicherungsnehmers ✗

Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer) ✗

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters ✗

Unterschrift des Vermittlers ✗ Vermittler-Nummer

IHK Vermittlerregisternummer D-

Stempel des Vermittlers:

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei demselben oder einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.

 2026-11-09-13.44.00.164316

Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar uns gegenüber schriftlich nachzuholen.

Um Ihnen Versicherungsschutz bieten zu können, bitten wir Sie, die im Rahmen der Antragsaufnahme gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Dies betrifft auch Umstände, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. Sie ermöglichen uns damit die Beurteilung des von uns zu übernehmenden Versicherungsrisikos.

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 des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie einen 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 beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

4
Ausübung unserer Rechte
Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte 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 Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

 2026-11-09-13.44.00.164316

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1
Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
Baloise Lebensversicherung AG Deutschland
Ludwig-Erhard-Str. 22
20459 Hamburg
Telefaxnummer: 040 3599 3636
E-Mail-Adresse: kunde@baloise.de

Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online auf der Website Ihres Vertriebspartners ausüben, wenn Sie den Vertrag im Fernabsatz über dessen Online-Benutzeroberfläche abgeschlossen haben. Zusätzlich können Sie auch unsere Website www.helvetia.de/widerruf nutzen. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

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, der sich wie folgt berechnet: 1/360 des Jahresbeitrags bzw. 1/30 des Monatsbeitrags multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie bitte dem Antrag bzw. Ihrer individuellen Vertragsinformation. 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 auf Ihren 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;

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
a) 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;
b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;

8
Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;

9
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;

10
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;

11
Angaben zur Laufzeit des Vertrages;

12
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;

13
die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;

14
das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;

 2026-11-09-13.44.00.164316

15
die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;

16
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;

17
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

2026-11-09-13.44.00.164316

Datenschutzhinweise

Das Verarbeiten Ihrer personenbezogenen Daten ist wichtige Voraussetzung für das Anbieten optimalen Versicherungsschutzes durch uns.

Der Schutz Ihrer Privatsphäre ist uns dabei wichtig.

Mit diesen Hinweisen wollen wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte informieren.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung
Baloise Lebensversicherung AG Deutschland
Ludwig-Erhard-Str. 22
20459 Hamburg
Telefon: 040 3599 7711
Fax: 040 3599 3636
E-Mail: kunde@baloise.de

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

Allgemeines zur Datenverarbeitung
Wir verarbeiten u. a. folgende für den Vertragsabschluss sowie die Vertrags- und Leistungsabwicklung relevante personenbezogene Daten:
- Angaben zu Ihrer Person (z. B. Namen, Geburtsdatum)
- Kontaktdaten (z. B. Adresse, Telefonnummer, Mailadresse)
- Angaben zur Bankverbindung zur Abwicklung der späteren Zahlungen
- Versicherungsproduktspezifische Angaben zur Berechnung der Versicherungsprämie (wie Eintrittsalter, Beruf, Gesundheitsdaten o. Ä.)
- Angaben zur Vorversicherung

In erster Linie werden dabei die von Ihnen übermittelten Angaben und später gegebenenfalls ergänzenden Angaben aus dem Leistungsantrag verarbeitet.

Um Ihnen einen bestmöglichen Service anzubieten und um Sie optimal beraten zu können, erhalten wir auch von Dritten personenbezogene Daten, die für den Vertragsabschluss erforderlich sind (z. B. Amtsstellen, Vor- und Rückversicherer). Nähere Informationen finden Sie in diesen Hinweisen.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung
Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (GDV) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren (abrufbar unter: https://www.gdv.de/resource/blob/23938/c391b1dd04b-41448fdb99918ce6d03bf/download-code-of-conduct-data.pdf).

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns nur für die Zwecke verwendet, zu welchen Sie uns Ihre Einwilligung erteilt haben oder zu denen wir gesetzlich verpflichtet oder berechtigt sind.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz bzw. für die Wiederinkraftsetzung, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss bzw. für die Wiederinkraftsetzung des Vertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande bzw. wird fortgesetzt, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller bestehenden Verträge mit dem Verantwortlichen oder einer Gesellschaft, die an einer gemeinsamen Datenverarbeitung teilnimmt (hierzu finden Sie unten im Punkt "Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe" weitere Informationen), nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung und zur Erfüllung unserer versicherungsvertraglichen Pflichten, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, Vertragsergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrags) erforderlich sind, benötigen wir hierfür Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO. Diese können Sie an gesonderter Stelle, auf die wir Sie hinweisen werden, abgeben. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:
- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Baloise Versicherungen und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Soweit die Durchführung von Werbemaßnahmen nur mit Ihrer Einwilligung möglich ist, können Sie diese an gesonderter Stelle, auf die wir Sie hinweisen werden, abgeben.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:
Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Antrags- und ggf. Leistungsdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrags mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zu eingesetzten Rückversicherern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen oder unter folgenden Kontaktinformationen anfordern:
https://www.munichre.com/de/service/information-gdpr/index.html
http://www.swissre.com/privacy_policy.html
https://media.genre.com/documents/PN_Art14_DEUTSCH.pdf
https://www.baloise.ch/de/ueber-uns/datenverarbeitung.html

Vermittler:
Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen. Sie erhalten hierzu gesondert weitere Informationen, falls wir Ihre Daten an einen Sie betreuenden Vermittler übermitteln.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:
Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste im Anhang bzw. auf unserer Internetseite unter https://www.baloise.de/de/ueber-uns/datenschutz.html finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:
Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.
Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang bzw. auf unserer Internetseite unter https://www.baloise.de/de/ueber-uns/datenschutz.html entnehmen.

 2026-11-09-13.44.00.164316

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

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

Betroffenenrechte
Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen. Wir werden sämtliche Ihrer Rechte entsprechend den Vorgaben der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze beachten.

Widerspruchsrecht
Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken des Profiling, der statistischen Verarbeitung, der Markt- und Meinungsforschung oder der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung allgemein widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht
Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer
Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte
Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab, um uns vor Zahlungsausfällen zu schützen. Dabei wird Ihr Vorname, Name, Ihre Anschrift sowie Ihr Geburtsdatum übermittelt. Die Informationen werden von uns für eine begrenzte Zeit gespeichert, um Ihnen ggf. Auskunft darüber geben zu können und das Ergebnis für den Vertragsabschluss oder im Rahmen eines Versicherungsfalles zu verwenden. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf Basis des Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO.

Sie können der Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit widersprechen. Der Abschluss eines Versicherungsvertrags ist dann allerdings nicht möglich.

Die Bonitätsauskünfte werden unter strenger Einhaltung der Datenschutzvorschriften mit Rücksicht auf Ihre schutzwürdigen Belange durchgeführt.

Weiteres entnehmen Sie bitte der Anlage zu dieser Datenschutzinformation – Datenschutzinformation zur infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden gem. Art. 14 DSGVO. Für eine Auskunft über Ihre bei der infoscore Consumer Data GmbH gespeicherten personenbezogenen Daten wenden Sie sich bitte direkt an die Auskunftei.

Datenübermittlung in ein Drittland
Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information zu unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie hier: https://www.baloise.de/de/ueber-uns/datenschutz.html. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen
Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vereinzelt vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrags, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Im Falle der Ablehnung eines Vertragsabschlusses oder der Kündigung des Vertrags auf Basis einer automatisierten Einzelfallentscheidung haben Sie das Recht auf eine Überprüfung der Entscheidung durch eine Person, auf Erläuterung der nach einer entsprechenden Bewertung getroffenen Entscheidung, zur Darlegung Ihres eigenen Standpunkts und auf Anfechtung der Entscheidung.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten (sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen) entscheiden wir vereinzelt vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung zum Beispiel der folgenden Informationen: Eintrittsalter, Versicherungsdauer, Beruf etc. Sie haben das Recht, nicht einer ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung – einschließlich Profiling – beruhenden Entscheidung unterworfen zu werden und können im Falle einer solchen automatisierten Einzelfallentscheidung von uns eine nicht-automatisierte Entscheidung im Einzelfall fordern.

Anhang

Unternehmen der Baloise Versicherungen in Deutschland, die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nutzen und Ihre Stammdaten (z. B. Name, Anschrift) in gemeinsamen Datenbanken verarbeiten

Baloise Lebensversicherung AG Deutschland
Baloise Sachversicherung AG Deutschland
Baloise Financial Services GmbH

 2026-11-09-13.44.00.164316

Information gem. Art. 14 EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH („ICD“)

1
Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten:
infoscore Consumer Data GmbH
Rheinstr. 99
76532 Baden-Baden

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

2
Zwecke der Datenverarbeitung der ICD
Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der postalischen Erreichbarkeit von Personen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z.B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungskauf oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrags vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Identitäts- und Altersprüfung, Kundenmanagement, Betrugsprävention, Anschriftenermittlung, Geldwäscheprävention, Risikosteuerung, Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung. Neben den vorgenannten Zwecken verarbeitet die ICD personenbezogene Daten auch zu weiteren Zwecken (z.B. Forschung und Entwicklung insbesondere zur Durchführung von wissenschaftlichen Forschungsprojekten, Nachverfolgung und Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten, Anonymisierung der Daten, Abrechnung gegenüber Kunden oder Dienstleistern, Weiterentwicklung von Dienstleistungen und Produkten oder Qualitätsanalysen).

3
Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD
Die ICD ist ein Auskunfteiunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i. V. m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z.B. Rechnungskauf, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrags).

4
Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD
Von der ICD werden Stammdaten (Name, Vorname(n), Geburtsdatum, Anschrift(en), Telefonnummer(n), E-Mail-Adresse(n)), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Ziff. 5), zu Schuldnerverzeichniseintragungen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur postalischen (Nicht-)Erreichbarkeit sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.
Darüber hinaus werden die entsprechenden Anfragedaten gespeichert.

5
Herkunft der Daten der ICD
Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (s. Nr. 4) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD sowie Daten von Adressdienstleistern oder anderen Auskunfteien gespeichert.

6
Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD
Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im Europäischen Wirtschaftsraum und ihren Sitz im europäischen Wirtschaftsraum oder ggf. einem Drittstaat haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z.B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Empfängern solche Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen, Rechtsanwälte, Adressdienstleister sowie (interne und externe) Dienstleister oder Kooperationspartner der ICD (z.B. Softwareentwickler, Support/Wartung, Rechenzentrum, Universitäten und Forschungseinrichtungen sowie Postdienstleister) oder andere Auskunfteien. Empfänger außerhalb der Europäischen Union und des europäischen Wirtschaftsraums fallen entweder unter einen gültigen Angemessenheitsbeschluss oder haben die erforderlichen Standardvertragsklauseln zur Sicherstellung eines adäquaten Datenschutzniveaus bei der Verarbeitung von personenbezogenen Daten unterzeichnet. Zudem werden – soweit dies nach anwendbaren Datenschutzgesetzen erforderlich ist – weitere ergänzende Schutzmaßnahmen (z.B. Verschlüsselung und zusätzliche vertragliche Regelungen) ergriffen, um ein angemessenes Schutzniveau für die personenbezogenen Daten zu gewährleisten.

7
Dauer der Datenspeicherung der ICD
Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i. S. d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO notwendig ist.
Die bei der ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschfristen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband „Die Wirtschaftsauskunfteien e.V.“ zusammengeschlossenen Auskunfteiunternehmen.

- Informationen über fällige, offene und – bei Übermittlung an die ICD – unbestrittene Forderungen bleiben grundsätzlich für drei Jahre gespeichert. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten grundsätzlich taggenau drei Jahre danach. Abweichend davon werden Informationen nach 18 Monaten gelöscht, wenn der ICD bis zu diesem Zeitpunkt keine weiteren Negativdaten gemeldet werden, keine Informationen aus dem Schuldnerverzeichnis oder aus Insolvenzbekanntmachungen vorliegen und der Ausgleich der Forderung innerhalb von 100 Tagen nach Einmeldung erfolgte.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 – 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau sechs Monate nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung der Restschuldbefreiung gelöscht.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

Daten zu weiteren Zwecken (siehe 2.) werden unter anderem nach Erreichen der jeweiligen Zwecke gelöscht.
Weitere Details über die Dauer der Datenspeicherung sind im Code of Conduct zu finden: https://www.die-wirtschaftsauskunfteien.de/code-of-conduct

8
Betroffenenrechte gegenüber der ICD
Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO sowie – wenn die Verarbeitung auf einer Einwilligung der betroffenen Person gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a) beruht – das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Art. 20 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde – Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg, Lautenschlagerstraße 20, 70173 Stuttgart – zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der ICD widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer – unentgeltlichen – schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um

einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen: Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft). Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter https://www.experian.de/selbstauskunft beantragen.

9. Profilbildung / Profiling / Scoring
Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufgewiesen haben. Dabei werden die eingesetzten Verfahren in regelmäßigen Abständen durch unabhängige, externe Gutachter validiert, wodurch sichergestellt ist, dass diese wissenschaftlich fundiert sind. Auf Wunsch werden diese Verfahren nebst den Gutachten der zuständigen Aufsichtsbehörde offengelegt. Die von der ICD eingesetzten Verfahren sind damit seit langem praxiserprobte, mathematisch-statistische Methoden zur Prognose von Risikowahrscheinlichkeiten bzw. Erfüllungswahrscheinlichkeiten.

Mit welcher Wahrscheinlichkeit eine betroffene Person einen Kredit zurückzahlen wird, muss nicht der Wahrscheinlichkeit entsprechen, mit der sie eine offene Rechnung im E-Commerce ausgleicht. Aus diesem Grund bietet die ICD ihren Vertragspartnern unterschiedliche Scoreverfahren an. Scorewerte betroffener Personen verändern sich häufiger, da sich auch die Informationen, die über eine Person gespeichert sind, verändern. So kommen neue Informationen hinzu, während andere aufgrund von Speicherfristen gelöscht werden.

Scoring dient vorwiegend der Bonitätsprüfung und der Betrugsprävention. Zudem kann es den weiteren Zwecken unter 2. dienen. Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt: Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten, zu Eintragungen im Schuldnerverzeichnis sowie dem Insolvenzregister, Geschlecht und Alter der Person, adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekanntsein der Adresse), Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße/Haus)), Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD.

Besondere Kategorien von Daten i. S. d. Art. 9 DSGVO (z. B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von der ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z. B. die Einsichtnahme in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring.

Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z. B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner. Verlässt sich ein Vertragspartner bei seiner Entscheidung über die Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Vertragsverhältnisses maßgeblich auf das Scoring der ICD, gelten ergänzend die Bestimmungen des Art. 22 DSGVO. Das Scoring der ICD kann in diesem Fall z. B. dabei helfen, alltägliche Geschäfte rasch abwickeln zu können; es kann unter Umständen aber auch dazu führen, dass ein Vertragspartner eine negative, möglicherweise ablehnende Entscheidung über die Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Vertragsverhältnisses trifft.

Informationen zum Scoring enthalten auch unsere FAQ https://www.experian.de/selbstauskunft/selbstauskunft-faqs.

Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten zur Beratung (Werbeeinwilligung)

Damit Sie von uns oder den anderen Unternehmen unserer Gruppe, die an einer gemeinsamen Datenverarbeitung teilnehmen sowie zuständigen Außendienstmitarbeitern in allen Fragen der Finanzdienstleistungen (z. B. Versicherungen, Bauspar- und Baufinanzierungsprodukte, Fonds- und andere Finanzanlagen) umfassend beraten werden können, erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift unter dem Versicherungsantrag damit einverstanden, dass wir den betreffenden Unternehmen bzw. deren zuständigen Außendienstmitarbeitern die für die Kontaktaufnahme und Durchführung der Beratung erforderlichen Angaben zur dortigen Datenverarbeitung und Nutzung übermitteln.

Übermittelt werden dürfen (einzelne Datenkategorien können gestrichen werden):

1. Personalien (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Familienstand, Beruf oder vergleichbare Daten)
2. Vertragsdaten (Versicherungsdauer, Versicherungssumme, versichertes Risiko, Leistungsumfang, Risikoorte oder vergleichbare Daten)

In diesem Rahmen entbinden Sie uns zugleich von unserer Verschwiegenheitspflicht.

Mit Ihrer Unterschrift unter dem Versicherungsantrag erklären Sie sich außerdem damit einverstanden, dass die betreffenden Unternehmen die erhaltenen Daten zur Markt- und Meinungsforschung nutzen dürfen.

Die vorstehenden Erklärungen sind freiwillig und können ohne Einfluss auf den Versicherungsvertrag jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Vorläufiger Versicherungsschutz

Wir gewähren Ihnen vorläufigen Versicherungsschutz ab dem Tag, an dem der Antrag bei uns eingeht. Es gelten die Bedingungen zum vorläufigen Versicherungsschutz BAL 8450.

Genetische Untersuchungen

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und diese nicht verlangen. Sie müssen uns jedoch Vorerkrankungen und Erkrankungen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzeigen, auch wenn in diesem Zusammenhang genetische Untersuchungen oder Analysen vorgenommen wurden. Sie müssen uns jedoch keine genetischen Untersuchungen mitteilen, die allein mit dem Ziel vorgenommen wurden, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung abzuklären. Diese Ausnahme von der Anzeigepflicht gilt nicht, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder eine Jahresrente von mehr als 30.000 EUR vereinbart werden.

Hinweise zum Beschwerdemanagement

Sollten Sie im Rahmen der Antragstellung oder im Zusammenhang mit dem hierauf geschlossenen Versicherungsvertrag, Ihrem Versicherungsschutz oder auch unserer Beratung und Betreuung unzufrieden sein, so können Sie sich jederzeit an uns wenden:

Sie können uns gerne anrufen. Unsere Rufnummer und Servicezeiten sind: 040 3599 7711; Mo – Fr von 8 –18 Uhr

Selbstverständlich können Sie uns auch schriftlich oder elektronisch kontaktieren. Ihr Schreiben / Ihre Mitteilung richten Sie bitte an: Baloise Lebensversicherung AG Deutschland, Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg; E-Mail: kunde@baloise.de

Um Ihr Anliegen schnell und umfassend zu bearbeiten, bitten wir Sie um folgende Informationen: Name, Adresse, Telefonnummer, Versicherungs- oder Schadennummer und Schilderung Ihres Anliegens. Sollte eine abschließende Bearbeitung innerhalb von 5 Arbeitstagen nicht möglich sein, so werden wir Sie darüber in einem Zwischenbescheid informieren.

Zuständiger Ombudsmann bzw. Aufsichtsbehörde

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
www.bafin.de

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung Lebensversicherung

zum/r Versicherungsantrag/Anfrage vom: 09.11.2026

Versicherungsnehmer/in ☐ Herr ☐ Frau ☐ keine Angabe Geburtsdatum 01.07.1990

Nachname(n) Vorname(n)

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller) ☐ Herr ☐ Frau ☐ keine Angabe Geburtsdatum

Nachname(n) Vorname(n)

Mitversicherte Person (falls nicht Antragsteller) ☐ Herr ☐ Frau ☐ keine Angabe Geburtsdatum

Nachname(n) Vorname(n)

Zur Bearbeitung Ihres Antrages und zur Durchführung des Versicherungsvertrages müssen wir, die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland, auch Gesundheitsdaten oder andere besonders schutzwürdige Daten verarbeiten. In den nachfolgend genannten Fällen benötigen wir dazu Ihre Einwilligung.
Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Informationen, die der Schweigepflicht unterliegen, bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben oder an einbezogene Dritte, z. B. IT- oder Druck-Dienstleister, Rückversicherer weiterleiten zu dürfen. Der Schweigepflicht unterliegen insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, aber auch andere Informationen, z. B. dass ein Vertrag mit Ihnen besteht.

1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland

Zum Abschluss und zur Durchführung des Versicherungsvertrages müssen wir Gesundheitsdaten verarbeiten.

a) Datenverarbeitung zur Risikoprüfung
Zur Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten bei der Risikobeurteilung im Antragsfall (Risikoprüfung) benötigen wir Ihre Einwilligungserklärung. Ohne diese Verarbeitung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

b) Datenverarbeitung in der Leistungsprüfung
Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht (Leistungsprüfung) prüfen wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen oder Mitteilungen, z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs, ergeben. Hierfür bitten wir Sie um Ihre Einwilligungserklärung. Ohne diese Verarbeitung wird es uns nicht möglich sein, im Versicherungsfall eine Prüfung unserer Leistungspflicht durchzuführen.

Ich willige ein, dass die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland meine in diesem Antrag, in einem früheren Antrag oder Vertragsverhältnis und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Risikoprüfung sowie zum Abschluss, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten und anderen der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei Dritten

2.1 Abfrage bei Dritten zur Risiko- und Leistungsprüfung

Für die Risikoprüfung kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Solche Stellen können z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime, Pflegepersonen, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Personenversicherer und Behörden sein. Außerdem kann es zur Leistungsprüfung erforderlich sein, dass wir durch Anfragen bei diesen Stellen die Angaben über Ihre Gesundheit prüfen, die Sie machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Gutachten oder Mitteilungen eines Arztes) ergeben. Dazu muss der Versicherer zunächst diesen Stellen die für die Anfrage notwendigen Informationen mitteilen, z. B. dass ein Versicherungsvertrag mit Ihnen besteht und dass der Versicherer eine Auskunft zu einer Erkrankung benötigt.

Diese Anfrage und die Überprüfungen erfolgen nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere der Schweigepflicht unterliegende Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bei Nichtabgabe der Erklärung kann die Risiko- und Leistungsprüfung nur erfolgen, wenn Sie die erforderlichen Unterlagen selbst vorlegen. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

☐ **Ich willige ein, dass die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland – soweit es für die Risikoprüfung oder für die Leistungsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen, sonstigen Angehörigen eines Heilberufs sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt.**

Ich befreie die genannten Stellen und die für sie tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten und andere der Schweigepflichtentbindung unterliegende Informationen aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland übermittelt werden.

Soweit es für die Abfrage erforderlich ist, bin ich auch damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang meine Gesundheitsdaten und andere der Schweigepflicht unterliegende Informationen durch die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland an diese Stellen weitergegeben werden. Insoweit befreie ich die für die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland 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. Dann werde ich auch darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst vorlegen kann.

 2026-11-09-13.44.00.164316 BSN Makler

Möglichkeit II:

☐ **Ich wünsche, dass mich die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich**

- **der Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland zustimme, die genannten Stellen und die für sie tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland einwillige**
- **oder die erforderlichen Unterlagen selbst vorlege.**

Mir ist bekannt, dass dies zu einer verzögerten Bearbeitung meines Anliegens führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Die Erklärungen gelten auch für die Bearbeitung aller Versicherungsfälle, die vor Ablauf der genannten Frist eingetreten sind. Für die Prüfung, ob bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Leistungsprüfung kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Das gilt auch für die bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss mögliche Prüfung, ob 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 stimme ich der Erhebung meiner Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei anderen Stellen wie oben unter Ziffer 2.1. – Möglichkeit I Absätze 1 bis 3 beschrieben zu. Dies gilt für die Leistungsprüfung bzw. eine erforderliche erneute Antragsprüfung.**

Möglichkeit II:

☐ **Soweit zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten oder andere der Schweigepflicht unterliegende Informationen erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.**

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegender Informationen an Stellen außerhalb der Baloise Lebensversicherung AG Deutschland

Für die Risiko- und Leistungsprüfung kann es notwendig sein, Ihre Daten an Stellen außerhalb der Baloise Lebensversicherung AG Deutschland weiterzugeben. Dies geschieht regelmäßig auf gesetzlicher Grundlage, z. B. an medizinische Gutachter und Auftragsverarbeiter. In den nachfolgenden Fällen ist eine Einwilligung und ggf. eine Schweigepflichtentbindung zur Bearbeitung Ihrer Anliegen zwingend erforderlich.

3.1. Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer

Wenn Sie als versicherte Person nicht selbst Antragsteller bzw. Vertragspartei sind, kann es erforderlich sein, dass wir dem Versicherungsnehmer Daten mitteilen, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen. Das gilt insbesondere für die Ergebnisse der Risikoprüfung wie die Versicherbarkeit einschließlich der Feststellung etwaiger Ausschlüsse vom Versicherungsschutz wegen bestimmter Erkrankungen. Auch zur Durchführung des Versicherungsvertrages kann es erforderlich sein, dem Versicherungsnehmer Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit geben, zur Kenntnis zu geben. Das gilt insbesondere, wenn an den Versicherungsnehmer Hinweise auf zu erfüllende vertragliche Anzeige- und Auskunftspflichten oder zur Einhaltung von Fristen gegeben werden müssen sowie für die Mitteilung der Ergebnisse der Leistungsprüfung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – soweit dies für die oben genannten Zwecke erforderlich ist – dem Versicherungsnehmer gegenüber offenlegt. Soweit erforderlich, entbinde ich dazu die Mitarbeiter der Baloise Lebensversicherung AG Deutschland von Ihrer Schweigepflicht.

3.2. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben.

Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag dem Rückversicherer vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer uns aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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

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

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistik, wissenschaftliche Forschung) verarbeitet. Ohne die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie von uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verarbeitet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.

 2026-11-09-13.44.00.164316

3.3. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben in der Regel keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler (Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler) weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Versicherungsvermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Versicherungsvermittler, 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 Versicherungsvertreters kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Versicherungsvertreter kommen. Sie werden in diesem Fall vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten an den neuen Versicherungsvertreter informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen. Dies gilt auch für eine Übertragung von Vertragsdaten von einem Versicherungsmakler auf einen Versicherungsvertreter. Für die Übertragung von Vertragsdaten von einem Versicherungsmakler auf einen anderen Versicherungsmakler gilt dies nur, sofern der neue Versicherungsmakler dem Versicherungsunternehmen noch keine Maklervollmachtvorgelegt hat und eine Datenübermittlung erforderlich ist. In diesem Fall benötigen wir auch Ihre Schweigepflichtentbindung.

Für die Datenweitergabe in diesen Fällen benötigen wir Ihre Einwilligung. Die Einwilligung gilt auch für die Übermittlung von Gesundheitsdaten an Dienstleistungsgesellschaften, die vom Versicherungsvermittler für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsmakler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein.

Ich willige ein, dass die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland meine Gesundheitsdaten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler, dessen Dienstleister und zwischengeschaltete Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort verarbeitet werden dürfen. Soweit erforderlich entbinde ich dazu die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland von Ihrer Schweigepflicht.

4. Verarbeitung von genetischen Daten gemäß Gendiagnostikgesetz

Auch genetische Untersuchungen und Analysen können relevante Informationen über Ihren Gesundheitszustand enthalten. Für den Abschluss eines Versicherungsvertrages verlangen wir keine Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen. Sind genetische Untersuchungen und Analysen bereits vorgenommen worden, kann es in der Risiko- und in der Leistungsprüfung erforderlich sein, dass wir Ergebnisse und Daten solcher Untersuchungen und Analysen verarbeiten. Eine Verarbeitung kann in den folgenden Fällen durchgeführt werden:

Wenn eine Leistung von mehr als 300 000 Euro oder mehr als 30 000 Euro Jahresrente in der Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Pflegerentenversicherung vereinbart wird verarbeiten wir Ergebnisse und Daten aus vorgenommenen genetischen Untersuchungen und Analysen zur Risikoprüfung und zur Leistungsprüfung.

Wurden durch bereits bei Ihnen vorgenommene genetische Untersuchungen oder Analysen Erkrankungen festgestellt, benötigen wir Informationen über diese Erkrankungen ebenfalls, wenn dies zur Risikoprüfung erforderlich ist.

Wir bitten Sie für diese Fälle um Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Ohne die Erteilung Ihrer Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, den Versicherungsvertrag abzuschließen.

Ich willige ein, dass die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland meine genetischen Daten im oben beschriebenen Umfang

- **entsprechend Ziff. 1 zur Risikoprüfung sowie zur Begründung dieses Versicherungsvertrages verarbeitet;**
- **entsprechend meiner unter Ziff. 2.1 und 2.2. getroffenen Auswahl zur Risikobeurteilung *und Prüfung der Leistungspflicht* bei Dritten abfragt;**
- **entsprechend Ziff. 3.2 an Rückversicherungen übermittelt und von diesen zu den genannten Zwecken verarbeitet werden.**

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

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

Ich willige ein, dass die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu dem oben genannten Zweck speichert und nutzt.

6. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später unter der oben angegebenen Adresse mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Zu den Folgen von Streichungen in den Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungen verweisen wir auf die Angaben in den vorstehenden Bausteinen. Wir weisen nochmals klarstellend darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten und ggf. genetischen Daten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

Ort

Datum 09.11.2026

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

✗

Unterschrift der zu versichernden Person
(falls nicht Antragsteller/Versicherungsnehmer)

✗

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

Unterschrift der mitversicherten Person
(falls nicht Antragsteller/Versicherungsnehmer)

✗

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

✗

2026-11-09-13.44.00.164316

Dienstleisterliste der Baloise Lebensversicherung AG Deutschland

Dienstleister, bei denen die systematische automatisierte Verarbeitung von personenbezogenen Daten den Hauptgegenstand des Auftrages der Baloise Lebensversicherung AG Deutschland bildet, und die langfristig oder dauerhaft beauftragt sind:

Auftragnehmer	Übertragene Aufgaben
Helvetia Baloise Holding AG	Rechenzentrum, Durchführung PEP- und Embargoscreening, Konzernrevision
Baloise Vertriebsservice AG	Unterstützung bei der Antragsbearbeitung und Erteilung von Vertragsauskünften bei Verträgen, die von Maklern über die Baloise Vertriebsservice AG eingereicht werden
Helvetia schweizerische Lebensversicherungs AG	Unterstützung bei der Antragsbearbeitung
Reisswolf Archivservice GmbH	Aktenvernichtung

Kategorien der Dienstleister, bei denen die systematische automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrages der Baloise Lebensversicherung AG Deutschland ist und/oder, die nur einmalig oder kurzfristig beauftragt werden:

Dienstleister (Kategorie)	Übertragene Aufgaben
Adressermittler	Adressprüfung
Ärzte, Rückversicherer, Berufskundler, Sachverständige	Gutachtenerstellung, Schadenaufklärung/Außenregulierung, Bewertung von Schäden
Akten- und Datenvernichter	Entsorgung von Akten und Datenträgern
Assisteure	Assistancedienstleistungen
Detekteien, Risikomanagement- und Servicedienstleister	Sachverhaltsaufklärung im Einzelfall
Druckdienstleister	Erzeugung von Druckstücken jeglicher Art
Inkassounternehmen	Forderungseinzug
IT-Dienstleister	Wartung, Analyse und Beratung
Letter-Shops	Serienbrieferstellung, Durchführung von Mailingaktionen
Markt- und Meinungsforschungsunternehmen	Durchführung von Kundenzufriedenheitsbefragungen, Markt- und Meinungsforschung
Ratingagenturen	Versicherer und ihre Produkte bewerten
Rechtsanwälte	Rechtsberatung, gerichtliche und außergerichtliche Interessenvertretung
Übersetzungsbüros	Übersetzung fremdsprachiger Dokumente
Wirtschaftsauskunfteien	Einholung von Auskünften im Rahmen der Risikoprüfung und Leistungsfallbearbeitung
Wirtschaftsprüfungsgesellschaften	Beratungsdienstleistungen

Selbstverständlich geben wir Ihre personenbezogenen Daten nur im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Regelungen (u. a. Art. 6 und 9 DSGVO) weiter. Dies ist insbesondere dann der Fall, sofern Sie uns hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben, dies zur Erfüllung Ihres Vertrages oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist.

Baloise Lebensversicherung AG Deutschland

Ludwig-Erhard-Straße 22
20459 Hamburg
www.baloise.de
kunde@baloise.de

Allgemeine Versicherungs-bedingungen

Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung

A Vertragsschluss 2

1
Wer ist Ihr Vertragspartner? Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? 2

2
Was sind die wesentlichen Merkmale Ihres Vertrags? 3

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

4
Welche Folgen hat es, wenn Sie uns gegenüber unvollständige oder falsche Angaben machen? 3

5
Welche Dauer hat Ihr Vertrag? 4

6
Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen? 5

B Leistungen und Einschränkungen 5

7
Wie sind Sie abgesichert, wenn die ↗versicherte Person berufsunfähig wird? 5

8
Wann ist die ↗versicherte Person berufsunfähig? 7

9
Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik vereinbart haben? 14

10
Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie den Arbeitsunfähigkeitsschutz vereinbart haben? 14

11
Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie den Krankheitenschutz vereinbart haben? 15

12
Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie den Pflegeschutz vereinbart haben? 17

13
Wie sind Sie zusätzlich abgesichert, wenn Sie die Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung Cash+ vereinbart haben? 17

14
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? 17

C Auszahlung der Leistungen 18

15
Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung aus dem Vertrag erhalten möchten? 18

16
Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir leisten? Wie zahlen wir aus? 21

17
Was müssen Sie beachten, während wir Leistungen erbringen? 22

18
Welche Folgen hat es, wenn Sie Ihre Pflichten verletzen? 22

19
Wer erhält die Leistung? 23

D Beitragszahlung und Kosten 23

20
Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen? 23

21
Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen? 24

22
Welche Möglichkeiten haben Sie, wenn Sie Ihre Beiträge senken oder stoppen möchten? 24

23
Wie können Sie die Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen (Beitragsdynamik)? 27

24
Welche Kosten fallen für Ihren Vertrag an? 28

E Sonstige Regelungen während der Vertragsdauer 29

25
Welche Rechnungsgrundlagen verwenden wir? 29

26
Welche Überschüsse können während der ↗Vertragsdauer zu Ihren Leistungen hinzukommen? 29

27
Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen, bevor wir versicherte Leistungen erbringen? 29

28
Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen, während wir Leistungen an Sie erbringen? 30

29
Wann und wie können Sie die Leistungen unabhängig vom Gesundheitszustand der ↗versicherten Person erhöhen (Nachversicherungsgarantie)? 30

30
Was ist die Risiko-Option? 33

31
In welchen Fällen können Sie die ↗Versicherungsdauer oder die ↗Leistungsdauer verlängern? 33

32
Welche Optionen können Sie nachträglich einschließen? 34

33
Was müssen Sie beachten, wenn die ↗versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit ändert? 34

34
Wann können wir die Beiträge oder Leistungen anpassen? 34

35
Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen? 35

36
Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift, Ihr Name oder Ihr steuerlicher Status ändert? 35

37
Wo können Sie sich beschweren und wo sind gerichtliche Klagen einzureichen? 36

F Kündigung des Vertrags 37

38
Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen? 37

39
Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen? 37

Glossar 38

A Vertragsschluss

1
Wer ist Ihr Vertragspartner?
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
Wir sind die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland, eine Lebensversicherungsgesellschaft mit Sitz in Hamburg. Wenn Sie mit uns einen Vertrag schließen, werden Sie unser ↗Versicherungsnehmer oder unsere ↗Versicherungsnehmerin.

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

a. Eine ↗schriftliche Annahmeerklärung oder
b. den ↗Versicherungsschein.

c. Der Versicherungsschutz besteht frühestens ab diesem Zeitpunkt. Wenn im ↗Versicherungsschein ein späterer Zeitpunkt als Versicherungsbeginn genannt ist, beginnt Ihr Versicherungsschutz zu diesem Zeitpunkt um 12.00 Uhr. Wir müssen nicht leisten, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (21).

2
Was sind die wesentlichen Merkmale Ihres Vertrags?
Ihr Vertrag ist eine Versicherung, die folgende Leistungen erbringt:

a. Eine Berufsunfähigkeits-Rente, wenn die ↗versicherte Person berufsunfähig wird.
b. Wenn Sie den Arbeitsunfähigkeitsschutz (10) beantragt haben: Eine Rente in Höhe der Berufsunfähigkeits-Rente, solange die ↗versicherte Person arbeitsunfähig ist, längstens für 36 Monate.
c. Wenn Sie den Krankheitenschutz (11) beantragt haben: Eine Einmalzahlung, wenn die ↗versicherte Person schwer erkrankt oder einen schweren Unfall erleidet.
d. Wenn Sie den Pflegeschutz (12) beantragt haben: Eine lebenslange Berufsunfähigkeits-Rente, wenn die ↗versicherte Person zum Ende der ↗Leistungsdauer eine Berufsunfähigkeits-Rente erhält und außerdem pflegebedürftig ist.
e. Wenn Sie die Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung Cash+ (13) vereinbart haben: Eine Einmalzahlung zusätzlich zur Berufsunfähigkeits-Rente (a.), wenn die ↗versicherte Person erstmalig berufsunfähig wird.

3
Was müssen Sie beachten, wenn Sie den Antrag stellen?
Im Antrag fragen wir Sie nach verschiedenen Angaben, die für das versicherte Risiko bedeutsam sind, zum Beispiel zu Ihrer Gesundheit. Alle Fragen im Antrag, die wir Ihnen in ↗Textform stellen, müssen Sie vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Dies nennen wir Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht.

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

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

4.1
Wann können wir vom Vertrag zurücktreten?
Wir können vom Vertrag zurücktreten, wenn Sie oder die ↗versicherte Person unsere Fragen nicht vollständig oder falsch beantwortet haben. Damit wir zurücktreten können, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

a. Wir haben Ihnen die Fragen in ↗Textform gestellt und
b. die Fragen sind bedeutsam für das versicherte Risiko.

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

4.2
Welche Folgen treten ein, wenn wir vom Vertrag zurücktreten?
Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, endet Ihr Versicherungsschutz.

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

Ein verschwiegener oder falsch angegebener Umstand war nicht die Ursache dafür,

- dass der ↗Versicherungsfall eingetreten ist oder festgestellt wurde,
- dass die Leistungspflicht festgestellt wurde und
- dass die Leistungspflicht im aufgetretenen Umfang angefallen ist.

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

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

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

Wir können jedoch den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen. Wenn wir kündigen, gehen wir wie bei einem Beitrags-Stopp (22) vor. Wir verzichten auf dieses Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflicht ↗unverschuldet verletzt haben.

4.3.2
Wenn Sie Ihre Anzeigepflicht ↗grob fahrlässig oder ↗fahrlässig verletzt haben, gilt: Wir können unter folgenden

Bedingungen den Vertrag weder kündigen noch von ihm zurücktreten:

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

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

4.4.1
Wenn wir vom Vertrag nicht zurücktreten oder den Vertrag nicht kündigen können, gilt: Wir nehmen neue Bedingungen in den Vertrag auf. Bedingungen, zu denen wir den Vertrag geschlossen hätten, wenn wir die verschwiegenen Umstände gekannt hätten. Die neuen Bedingungen gelten ab folgendem Zeitpunkt: Wenn Sie die Anzeigepflicht ↗grob fahrlässig oder ↗fahrlässig verletzt haben, gelten die neuen Bedingungen rückwirkend ab Vertragsbeginn. Die neuen Bedingungen können dazu führen, dass wir Ihnen keinen Versicherungsschutz für den Umstand anbieten, den Sie uns verschwiegen haben. Wenn Sie die Anzeigepflicht ↗unverschuldet verletzt haben, verzichten wir darauf, die Bedingungen anzupassen.

4.4.2
Was können Sie tun, wenn wir Ihnen die neuen Bedingungen mitgeteilt haben? Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats kündigen, nachdem Ihnen unsere Mitteilung zugegangen ist. In dieser Mitteilung weisen wir Sie auf das Recht zu kündigen hin. Damit Sie kündigen können, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:
a. Der Beitrag erhöht sich um mehr als 10 Prozent dafür, dass wir das neue Risiko übernehmen, oder
b. die versicherte Leistung sinkt um mehr als 10 Prozent oder
c. wir bieten Ihnen keinen Versicherungsschutz für den Umstand an, den Sie uns verschwiegen haben.

4.5
Welche Frist und Form müssen wir beachten, wenn wir vom Vertrag zurücktreten, diesen kündigen oder neue Bedingungen aufnehmen?
Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Bedingungsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Wir müssen diese Rechte ↗schriftlich geltend machen. Die Monatsfrist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir davon erfahren haben, dass Sie Ihre Anzeigepflicht verletzt haben. Wenn wir unsere Rechte ausüben, müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unseren Rücktritt, unsere Kündigung oder Bedingungsänderung stützen. Wir können nachträglich weitere Gründe angeben. Auch hierfür gilt jeweils eine Monatsfrist ab dem Zeitpunkt, zu dem wir davon erfahren haben. In folgenden Fällen können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder die Bedingungen ändern:
a. Wir kannten den Umstand, den Sie verschwiegen haben,
b. es war uns bekannt, dass der Umstand nicht richtig war oder
c. es sind bereits fünf Jahre vergangen, seitdem wir den Vertrag geschlossen haben. Außerdem ist innerhalb dieser fünf Jahre kein ↗Versicherungsfall eingetreten. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht ↗vorsätzlich oder ↗arglistig verletzt haben.

4.6
Wann können wir den Vertrag anfechten?
Wenn Sie oder die ↗versicherte Person die Anzeigepflicht ↗arglistig verletzen oder uns ↗arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten. Dann müssen wir keine Leistung erbringen. Dies gilt auch dann, wenn die ↗versicherte Person unvollständige oder falsche Angaben gemacht hat, ohne dass Sie davon Kenntnis hatten.

Wenn wir den Vertrag anfechten, entfällt der Versicherungsschutz rückwirkend ab Vertragsbeginn. Ist ein ↗Deckungskapital vorhanden, zahlen wir Ihnen dieses aus. Sie haben keinen Anspruch, dass wir die Beiträge zurückzahlen.

4.7
Welche Besonderheit gilt, wenn Sie später den Umfang des Versicherungsschutzes erweitern möchten?
Wenn wir zu einem späteren Zeitpunkt auf Ihren Wunsch hin den Umfang des Versicherungsschutzes erweitern, gilt: Dann können wir in Bezug auf den erhöhten Teil des Vertrags die zuvor genannten Rechte ebenfalls geltend machen. Die in 4.5 genannten Fristen beginnen bezüglich des geänderten Teils neu zu laufen. Dasselbe gilt, wenn Sie nach einem Beitrags-Stopp wieder Beiträge zahlen möchten.

5
Welche Dauer hat Ihr Vertrag?
Bei Vertragsbeginn vereinbaren wir zwei Altersgrenzen:
a. Bis zu welchem Alter sind Sie mit diesem Vertrag geschützt (↗Versicherungsdauer)?
b. Bis zu welchem Alter zahlen wir Ihnen Leistungen, wenn ein ↗Versicherungsfall eintritt (↗Leistungsdauer)? Die ↗Leistungsdauer kann gleich lang oder länger als die ↗Versicherungsdauer sein.

Beide Angaben finden Sie im ↗Versicherungsschein.

Ihr Vertrag endet in folgenden Fällen:
a. Das Ende der ↗Versicherungsdauer ist erreicht. Ausnahme: Wenn vor dem Ende der ↗Versicherungsdauer ein ↗Versicherungsfall eingetreten ist, endet der Vertrag zum Ende der ↗Leistungsdauer.
b. Die ↗versicherte Person stirbt.
c. Sie haben den Vertrag gekündigt oder einen Beitrags-Stopp beantragt und der Vertrag erlischt.

6
Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen?
Ihr Vertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

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

Alle Mitteilungen zu diesem Vertrag müssen in ↗Textform erfolgen. Ansonsten müssen die Mitteilungen nicht beachtet werden. Wir können mit Ihnen abweichende Vereinbarungen treffen. Wenn Sie sterben, dürfen wir unsere ↗Erklärungen an folgende Personen schicken:
- Eine von Ihnen bevollmächtigte Person,
- die ↗begünstigte Person oder
- den Inhaber/die Inhaberin des ↗Versicherungsscheins unter folgenden Voraussetzungen:
  - Eine ↗begünstigte Person ist nicht vorhanden oder
  - wir können ihren Aufenthalt nicht ermitteln.

B Leistungen und Einschränkungen

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

7.1
Welche Leistungen erhalten Sie, wenn die ↗versicherte Person berufsunfähig wird?
Wenn die ↗versicherte Person während der ↗Versicherungsdauer berufsunfähig (8) wird, erbringen wir folgende Leistungen:
- Wir zahlen eine Berufsunfähigkeits-Rente am Anfang eines jeden Monats und
- Sie müssen keine Beiträge für diesen Vertrag mehr zahlen.

Wie hoch die Berufsunfähigkeits-Rente ist, entnehmen Sie Ihrem ↗Versicherungsschein. Sie kann sich um Überschüsse erhöhen (26, 27, 28).

7.2
In welchen Ländern sind Sie versichert?
Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

7.3
Wie lange zahlen wir Ihnen Leistungen?
Wenn die ↗versicherte Person berufsunfähig geworden ist, erbringen wir unsere Leistung erstmals zu folgendem Zeitpunkt: Zum Anfang des nächsten Monats, nachdem die ↗versicherte Person berufsunfähig geworden ist.

Sie können eine Leistung aus diesem Vertrag jederzeit beantragen. Es gibt keine Frist, bis zu der Sie den ↗Versicherungsfall melden müssen. Wenn Sie die Berufsunfähigkeit jedoch so spät melden, dass Sie diese für die Vergangenheit nicht mehr nachweisen können, gilt: Wir zahlen dann eine rückwirkende Leistung für den Zeitraum, für den Sie die Berufsunfähigkeit nachweisen. Beachten Sie dazu 15.

Sie können auch einen späteren Beginn der Berufsunfähigkeits-Rente beantragen. Wir leisten dann frühestens ab diesem Zeitpunkt.

Unsere Leistungen enden, wenn
- die ↗versicherte Person nicht mehr berufsunfähig ist,
- die ↗versicherte Person stirbt oder
- wenn die ↗Leistungsdauer endet.

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

Wenn die ↗versicherte Person nach Ablauf der ↗Versicherungsdauer erneut berufsunfähig wird, leisten wir unter folgenden Bedingungen:
- Die erneute Berufsunfähigkeit muss ihren Ursprung in einer zuvor von uns anerkannten Berufsunfähigkeit haben und
- das Ende der ↗Leistungsdauer darf noch nicht erreicht sein.

7.4
Wann zahlen wir Ihnen eine Umschulungshilfe?
Wir zahlen unter folgenden Bedingungen eine Umschulungshilfe:
- Die ↗versicherte Person ist berufsunfähig nach diesen Bedingungen.
- Die ↗versicherte Person hat eine Umschulungsmaßnahme der Agentur für Arbeit oder eines staatlich anerkannten Bildungsträgers erfolgreich abgeschlossen.

- Die Umschulungsmaßnahme stellt in Aussicht, dass die Berufsunfähigkeit dadurch endet.
- Wir zahlen eine pauschale Umschulungshilfe von 1.500 EUR.
- Die Umschulungshilfe zahlen wir höchstens einmal während der Vertragslaufzeit.

Wenn für die ↗versicherte Person mehrere Verträge mit einer Umschulungshilfe bestehen, gilt: Wir zahlen höchstens 1.500 EUR Umschulungshilfe für alle Verträge zusammen.

7.5
Wann zahlen wir Ihnen einen Startzuschuss?
Wir zahlen einen Startzuschuss unter folgenden Bedingungen:
- Wir müssen keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit mehr erbringen.
- Die ↗versicherte Person übt tatsächlich eine neue berufliche Tätigkeit aus. Diese unterscheidet sich von der Tätigkeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit.
- Die neue Tätigkeit muss der Lebensstellung der ↗versicherten Person vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entsprechen.

Der Startzuschuss beträgt sechs zuletzt gezahlte monatliche Berufsunfähigkeits-Renten, höchstens 10.000 EUR. Der Startzuschuss darf außerdem nicht höher sein als die verbleibenden Berufsunfähigkeits-Renten bis zum Ende der ↗Leistungsdauer. Wir zahlen den Startzuschuss zu Beginn des Monats, in dem wir keine Leistungen mehr erbringen. Wenn die ↗versicherte Person innerhalb von sechs Monaten erneut aus den gleichen medizinischen Gründen berufsunfähig wird, gilt: Wir rechnen den Startzuschuss auf die neuen Berufsunfähigkeits-Renten an.

Sie können den Startzuschuss auch mehrfach erhalten. Wenn die ↗versicherte Person nach mehr als sechs Monaten erneut berufsunfähig wird, gilt: Wir zahlen den Startzuschuss erneut, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

Unter folgenden Bedingungen zahlen wir keinen Startzuschuss:
- Wenn Sie oder die ↗versicherte Person ihre Mitwirkungspflicht nach 17.1 verletzt haben oder
- wir eine Umorganisationshilfe (8.1 e.) gezahlt haben.

7.6
Wann zahlen wir Ihnen eine Schulungshilfe?
Wir zahlen unter folgenden Bedingungen eine Schulungshilfe:
- Sie haben einen Startzuschuss nach 7.5 innerhalb der letzten zwölf Monate erhalten.
- Die Schulungshilfe unterstützt die ↗versicherte Person an veränderte Arbeitsbedingungen.
- Wir erstatten die Kosten einer abgeschlossenen Schulungsmaßnahme bis zu 3.000 EUR. Die Kosten müssen Sie uns nachweisen. Wir erstatten die Kosten nur, soweit sie nicht anderweitig erstattet werden.

Wenn für die ↗versicherte Person mehrere Verträge mit einer Schulungshilfe bestehen, gilt: Wir zahlen höchstens 3.000 EUR Schulungshilfe für alle Verträge zusammen.

7.7
Wann erhalten Sie eine Rehabilitationshilfe?
In folgendem Fall zahlen wir eine Rehabilitationshilfe in Höhe der tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens bis zu sechs monatlichen Berufsunfähigkeits-Renten:
- Die ↗versicherte Person nimmt freiwillig an einer Rehabilitations-Maßnahme auf eigene Kosten teil.
- Die Maßnahme kann aus medizinischer Sicht nachvollziehbar dazu führen, dass die ↗versicherte Person danach nicht mehr berufsunfähig nach 8 ist.

Wenn wir eine Leistung prüfen, können wir außerdem mit Ihnen einvernehmlich eine Rehabilitationshilfe in diesem Fall vereinbaren: Die Rehabilitations-Maßnahme kann dazu führen, dass der Eintritt der Berufsunfähigkeit abgewendet werden kann.

Sie können die Rehabilitationshilfe auch mehrfach in Anspruch nehmen.

7.8
Wann können Sie sich einen Teil der Rente als Kapitalleistung auszahlen lassen?
Sie können sich einmalig zum Rentenbeginn einen Teil der Berufsunfähigkeits-Renten als einmalige Kapitalleistung auszahlen lassen. Dazu muss die ↗versicherte Person berufsunfähig sein. Die Kapitalleistung darf höchstens so hoch sein wie sechs monatliche Berufsunfähigkeits-Renten.

Sie können keine Kapitalleistung mehr erhalten, wenn
- die verbleibende ↗Leistungsdauer weniger als zwei Jahre beträgt oder
- Sie bereits eine Berufsunfähigkeits-Rente aus diesem Vertrag erhalten haben.

Wenn wir eine Kapitalleistung auszahlen, verschiebt sich der Rentenbeginn um die Anzahl der Monate, für die wir eine Kapitalleistung gezahlt haben.

8
Wann ist die ↗versicherte Person berufsunfähig?

8.1
Was ist Berufsunfähigkeit nach diesen Bedingungen?

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

a. Die ↗versicherte Person
   - kann ihren Beruf für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen
   - zu mindestens 50 Prozent nicht mehr ausüben

   oder
   - sie konnte ihren Beruf sechs Monate ununterbrochen
   - zu mindestens 50 Prozent nicht ausüben und
   - dieser Zustand dauert an. Dann stellen wir auf den Beginn dieses Zeitraums ab.

   Wir prüfen nicht nur den zeitlichen Umfang, in dem alle Teil-Tätigkeiten ausgeübt werden können. Wir prüfen auch, inwieweit die ↗versicherte Person noch prägende Tätigkeiten ausüben kann. Prägende Tätigkeiten sind unverzichtbar für die Gesamttätigkeit, so dass die berufliche Tätigkeit ohne sie nicht mehr sinnvoll wäre.

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

c. Maßgeblich für a. sind
   - der zuletzt ausgeübte Beruf und
   - die bisherige Lebensstellung (8.2),
   - wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet waren.

d. Die ↗versicherte Person übt keine andere zumutbare Tätigkeit tatsächlich aus, die sie aufgrund ihrer ↗Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann.

   Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung. Das bedeutet, dass wir eine Leistung nicht ablehnen, weil die ↗versicherte Person
   - zwar eine andere zumutbare Tätigkeit ausüben könnte,
   - diese aber tatsächlich nicht ausübt.

   Ist die ↗versicherte Person Arzt/Ärztin, Zahnärztin/Zahnarzt, Tierarzt/Tierärztin, Apotheker:in, Anwältin/Anwalt, Notar:in, Steuerberater:in oder Wirtschaftsprüfer:in, gilt: Wir verzichten auf eine konkrete Verweisung, wenn die ausgeübte Tätigkeit nicht zur Führung der gleichen Berufsbezeichnung berechtigt. Beispiele: Bei einer Tierärztin verweisen wir konkret nur auf andere Tätigkeiten, die nur von Tierärzten und Tierärztinnen ausgeübt werden dürfen. Bei einem Rechtsanwalt verweisen wir konkret nur auf andere Tätigkeiten, für die man als Rechtsanwalt oder Rechtsanwältin zugelassen sein muss. Wenn ein vormaliger Rechtsanwalt zum Beispiel als Unternehmensberater tätig ist, verweisen wir nicht auf diese Tätigkeit. Ein Unternehmensberater ist aufgrund seiner Tätigkeit nicht berechtigt, die Berufsbezeichnung als Rechtsanwalt zu führen.

e. Wenn die ↗versicherte Person selbstständig oder freiberuflich arbeitet, gilt außerdem: Sie könnte auch dann nicht weiter tätig sein, wenn ihr Arbeitsplatz umorganisiert würde. Die Umorganisation des Arbeitsplatzes muss zumutbar und wirtschaftlich angemessen sein. Eine Umorganisation des Arbeitsplatzes ist wirtschaftlich angemessen, wenn diese
   - von Ihnen oder der ↗versicherten Person vorgenommen werden kann, indem das Direktions- und Weisungsrecht ausgeübt wird,
   - keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und
   - unternehmerisch zweckmäßig ist.

   Wenn wir prüfen, ob die Kosten für eine Umorganisation zumutbar sind, berücksichtigen wir
   - die individuellen betrieblichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten und
   - die höchstrichterliche Rechtsprechung.

   Wir verzichten auf eine Prüfung der Umorganisation, wenn die ↗versicherte Person
   - eine akademische ↗Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und
   - mindestens 90 Prozent der täglichen Arbeitszeit kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt.

   Wir verzichten außerdem auf eine Prüfung der Umorganisation, wenn die ↗versicherte Person Arzt/Ärztin, Zahnärztin/Zahnarzt, Tierarzt/Tierärztin, Apotheker:in, Anwältin/Anwalt, Notar:in, Steuerberater:in oder Wirtschaftsprüfer:in ist.

Wir verzichten ebenfalls auf eine Prüfung der Umorganisation, wenn der Betrieb der ↗versicherten Person weniger als zehn Mitarbeitende beschäftigt.

Wir zahlen unter folgenden Bedingungen eine einmalige Umorganisationshilfe:
- Wir erbringen keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, weil der Arbeitsplatz der ↗versicherten Person umorganisiert werden konnte.
- Die verbleibende ↗Leistungsdauer beträgt mindestens zwölf Monate.
- Wir zahlen keinen Startzuschuss (7.5).

Wir zahlen die Umorganisationshilfe in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens 24 monatliche Berufsunfähigkeits-Renten oder 30.000 EUR. Die Umorganisationshilfe darf außerdem nicht höher sein als die verbleibenden Berufsunfähigkeits-Renten bis zum Ende der ↗Leistungsdauer. Wenn die ↗versicherte Person innerhalb von sechs Monaten erneut aus den gleichen medizinischen Gründen berufsunfähig wird, gilt: Wir rechnen die Umorganisationshilfe auf die neuen Berufsunfähigkeits-Renten an.

Wenn für die ↗versicherte Person mehrere Verträge mit einer Umorganisationshilfe bestehen, gilt: Wir zahlen höchstens 30.000 EUR Umorganisationshilfe für alle Verträge zusammen.

f. Zumutbarkeit nach d. und e. liegt vor, wenn
   - die ↗versicherte Person so gesund ist, dass sie zu mehr als 50 Prozent die entsprechende beruflche Tätigkeit ausüben kann und
   - die entsprechende berufliche Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung (8.2) entspricht.

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

8.2
Wie definieren wir den Begriff der bisherigen Lebensstellung?
Wir verstehen unter dem Begriff der bisherigen Lebensstellung
- das bisher erzielte Einkommen,
- das soziale Ansehen und
- die Wertschätzung der bislang ausgeübten maßgeblichen beruflichen Tätigkeit.

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

Folgendes erkennen wir als unzumutbar an: Das Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit vermindert sich um mehr als 20 Prozent. Wenn es für Sie von Vorteil ist, berücksichtigen wir das durchschnittliche Bruttoeinkommen der letzten drei Jahre.

8.3
Welcher Beruf und welche Lebensstellung sind nach einem Ausscheiden maßgeblich?
Wenn die ↗versicherte Person vorübergehend oder dauerhaft aus dem Berufsleben ausscheidet und berufsunfähig wird, gilt:
- Maßgeblich für die Berufsunfähigkeit sind der ausgeübte Beruf und die Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens.
- Die ↗versicherte Person ist in folgendem Fall nicht berufsunfähig: Sie übt eine andere zumutbare Tätigkeit tatsächlich aus, die ihrer ↗Ausbildung und ihren Fähigkeiten entspricht.

8.4
Was verstehen wir unter Berufsunfähigkeit, weil die ↗versicherte Person pflegebedürftig ist?
Die ↗versicherte Person ist auch berufsunfähig, wenn sie pflegebedürftig nach 8.4.1 ist.

8.4.1
Was ist Pflegebedürftigkeit nach diesen Bedingungen?
Die ↗versicherte Person ist nach diesen Bedingungen pflegebedürftig, wenn sie
- erheblich beeinträchtigt nach Pflegegrad 2 oder höher gemäß §§ 14 und 15 Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 01.07.2024 ist,
- bei mindestens einer der in 8.4.2 genannten Verrichtungen Hilfe benötigt oder
- pflegebedürftig infolge Demenz nach 8.4.3 ist.

Die Pflegebedürftigkeit muss
- voraussichtlich für mindestens sechs Monate andauern oder
- mindestens sechs Monate bestanden haben und noch andauern. Dann stellen wir auf den Beginn dieses Zeitraums ab.

Die Ursache dafür ist
- eine Krankheit,
- eine Verletzung des Körpers,
- ein Verfall der Kräfte oder
- eine Behinderung.

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

8.4.2
Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor, weil die ↗versicherte Person nicht alle Verrichtungen des täglichen Lebens ausüben kann?
Wenn wir den Umfang der Pflegebedürftigkeit bewerten, prüfen wir die nachfolgend genannten Umstände.

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

a. Sich in einem Zimmer zu bewegen
   Die ↗versicherte Person kann sich an ihrem üblichen Aufenthaltsort nicht ohne fremde Hilfe von Zimmer zu Zimmer auf ebener Oberfläche bewegen. Die ↗versicherte Person benötigt die Hilfe eines anderen auch dann, wenn sie eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl benutzt.
b. Aufstehen und Zubettgehen
   Die ↗versicherte Person kann nicht ohne fremde Hilfe das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
c. Sich an- und auszukleiden
   Die ↗versicherte Person kann sich nicht ohne fremde Hilfe an- und auskleiden. Die ↗versicherte Person benötigt die Hilfe auch dann, wenn sie krankengerechte Kleidung verwendet.
d. Mahlzeiten und Getränke einzunehmen
   Die ↗versicherte Person kann nicht ohne fremde Hilfe essen und trinken. Die ↗versicherte Person kann dies auch dann nicht, wenn die Mahlzeiten für sie essfertig vorbereitet und die Getränke bereitgestellt werden. Die ↗versicherte Person kann auch dann nicht essen und trinken, wenn sie krankengerechte Essbestecke und Trinkgefäße benutzt.
e. Sich zu waschen
   Die ↗versicherte Person kann sich nicht ohne fremde Hilfe so waschen, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene erreicht wird. Die ↗versicherte Person kann dies auch dann nicht, wenn sie Hilfsmittel wie Wannengriffe oder einen Wannenlift nutzt. Es liegt kein Hilfebedarf nach e. vor, wenn die ↗versicherte Person lediglich außerstande ist, in das Badezimmer zu gelangen.
f. Auf Toilette zu gehen
   Die ↗versicherte Person kann nicht ohne fremde Hilfe auf Toilette gehen, weil
   - sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
   - sie eine Bettschüssel benötigt,
   - sie den Darm oder die Blase nicht eigenständig entleeren kann oder
   - sie wegen einer Darm- oder Blaseninkontinenz mindestens eines der folgenden Hilfsmittel verwenden muss:
     - Windeln,
     - spezielle Einlagen,
     - einen Katheter oder
     - einen Kolostomiebeutel.

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

8.4.3
Wann liegt Pflegebedürftigkeit infolge Demenz vor?
Eine Demenz ist eine kognitive Störung, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht ist. Beispiele für Erkrankungen: Alzheimerkrankheit und Multiinfarktdemenz. Die Demenz zeichnet sich dadurch aus, dass die ↗versicherte Person geistige Fähigkeiten verliert. Dies wirkt sich aus auf das
- Denk-,
- Erkennungs-,
- Erinnerungs- und
- Orientierungsvermögen.

Die ↗versicherte Person ist infolge Demenz pflegebedürftig, wenn sie in mindestens erheblichem Maße
- täglich beaufsichtigt werden muss,
- zu den in 8.4.2 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens angeleitet werden muss oder
- ununterbrochen beaufsichtigt werden muss, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.

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

Ein Facharzt oder eine Fachärztin für Nervensysteme (Neurologe/Neurologin) muss feststellen, dass eine Demenz vorliegt. Dazu muss die Ärztin oder der Arzt einen ausführlichen Befund erheben. Dabei muss der Arzt oder die Ärztin die ↗versicherte Person körperlich und psychopathologisch untersuchen. Der Arzt oder die Ärztin muss den Schweregrad der Demenz mit Hilfe psychometrischer Tests feststellen. Pflegebedürftigkeit infolge Demenz liegt nur vor, wenn mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen" vorliegt. Die Ärztin oder der Arzt muss den Schweregrad über die Global

Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg ermitteln. Alternativ kann ein entsprechender Schweregrad einer anderen anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen. Pflegebedürftigkeit infolge Demenz liegt nicht vor bei leichten oder mäßigen Störungen der Hirnleistung. Wir können verlangen, dass sich die ↗versicherte Person erneut untersuchen lassen muss. Dies ist erforderlich, damit die Diagnose zutreffend bestätigt werden kann.

8.5
Was verstehen wir unter Berufsunfähigkeit aufgrund einer Erwerbsminderung in der Sozialversicherung?
Die ↗versicherte Person ist auch in folgendem Fall berufsunfähig: Die ↗versicherte Person erhält eine unbefristete Rente aus der Sozialversicherung wegen voller Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen. Dabei legen wir § 43 Sozialgesetzbuch VI in der Fassung vom 01.01.2024 zugrunde. Wenn sich das Sozialgesetzbuch VI ändert, ändert sich nicht die Definition der Berufsunfähigkeit aufgrund einer Erwerbsminderung nach dieser Ziffer.

8.6
Was verstehen wir unter Berufsunfähigkeit aufgrund einer Infektionsgefahr?
Die ↗versicherte Person ist auch in folgendem Fall berufsunfähig:

- Von der ↗versicherten Person geht eine Infektionsgefahr aus, weil bei ihr eine Infektion, Krankheit oder Ausscheidung fest gestellt wurde oder ein entsprechender Verdacht besteht.
- Die zuständige Behörde hat der ↗versicherten Person aufgrund gesetzlicher Vorschriften (§ 31 Infektionsschutzgesetz) die berufliche Tätigkeit ganz oder teilweise untersagt.
- Die ↗versicherte Person darf ihre Tätigkeit zu mindestens 50 Prozent nicht mehr ausüben oder das Tätigkeitsverbot betrifft eine prägende Teiltätigkeit und die ↗versicherte Person übt einen der folgenden Berufe aus:
  - Ärztin oder Arzt (Human- oder Zahnmedizin),
  - Student oder Studentin der Human- oder Zahnmedizin,
  - Krankenpflegerin oder Krankenpfleger,
  - Altenpflegerin oder Altenpfleger,
  - Hebamme oder Entbindungspfleger oder
  - Medizinische Fachangestellte oder Medizinischer Fachangestellter.

  Prägende Tätigkeiten sind unverzichtbar für die Gesamttätigkeit, so dass die berufliche Tätigkeit ohne sie nicht mehr sinnvoll wäre.
- Das Tätigkeitsverbot muss sich mindestens über sechs Monate erstrecken.
- Die ↗versicherte Person übt keine andere zumutbare Tätigkeit tatsächlich aus, die sie aufgrund ihrer ↗Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann.

Wenn die zuständige Behörde das Tätigkeitsverbot aufhebt, ist die ↗versicherte Person nicht mehr berufsunfähig nach 8.6.

Liegt kein behördliches Tätigkeitsverbot vor, kann die Infektionsgefahr auch nach objektiven Kriterien und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft beurteilt werden. Dazu können wir ein Gutachten von einem Facharzt oder einer Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin einholen.

8.7
Welche Besonderheiten gelten für Schülerinnen und Schüler?
Solange die ↗versicherte Person Schülerin oder Schüler ist, legen wir diese Tätigkeit als Beruf (siehe 8.1) zugrunde, wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgeübt wird.

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

a. Die ↗versicherte Person
   - kann für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen
   - zu mindestens 50 Prozent
   - nicht oder nur mit sonderpädagogischer Förderung am Unterricht einer allgemeinbildenden Schule teilnehmen

   oder
   - sie konnte sechs Monate ununterbrochen
   - zu mindestens 50 Prozent
   - nicht oder nur mit sonderpädagogischer Förderung am Unterricht einer allgemeinbildenden Schule teilnehmen und dieser Zustand dauert an. Dann stellen wir auf den Beginn dieses Zeitraums ab.

   Dabei berücksichtigen wir den zuletzt ausgeübten Unterricht einschließlich der Hausaufgaben, die Ausstattung des Schulgebäudes und die Bewältigung des Schulwegs. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung auf eine andere Schulform.

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

c. Die ↗versicherte Person übt keine berufliche Tätigkeit tatsächlich aus.

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

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

Als allgemeinbildende Schulen gelten Grundschulen sowie ↗weiterführende Schulen. Sonderpädagogisch gefördert werden Schüler:innen, wenn sie lernbehindert, geistig oder körperlich behindert sind. Nicht als allgemeinbildende Schulen gelten Schulen, die ausschließlich für geistig oder körperlich Behinderte vorgesehen sind.

8.8
Welche Besonderheiten gelten für Auszubildende?
Solange die ↗versicherte Person eine ↗Ausbildung absolviert, legen wir diese Tätigkeit als Beruf (siehe 8.1) zugrunde. Die ↗versicherte Person kann ihre ↗Ausbildung nicht fortsetzen, weil sie berufsunfähig ist.

Als ↗Ausbildung gelten
- eine Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder
- eine Laufbahnausbildung für Beamte und Beamtinnen.

Maßgeblich ist die Lebensstellung, die normalerweise mit erfolgreichem Abschluss der ↗Ausbildung erreicht wird. Wir berücksichtigen das soziale Ansehen, die beruflche Wertschätzung und das durchschnittliche Einkommen für ein typischerweise mit der ↗Ausbildung verbundenes Berufsbild.

8.9
Welche Besonderheiten gelten für Studierende?
Solange die ↗versicherte Person studiert, legen wir das ↗Studium als Beruf (siehe 8.1) zugrunde. Die ↗versicherte Person kann ihr ↗Studium nicht fortsetzen, weil sie berufsunfähig ist.

Die ↗versicherte Person muss an einer staatlich anerkannten Hochschule, Fachhochschule oder Berufsakademie studieren.

Wenn es für Sie von Vorteil ist, berücksichtigen wir Folgendes: Befindet sich die ↗versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in der zweiten Hälfte der üblichen Studienzeit und kann sie die planmäßigen Prüfungs- und Leistungsbescheinigungen nachweisen, gilt: Maßgeblich ist die Lebensstellung, die normalerweise mit erfolgreichem Abschluss des ↗Studiums erreicht wird. Wir berücksichtigen dann das soziale Ansehen, die berufliche Wertschätzung und das durchschnittliche Einkommen für ein typischerweise mit dem ↗Studium verbundenes Berufsbild im ersten Berufsjahr.

8.10
Welche Besonderheit gilt für Hausfrauen oder Hausmänner?
Solange die ↗versicherte Person Hausfrau oder Hausmann ist, legen wir diese Tätigkeit als Beruf (siehe 8.1) zugrunde.

Wenn Sie es beantragen und es für Sie von Vorteil ist, berücksichtigen wir Folgendes: Befindet sich die ↗versicherte Person in gesetzlicher Eltern-, Pflege- oder Familien-Pflegezeit, prüfen wir
- den Beruf Hausfrau/Hausmann oder
- den zuletzt ausgeübten Beruf.

8.11
Welche Besonderheiten gelten für Personen, die Wehr-, Zivil- oder ähnliche Dienste leisten?
Was geschieht, wenn die ↗versicherte Person
- ihren Wehr- oder Zivildienst,
- ihren Bundesfreiwilligendienst oder
- ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leistet?

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

8.12
Was verstehen wir unter Berufsunfähigkeit, weil die ↗versicherte Person unter bestimmten Beeinträchtigungen leidet?
Wir erbringen einmalig folgende Soforthilfe mit vereinfachter Leistungsprüfung:

Wir zahlen eine Berufsunfähigkeits-Rente für längstens 15 Monate, wenn die ↗versicherte Person für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen
- sich nur mit Hilfe eines Rollstuhls fortbewegen kann,
- das Hörvermögen vollständig verloren hat oder
- vollständig erblindet ist.

Wir zahlen die Berufsunfähigkeits-Rente auch, wenn die ↗versicherte Person sechs Monate ununterbrochen unter den bestimmten Beeinträchtigungen litt. Die Beeinträchtigung muss nach Vertragsabschluss eingetreten sein.

Die Regelung nach 16.3 gilt in diesem Fall nicht. Während wir leisten, dürfen wir prüfen, ob die ↗versicherte Person berufsunfähig nach 8.1 bis 8.11 ist. Wenn die ↗versicherte Person berufsunfähig nach 8.1 bis 8.11 ist, leisten wir unbefristet.

In folgendem Fall leisten wir nicht: Die ↗versicherte Person übt eine andere zumutbare Tätigkeit tatsächlich aus, die ihrer ↗Ausbildung und ihren Fähigkeiten entspricht.

8.13
Was verstehen wir unter Berufsunfähigkeit, weil die ↗versicherte Person unter bestimmten Krankheiten leidet?
Wir erbringen folgende Soforthilfe mit vereinfachter Leistungsprüfung:

Wir zahlen eine Berufsunfähigkeits-Rente für längstens 18 Monate, wenn die ↗versicherte Person
- für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen an einer der nachfolgend genannten Krankheiten leidet oder
- sie sechs Monate ununterbrochen daran litt.

Folgende Krankheiten und Symptome sind versichert:

a. Krebs im fortgeschrittenen Stadium
Versichert ist, wenn bei der ↗versicherten Person ein bösartiger Tumor festgestellt wird. Es gelten folgende weitere Bedingungen: Der Tumor ist gekennzeichnet durch
   - unkontrolliertes Wachstum maligner (bösartiger) Zellen,
   - Eindringen in umliegendes Gewebe und
   - einer Tendenz zur Bildung von Metastasen.

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

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

   Ausgenommen sind folgende Tumore:
   - Jeder Tumor, der auf der Grundlage einer Gewebsuntersuchung als
     - prämaligne,
     - nicht-invasiv,
     - mikroinvasiv oder
     - als Krebsvorstufe (Carcinoma in situ) eingestuft oder
     - als Stadium T1N0M0 klassifiziert wird.
   - Basalzellkarzinom (Basaliom) und Plattenepithelkarzinom der Haut.

   Folgendes ist kein Nachweis einer Krebserkrankung:
   - Es wurden zwar Tumorzellen oder tumorassoziierte Moleküle in Blut, Speichel, Stuhl, Urin oder anderen Körperflüssigkeiten festgestellt,
   - weitere definitive und klinisch überprüfbaren Beweise liegen jedoch nicht vor.

b. Schwerer Herzinfarkt
Versichert ist, wenn bei der ↗versicherten Person ein Herzinfarkt aufgetreten ist. Dabei stirbt ein Teil des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel ab (Myokardinfarkt).

   Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kardiologie muss einen Myokardinfarkt nachweisen durch:
   - Die herzspezifischen Enzyme (zum Beispiel Troponine) sind charakteristisch angestiegen,
   - im Elektrokardiogramm (EKG) oder bei anderen positiven Befunden in der diagnostischen Bildgebung wird eine neue, charakteristische Veränderung festgestellt und
   - über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten wurde eine Schwäche der Herzleistung festgestellt. Diese führt zu einer reduzierten Auswurfleistung der linken Herzkammer von weniger als 35 Prozent (EF < 35 Prozent).

   Nicht versichert sind
   - andere akute Koronarsyndrome und
   - Angina Pectoris.

c. Schlaganfall mit neurologischen Einschränkungen
Versichert ist, wenn ein Neurologe bei der ↗versicherten Person einen Schlaganfall festgestellt hat.

Durch den Schlaganfall muss eines der folgenden Symptome über mindestens sechs Monate ununterbrochen vorgelegen haben:
- Halbseitige Lähmungen (Hemiplegie/Hemiparese)
- Sprachstörungen (Aphasie)
- Sehstörungen
- Schluckstörungen
- Epilepsie oder
- Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten).

Die bei der ↗versicherten Person aufgetretenen Symptome sind nach aktuellem medizinischen Wissensstand nicht behebbar und bestehen voraussichtlich auf Dauer fort.

d. Eingeschränkte Nierenfunktion
Ein Arzt oder eine Ärztin für Nephrologie hat bei der ↗versicherten Person ein endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren festgestellt. Deshalb muss eine regelmäßige Dialyse durchgeführt werden.

e. Eingeschränkte Lungenfunktion
Eine Ärztin oder ein Arzt für Lungenkrankheiten hat bei der ↗versicherten Person eine Lungenerkrankung im Endstadium festgestellt. Diese führt zu einer chronischen respiratorischen Insuffizienz. Zusätzlich wurde Folgendes nachgewiesen:
- Es ist eine ununterbrochene Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie erforderlich.
- Das forcierte exspiratorische Volumen (FEV1) beträgt nach dem Tiffeneau-Test dauerhaft weniger als ein Liter.
- Es besteht Atemnot im Ruhezustand (Ruhedyspnoe).
- Eine arterielle Blutgasanalyse hat einen partiellen Sauerstoffdruck von 55 mm Hg oder weniger ergeben (Pa02 ≤ 55 mm Hg).

f. Eingeschränkte Leberfunktion
Ein Internist oder eine Internistin hat bei der ↗versicherten Person eine Lebererkrankung oder Leberzirrhose im Endstadium festgestellt. Es müssen dabei mindestens zwei der folgenden Krankheitsbilder vorliegen:
- Leber-Hirn-Störung (Hepatische Enzephalopathie).
- Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle (Aszites).
- Permanente Gelbsucht.
- Krampfadern (Varizen) in der Speiseröhre oder im Magen.

Fortgeschrittene Lebererkrankungen sind nicht versichert, wenn sie nachweislich durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit oder -missbrauch entstanden sind.

g. Koma
Die ↗versicherte Person ist in ein voll ausgeprägtes Koma gefallen unter dauerndem Einsatz von lebenserhaltenen Systemen. Bei dieser quantitativen Bewusstseinsstörung kann die ↗versicherte Person auch durch starke äußere Stimuli, wie wiederholte Schmerzreize, nicht geweckt werden. Die Diagnose wurde durch einen Arzt oder eine Ärztin für Neurologie/Psychiatrie gestellt. Ein ärztlich verordnetes künstliches Koma ist ausgeschlossen.

Die Regelung nach 16.3 gilt in diesem Fall nicht. Während wir leisten, dürfen wir prüfen, ob die ↗versicherte Person berufsunfähig nach 8.1 bis 8.11 ist. Wenn die ↗versicherte Person berufsunfähig nach 8.1 bis 8.11 ist, leisten wir unbefristet.

In folgendem Fall leisten wir nicht: Die ↗versicherte Person übt eine zumutbare Tätigkeit tatsächlich aus, die ihrer ↗Ausbildung und ihren Fähigkeiten entspricht.

8.14
Was gilt, wenn die ↗versicherte Person in Teilzeit tätig ist (Teilzeitklausel)?
Die ↗versicherte Person ist in Teilzeit tätig, wenn sie
- arbeitsvertraglich weniger als eine vergleichbar vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmerin/ein vergleichbar vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer oder Beamter/Beamtin arbeitet,
- auf selbstständiger Basis wöchentlich weniger als 40 Stunden arbeitet oder
- als Teilzeit-Studentin oder Teilzeit-Student eingeschrieben ist oder eine ↗Ausbildung oder eine Schulausbildung in Teilzeit absolviert.

Wenn wir die Berufsunfähigkeit einer in Teilzeit tätigen ↗versicherten Person prüfen und es für Sie von Vorteil ist, berücksichtigen wir neben dieser Tätigkeit auch Folgendes: Eine über den eigenen Anteil an der Familienversorgung hinausgehende Tätigkeit als Hausfrau/Hausmann (8.10) oder zur Versorgung von pflegebedürftigen Familienangehörigen, soweit diese bei Eintritt des ↗Versicherungsfalls ausgeübt wird. Übt die ↗versicherte Person mehrere Berufe in Teilzeit aus, berücksichtigen wir diese nebeneinander.

9
Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik vereinbart haben?

Wenn die ↗versicherte Person während der ↗Versicherungsdauer berufsunfähig (8) wird, erbringen wir folgende zusätzliche Leistung:

Wir erhöhen Ihre Berufsunfähigkeits-Rente (7) jährlich zu Beginn eines ↗Versicherungsjahres um einen vereinbarten Prozentsatz, längstens bis zum Ende der ↗Leistungsdauer. Wir erhöhen die Rente erstmals zu Beginn des ↗Versicherungsjahres, nachdem wir für ein Jahr eine Berufsunfähigkeits-Rente gezahlt haben.

Wenn Sie den Arbeitsunfähigkeitsschutz (10) oder den Pflegeschutz (12) eingeschlossen haben, gilt: Die Renten hieraus erhöhen wir nicht, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben.

Wenn die ↗versicherte Person nicht mehr berufsunfähig ist und wir die Leistung einstellen (17.3), haben Sie folgende Möglichkeiten:
- Ihr Versicherungsschutz reduziert sich wieder auf die Höhe, bevor die ↗versicherte Person berufsunfähig wurde.
- Ihr Versicherungsschutz bleibt einschließlich der Erhöhungen aus der garantierten Leistungsdynamik erhalten. Ihre Beiträge erhöhen sich dadurch.

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

10.1
Welche Leistungen erhalten Sie, wenn die ↗versicherte Person arbeitsunfähig wird?

Wenn die ↗versicherte Person während der ↗Versicherungsdauer arbeitsunfähig wird (10.4), erbringen wir folgende Leistung:
- Wir zahlen eine Rente in Höhe der Berufsunfähigkeits-Rente und
- Sie müssen keine Beiträge für diesen Vertrag zahlen.

Wir leisten nur, wenn Sie die Leistungen spätestens vier Wochen nach Ablauf der Arbeitsunfähigkeit beantragen.

10.2
Wie lange zahlen wir Ihnen Leistungen?

Wenn die ↗versicherte Person seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig ist, erbringen wir unsere Leistung erstmals zu folgendem Zeitpunkt:

Rückwirkend zum Anfang des nächsten Monats, nachdem die ↗versicherte Person arbeitsunfähig geworden ist.

Wir leisten wegen Arbeitsunfähigkeit höchstens für insgesamt 36 Monate. Wenn wir bereits wegen Arbeitsunfähigkeit geleistet haben, rechnen wir diese Zeiträume auf die 36 Monate an. Wenn wir für insgesamt 36 Monate geleistet haben, endet der Arbeitsunfähigkeitsschutz. Sie müssen dann keine Beiträge mehr für den Arbeitsunfähigkeitsschutz zahlen.

Unsere Leistungen enden zum Ablauf des Monats, in dem
- die ↗versicherte Person nicht mehr arbeitsunfähig ist,
- wir keine Bescheinigung nach 15.1.3 erhalten oder
- die ↗versicherte Person stirbt.

Unsere Leistungen enden außerdem, wenn
- die ↗Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeit endet oder
- wir Leistungen erbringen, weil die ↗versicherte Person berufsunfähig geworden ist.

Wenn wir eine Berufsunfähigkeits-Rente für einen Zeitraum anerkennen, für den Sie eine Rente wegen Arbeitsunfähigkeit erhalten haben, gilt:
- Wir verrechnen die Rente wegen Arbeitsunfähigkeit mit der Berufsunfähigkeits-Rente. Sie erhalten nicht zwei Renten für den gleichen Zeitraum.
- Diesen Zeitraum rechnen wir nicht auf die 36 Monate an, für die wir insgesamt höchstens eine Rente wegen Arbeitsunfähigkeit leisten.

10.3
Wann zahlen wir eine Überbrückungshilfe?

Wir zahlen eine Überbrückungshilfe in Höhe der Berufsunfähigkeits-Rente für längstens sechs Monate, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
- Wir haben für insgesamt 36 Monate Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit gezahlt.
- Wenn die ↗versicherte Person bei einem privaten Krankenversicherer versichert ist: Der Krankenversicherer hat ein Krankentagegeld gezahlt und aus folgendem Grund die Zahlungen eingestellt: Die ↗versicherte Person ist aus medizinischen Gründen berufsunfähig nach den Bedingungen des Krankenversicherers.
- Wenn die ↗versicherte Person bei einem gesetzlichen Krankenversicherer versichert ist: Der Krankenversicherer hat ein Krankengeld gezahlt und aus folgendem Grund die Zahlungen eingestellt: Die ↗versicherte Person erhält allein aus medizinischen Gründen eine Rente wegen voller Erwerbsminderung von der gesetzlichen Rentenversicherung.
- Sie beantragen eine Berufsunfähigkeits-Rente.

Die Überbrückungshilfe zahlen wir mit Beginn des Monats,
- in dem wir die Mitteilung des Krankenversicherers erhalten haben (15.1.3),
- frühestens nachdem wir für insgesamt 36 Monate Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit gezahlt haben.

Die Überbrückungshilfe endet spätestens mit Ablauf des Monats, in dem wir über die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit entschieden haben. Wenn die ↗versicherte Person berufsunfähig (8) ist, verrechnen wir die Überbrückungshilfe mit der Berufsunfähigkeits-Rente. Sie erhalten nicht zwei Renten für den gleichen Zeitraum. Wenn die ↗versicherte Person nicht berufsunfähig ist, müssen Sie die Überbrückungshilfe nicht zurückzahlen.

Während wir eine Überbrückungshilfe zahlen, müssen Sie keine Beiträge für diesen Vertrag zahlen. Wir zahlen eine Überbrückungshilfe höchstens einmal während der ↗Versicherungsdauer.

10.4
Wann ist die ↗versicherte Person arbeitsunfähig?
Die ↗versicherte Person ist nach diesen Bedingungen arbeitsunfähig, wenn
- sie seit mindestens sechs Monaten oder
- seit vier Monaten und für voraussichtlich weitere zwei Monate
- ununterbrochen krankheitsbedingt arbeitsunfähig ist und keine berufliche Tätigkeit ausübt,
- dies durch einen in Deutschland zugelassenen Arzt oder einer in Deutschland zugelassenen Ärztin bescheinigt worden ist (15.1.3) und
- keine Berufsunfähigkeit vorliegt.

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

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

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

11.1
Welche Leistungen erhalten Sie, wenn die ↗versicherte Person schwer erkrankt oder einen schweren Unfall erleidet?

Wenn die ↗versicherte Person während der ↗Versicherungsdauer schwer erkrankt oder einen schweren Unfall erleidet (11.2), erbringen wir die vereinbarte Einmalzahlung. Diese können Sie Ihrem ↗Versicherungsschein entnehmen. Gleichzeitig endet der Krankheitenschutz. Sie müssen keine Beiträge mehr für den Krankheitenschutz zahlen.

Wir leisten nur, wenn
- 14 Tage vergangen sind, nachdem eine Ärztin oder ein Arzt die schwere Krankheit festgestellt hat oder der Unfall eingetreten ist und
- die ↗versicherte Person zu diesem Zeitpunkt lebt.

Wenn die ↗versicherte Person in den ersten sechs Monaten schwer erkrankt, erbringen wir keine Leistung. Diese SechsMonats-Frist beginnt, wenn Sie den ersten Beitrag zahlen. Wenn die ↗versicherte Person einen schweren Unfall erleidet, zahlen wir auch in den ersten sechs Monaten.

Es gelten dabei dieselben Ausschlüsse wie in 14.

Wenn die ↗versicherte Person während der ↗Versicherungsdauer berufsunfähig wird, ohne dass eine der ↗versicherten schweren Erkrankungen eingetreten ist, gilt: Wir erbringen zusätzlich zur vereinbarten Berufsunfähigkeitsleistung folgende Leistung:
- Der Krankheitenschutz bleibt in voller Höhe bestehen und
- Sie zahlen keine Beiträge mehr für den Krankheitenschutz.

11.2
Wann ist die ↗versicherte Person schwer erkrankt oder verunfallt?
Diese Krankheiten gelten unter folgenden Bedingungen als schwere Erkrankungen:

a. Fortgeschrittener Krebs
   Versichert ist, wenn bei der ↗versicherten Person eine bösartige Gewebsneubildung festgestellt wird. Diese ist gekennzeichnet durch
   - unkontrolliertes Wachstum,
   - Vermehrung von Tumorzellen und
   - Einwanderung in gesundes Gewebe sowie dessen Zerstörung.

   Diese Bedingungen müssen durch einen fachärztlichen Befund mit feingeweblichem (histopathologischem) Nachweis festgestellt werden. Der feingewebliche Nachweis kann nicht ersetzt werden durch Testverfahren, die auf

- zirkulierende Tumorzellen oder
- Tumor-assoziierte Moleküle in Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin oder Stuhl

beruhen.

Krebs nach diesen Bedingungen beinhaltet auch Leukämie, bösartige Tumore des Lymphsystems (Lymphome), Morbus Hodgkin und maligne Erkrankungen des Knochenmarks.

Nicht versichert sind:

- Alle prämalignen Erkrankungen oder nicht-invasiven Krebserkrankungen (Carcinoma in situ; zum Beispiel CIN-1 bis CIN-3 bei Gebärmutterhalsveränderungen, Krebserkrankungen im Stadium 0).
- Früher Prostatakrebs nach der TNM-Klassifikation T1aN0M0 und T1bN0M0.
- Früher Blasenkrebs nach der TNM-Klassifikation T1aN0M0 und T1bN0M0.
- Maligne Melanome der Haut nach der TNM-Klassifikation T1aN0M0, T1bN0M0 und T2aN0M0.
- Hyperkeratosen, Basaliome und Spinaliome.
- Alle Tumorerkrankungen im Stadium I, wenn für die Behandlung keine Strahlen-, Chemooder Immuntherapie (Immune checkpoint inhibitors oder Car-T) erforderlich ist.

Für die Stadieneinteilungen und Klassifikationen gelten die TNM-Klassifikation nach UICC/AJCC und die Klassifikation für Lymphomerkrankungen nach Ann Arbor.

b. Herzinfarkt
Versichert ist, wenn bei der ↗versicherten Person ein Herzinfarkt aufgetreten ist. Dabei stirbt ein Teil des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel ab (Myokardinfarkt). Ein Facharzt oder eine Fachärztin für Kardiologie muss einen Myokardinfarkt dadurch definitiv nachweisen:

- Die herzspezifischen Enzyme (zum Beispiel Troponine) sind charakteristisch angestiegen und
- im Elektrokardiogramm (EKG) oder bei anderen positiven Befunden in der diagnostischen Bildgebung wird eine neue, charakteristische Veränderung festgestellt.

Nicht versichert ist Angina Pectoris.

c. Schlaganfall
Versichert ist, wenn bei der ↗versicherten Person ein Schlaganfall (Hirninfarkt, zerebraler Insult, apoplektischer Insult, Apoplex, Gehirnschlag) aufgetreten ist. Ein Schlaganfall ist eine plötzlich auftretende Schädigung des Gehirns, die durch eine akute Minderdurchblutung oder eine Hirnblutung hervorgerufen wird. Der Schlaganfall muss durch einen Neurologen/eine Neurologin, einen Internisten/eine Internistin oder einen Intensivmediziner/eine Intensivmedizinerin mittels craniale Computertomographie (CCT) oder Magnetresonanztomographie (MRT) nachgewiesen werden.

Zusätzlich muss eines der folgenden Symptome über mindestens drei Monate ununterbrochen vorgelegen haben:

- Halbseitige Lähmungen (Hemiplegie/Hemiparese)
- Sprachstörungen (Aphasie)
- Sehstörungen
- Schluckstörungen
- Epilepsie oder
- Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten).

Die Symptome sind nach aktuellem medizinischen Wissensstand nicht behebbar und bestehen voraussichtlich auf Dauer fort.

Ausgeschlossen sind vorübergehende neurologische Ausfallerscheinungen. Diese können zum Beispiel auftreten bei einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) oder einer schweren Migräne mit entsprechenden neurologischen Defiziten.

d. Multiple Sklerose mit neurologischen Einschränkungen
Versichert ist, wenn die ↗versicherte Person an einer Multiple Sklerose erkrankt ist. Eine Multiple Sklerose ist eine chronisch fortschreitende, neurologische Erkrankung des zentralen Nervensystems. Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Neurologie muss diese nach den McDonald-Kriterien in der Revision von 2017 nachweisen.

Zusätzlich müssen dadurch neurologische Einschränkungen vorliegen, die einer Behinderung auf der EDSS-Skala (Expanded Disability Status Scale) von ≥ 4,5 entsprechen. Der Nachweis muss durch einen Facharzt oder eine Fachärztin für Neurologie erfolgen.

e. Schwerer Unfall
Ein Unfall liegt vor, wenn die ↗versicherte Person

- durch ein plötzliches, von außen auf den Körper der ↗versicherten Person wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig in ihrer Gesundheit geschädigt wird.

Versichert ist, wenn die ↗versicherte Person durch den Unfall

- mindestens einen Arm und ein Bein dauerhaft und vollständig nicht mehr gebrauchen kann,
- beide Arme oder beide Beine jeweils oberhalb des Hand- oder Fußgelenks verliert,
- eine jeweils drittgradige Verbrennung, Erfrierung oder Verätzung erleidet von mindestens
  - 20 Prozent der Körperoberfläche oder
  - 50 Prozent der Oberfläche des Gesichtes einschließlich der Stirn und der Ohren,
- eine schwere Kopfverletzung mit irreversibler Schädigung des Hirns und dauerhaften neurologischen Ausfällen erleidet oder
- mindestens 96 Stunden durchgehend tief bewusstlos ist und auch auf externe Reize nicht reagiert. Ein ärztlich eingeleitetes künstliches Koma ist ausgeschlossen.

12
Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie den Pflegeschutz vereinbart haben?

Wenn die ↗versicherte Person bis zum Ende der ↗Leistungsdauer

- eine Berufsunfähigkeits-Rente (7) erhält und
- bei mindestens drei der in 8.4.2 genannten Verrichtungen Hilfe benötigt oder pflegebedürftig infolge Demenz nach 8.4.3 ist,

zahlen wir die Berufsunfähigkeits-Rente lebenslang weiter, solange die Pflegebedürftigkeit bestehen bleibt. Der Anteil der Rente aus der garantierten Leistungsdynamik (9) entfällt.

13
Wie sind Sie zusätzlich abgesichert, wenn Sie die Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung Cash+ vereinbart haben?

Wenn die ↗versicherte Person während der ↗Versicherungsdauer erstmalig berufsunfähig (8) wird, erbringen wir die vereinbarte Einmalzahlung. Diese können Sie Ihrem ↗Versicherungsschein entnehmen. Die Einmalzahlung leisten wir zusätzlich zur Berufsunfähigkeits-Rente (7).

14
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Wir leisten nicht, wenn der ↗Versicherungsfall eingetreten ist:

a. Durch Unruhen,
   - die aus der Bevölkerung heraus entstanden sind (innere Unruhen), und
   - an denen die ↗versicherte Person auf Seiten der Unruhestiftenden teilgenommen hat.

b. Weil die ↗versicherte Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aktiv an kriegerischen Ereignissen beteiligt war. Kein Ausschluss liegt vor, wenn die ↗versicherte Person an humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat. Die Teilnahme erfolgte als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei aufgrund eines Mandats der NATO, UNO, EU oder OSZE.

c. Durch unmittelbare oder mittelbare Folgen eines terroristischen Anschlags unter folgenden Bedingungen: Der Anschlag
   - erfolgt, indem ↗vorsätzlich atomare, biologische oder chemische Stoffe eingesetzt oder freigesetzt werden,
   - ist darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit von Personen zu gefährden und
   - führt dazu, dass wir mehr Leistungen auszahlen müssen als wir angenommen haben. Diese Mehrleistungen dürfen für uns nicht vorhersehbar gewesen sein. Wegen der Mehrleistungen können wir nicht mehr sicherstellen, dass wir alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger Gutachter oder eine unabhängige Gutachterin muss innerhalb von drei Monaten nach dem Anschlag bestätigen, dass die zuvor genannten Bedingungen erfüllt sind.

   Kein Ausschluss liegt vor, wenn der Anschlag räumlich und zeitlich begrenzt ist. Bei dem Anschlag dürfen nicht mehr als 1.000 Personen oder 1 Promille unseres Bestandes in der Berufsunfähigkeitsversicherung betroffen sein. Betroffen bedeutet, dass Personen
   - unmittelbar sterben,
   - voraussichtlich mittelbar innerhalb der nächsten sechs Monate sterben oder
   - dauerhaft gesundheitlich schwer beeinträchtigt sind.

d. Durch Strahlen infolge von Kernenergie. Diese Strahlen gefährden oder schädigen das Leben oder die Gesundheit von Personen. Die Strahlen kann man nur abwehren oder bekämpfen durch den Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder einer vergleichbaren Einrichtung.

e. Weil Sie oder die ↗begünstigte Person widerrechtlich gehandelt und dadurch ↗vorsätzlich den ↗Versicherungsfall herbeigeführt haben.

f. Weil die ↗versicherte Person ↗vorsätzlich eine Straftat begangen hat oder dieses versucht hat. Kein Ausschluss liegt vor, wenn die ↗versicherte Person die Straftat ↗grob fahrlässig oder ↗fahrlässig begeht. Ebenfalls liegt kein Ausschluss vor, wenn die ↗versicherte Person eine Ordnungswidrigkeit begeht oder

bei Delikten im Straßenverkehr, die nicht im Zusammenhang mit folgenden Vergehen stehen:
- Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch,
- Fahren ohne Fahrerlaubnis,
- unbefugter Gebrauch eines Fahrzeugs,
- Nötigung,
- verbotene Kraftfahrzeugrennen oder
- Straftaten nach § 315 b StGB.

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

C Auszahlung der Leistungen

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

15.1
Welche Unterlagen müssen Sie einreichen?
Wenn Sie Leistungen aus dieser Versicherung beantragen möchten, müssen Sie uns ↗unverzüglich Unterlagen einreichen. Welche Unterlagen das sind, hängt von den Leistungen ab, die Sie beantragen: Ist die ↗versicherte Person berufsunfähig, arbeitsunfähig, pflegebedürftig oder schwer erkrankt?

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

15.1.1
Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn die ↗versicherte Person berufsunfähig geworden ist:
- Eine Darstellung, warum die ↗versicherte Person berufsunfähig geworden ist.
- Ausführliche Berichte der Ärztinnen und Ärzte, die die ↗versicherte Person gegenwärtig behandeln, in der Vergangenheit behandelt oder untersucht haben. Die Berichte müssen folgende Punkte beinhalten:
  - Die Ursache des Leidens,
  - den Beginn des Leidens,
  - die Art des Leidens,
  - den Verlauf des Leidens und
  - die voraussichtliche Dauer des Leidens und
  - die Auswirkungen des Leidens auf die Berufsunfähigkeit.
- Unterlagen über den Beruf der ↗versicherten Person.
- Unterlagen über die Stellung und Tätigkeit der ↗versicherten Person vor Eintritt der gesundheitlichen Beschwerden, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben.
- Unterlagen über die eingetretenen Veränderungen durch die Berufsunfähigkeit.
- Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung aus beruflicher Tätigkeit der ↗versicherten Person und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (zum Beispiel: Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen).
- Für den Fall, dass die ↗versicherte Person berufsunfähig nach 8.5 ist: Einen unbefristeten Rentenbescheid des Sozialversicherungsträgers über die volle Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen.
- Für den Fall, dass die ↗versicherte Person berufsunfähig nach 8.6 ist: Einen amtlichen Nachweis über das Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz.

15.1.2
Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn die ↗versicherte Person pflegebedürftig nach 8.4 oder 12 geworden ist:
- Eine Darstellung, warum die ↗versicherte Person pflegebedürftig geworden ist.
- Ausführliche Berichte der Ärzte und Ärztinnen, die die ↗versicherte Person gegenwärtig behandeln, in der Vergangenheit behandelt oder untersucht haben. Die Berichte müssen folgende Punkte beinhalten:
  - Die Ursache des Leidens,
  - den Beginn des Leidens,
  - die Art des Leidens,
  - den Verlauf des Leidens und
  - die voraussichtliche Dauer des Leidens und
  - die Auswirkungen des Leidens auf die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit.
- Eine Bescheinigung der Person oder Einrichtung, die die ↗versicherte Person pflegt, über Art und Umfang der Pflege.

15.1.3
Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn die ↗versicherte Person arbeitsunfähig geworden ist:
Ein in Deutschland zugelassener Arzt oder eine in Deutschland zugelassene Ärztin muss die Arbeitsunfähigkeit in folgender Form bescheinigen:
- Nach § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz („AU-Bescheinigung“) oder

- eine vergleichbare ärztliche Bescheinigung in ↗Textform, wenn die ↗versicherte Person kein Arbeitnehmer oder keine Arbeitnehmerin ist.

Die Bescheinigung muss einen Diagnoseschlüssel nach § 295 Sozialgesetzbuch V in der Fassung vom 17.02.2016 oder eine Diagnose enthalten. Wir akzeptieren Bescheinigungen bis zu zwei Monate in die Zukunft.

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

Wenn Sie eine Überbrückungshilfe (10.3) beantragen, benötigen wir eine Mitteilung des Krankenversicherers der ↗versicherten Person. Aus dieser Mitteilung muss hervorgehen, warum der Krankenversicherer das Krankentagegeld oder Krankengeld nicht mehr zahlt.

15.1.4
Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn die ↗versicherte Person schwer erkrankt ist:
Eine Fachärztin oder ein Facharzt muss in ↗Textform bestätigen, dass die ↗versicherte Person krank ist. Gegebenenfalls muss eine Fachärztin oder ein Facharzt bestätigen, dass der bezeichnete Eingriff notwendig ist oder durchgeführt wurde. Die Befunde von Untersuchungen müssen die Krankheit oder den Eingriff belegen. Die angewendeten Verfahren müssen dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen. Das bedeutet: Der Arzt oder die Ärztin muss die Verfahren entsprechend der aktuellen Leitlinien durchführen.

15.2
Welche Auskünfte und Prüfungen können wir außerdem verlangen?

15.2.1
Wir können folgende weiteren Maßnahmen von der ↗versicherten Person verlangen:
- Medizinische Auskünfte,
- Auskünfte über den Beruf, die wir auch vom Arbeitgeber/von der Arbeitgeberin oder durch weitere Dritte einholen können,
- zusätzliche ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärztinnen oder Ärzte,
- weitergehende Auskünfte, zum Beispiel zum Gesundheitszustand, Beruf oder Betrieb,
- Vor-Ort-Prüfungen, dazu besucht eine von uns beauftragte Person die ↗versicherte Person zu Hause oder am Arbeitsplatz; und
- notwendige Nachweise. Dazu gehören auch Nachweise
  - über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen und
  - über die Identität der ↗versicherten Person, zum Beispiel durch einen Personalausweis oder eine Geburtsurkunde.

Um diese Auskünfte zu erhalten, dürfen wir folgende Personen einsetzen:
- Gutachter:innen,
- Ärzte/Ärztinnen und
- sachverständige Dienstleister:innen.

Die Kosten für diese Maßnahmen tragen wir.

Wenn sich die ↗versicherte Person im Ausland aufhält, prüfen wir Folgendes: Kann sich die ↗versicherte Person im Ausland vergleichbar wie in Deutschland untersuchen lassen?

Ist dies nach unserer Einschätzung nicht der Fall, können wir Folgendes verlangen: Die ↗versicherte Person muss sich in Deutschland untersuchen lassen. In diesem Fall übernehmen wir die Reise- und Aufenthaltskosten bis zu folgender Höhe:
- Eine Bahnfahrt in der 2. Klasse,
- Flugkosten in der günstigsten Kategorie der Fluggesellschaft einschließlich Gepäck und
- Übernachtungskosten in Höhe von 200 EUR pro Nacht im Jahr 2024. Für künftige Jahre ändert sich der Betrag im gleichen Verhältnis wie der Verbraucherpreisindex in Deutschland.

15.2.2
Die ↗versicherte Person muss folgende Personen oder Einrichtungen ermächtigen, uns Auskünfte zu geben:
- Ärztinnen/Ärzte,
- Heilbehandler:innen,
- Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten,
- Pflegeheime und Pflegepersonen, bei denen die ↗versicherte Person in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird,
- andere Versicherungsunternehmen,
- Pflegekassen und gesetzliche Krankenkassen und
- Berufsgenossenschaften und Behörden.

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

- ob wir Leistungen erbringen oder nicht und
- ob die Angaben richtig sind, die Sie oder die ↗versicherte Person vor dem Vertragsschluss gemacht haben.

Wir informieren die ↗versicherte Person, bevor wir uns Auskunft bei den genannten Einrichtungen einholen.

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

Die ↗versicherte Person kann uns auch untersagen, eine Auskunft einzuholen. Um zu überprüfen, ob die ↗versicherte Person berufsunfähig, arbeitsunfähig, pflegebedürftig oder schwer erkrankt ist, benötigen wir aber die genannten Nachweise. Wenn wir aufgrund der Auskunftsverweigerung nicht alle benötigten Nachweise im Original erhalten, gilt: Die ↗versicherte Person verletzt ihre Pflicht aus 15.1 und 15.2. Dies kann zur Folge haben, dass wir gar nicht oder nur teilweise leisten. Siehe hierzu 18.

15.3
Welche Maßnahmen zur Heilung können wir verlangen?
Die ↗versicherte Person muss nicht jede ärztlich angeordnete Maßnahme befolgen, damit wir leisten. Sie kann zum Beispiel eine Operation ablehnen.

Die ↗versicherte Person muss Anordnungen des behandelnden oder untersuchenden Arztes oder der behandelnden oder untersuchenden Ärztin befolgen, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:
- Die Anordnung muss darauf ausgerichtet sein, die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu mindern und
- die Anordnung muss zumutbar sein. Zumutbar sind Hilfsmittel und Heilbehandlungen,
  - die ohne Gefahr sind,
  - keine besonderen Schmerzen verursachen und
  - sicher erwarten lassen, dass sich der Gesundheitszustand verbessert.

  Zumutbar sind zum Beispiel:
  - Krankengymnastik und Massagen,
  - orthopädische oder andere Heil- und Hilfsmittel wie: Prothesen, Stützstrümpfe, Seh- oder Hörhilfen und
  - logopädische Maßnahmen.

Was geschieht, wenn die ↗versicherte Person Maßnahmen ablehnt, die darüber hinaus ärztlich angeordnet sind? In diesem Fall werden wir dennoch leisten.

15.4
Wie unterstützen wir Sie, bevor oder während Sie eine Leistung beantragen?
Wenn Sie Fragen zu Ihrem Vertrag haben oder eine Beratung wünschen, helfen wir Ihnen gern. Wir informieren Sie außerdem gern über
- den Umfang Ihres Versicherungsschutzes,
- die eingeschlossenen Zusatzleistungen,
- vorbeugende Maßnahmen für die Gesundheit der ↗versicherten Person und
- geeignete Fachärzte/Fachärztinnen, Fachkliniken, Therapeuten/Therapeutinnen und Reha-Zentren.

Wenn Sie eine Leistung beantragen möchten, unterstützen wir Sie telefonisch oder persönlich
- wie Sie eine Leistung beantragen,
- welche Unterlagen Sie uns einreichen müssen und
- wie Sie die Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder eine schwere Krankheit nachweisen können.

Außerdem informieren wir Sie detailliert, wie wir die Leistung prüfen und wann wir über die Leistung entscheiden.

Wir unterstützen und beraten Sie außerdem
- bei Fragen zu einer Rehabilitation (medizinisch und berufskundlich) und
- bei der Koordination von Maßnahmen zur Wiedereingliederung.

Bevor Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragen, können Sie sich von einer Verbraucherzentrale, die Mitglied im Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. ist, beraten lassen. Sie können sich auch von einem Versicherungsberater oder einer Versicherungsberaterin des Bundesverbands der Versicherungsberater e.V. unterstützen lassen. Wir übernehmen die Kosten dieser Beratung nach folgenden Bedingungen:
- Die ↗versicherte Person ist
  - seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig oder
  - seit vier Monaten und für voraussichtlich weitere zwei Monate arbeitsunfähig.
- Wir übernehmen von den anfallenden Kosten bis zu 250 EUR.
- Wir erstatten die Kosten nur einmal während der Vertragsdauer.
- Wir übernehmen die Kosten nicht, wenn wir bei der Prüfung der Berufsunfähigkeits-Leistung feststellen, dass die Voraussetzungen nach 4 vorliegen.

15.5
Wie können Sie unsere Ablehnung einer Leistung unabhängig überprüfen lassen?
Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit ablehnen, können Sie sich von einer Verbraucherzentrale beraten lassen. Diese muss Mitglied im Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. sein. Sie können sich auch von einem Versicherungsberater oder einer Versicherungsberaterin des Bundesverbands der Versicherungsberater e. V. unterstützen lassen. Daten und Unterlagen der Leistungsprüfung (zum Beispiel Arztberichte und Gutachten) geben wir nur mit Zustimmung der ↗versicherten Person an Dritte weiter.

Wir übernehmen 75 Prozent der Ihnen entstandenen Kosten, höchstens jedoch 500 EUR. Die Kosten müssen Sie uns nachweisen. Wenn wir Leistungen ablehnen, weil Sie ihre vorvertragliche Anzeigepflicht (siehe 3) verletzt haben, gilt abweichend: Wir übernehmen 75 Prozent der entstandenen Kosten, höchstens jedoch 250 EUR.

Die Beratung muss innerhalb eines Monats, nachdem wir Ihnen unsere Leistungsentscheidung mitgeteilt haben, erfolgt sein.

Wenn wir unsere Leistungen einstellen, weil die ↗versicherte Person nicht mehr berufsunfähig ist (17.3), können Sie sich zu dieser Entscheidung ebenfalls beraten lassen.

Wir erstatten die Kosten nur einmal während der Vertragsdauer.

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

16.1
Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir leisten?
Wir teilen Ihnen innerhalb von fünf Arbeitstagen mit, ob wir eine Leistung erbringen oder welche weiteren Unterlagen wir benötigen. Die Frist beginnt, nachdem uns alle in 15 genannten Nachweise vollständig vorliegen. Wenn noch nicht alle Nachweise vorliegen, informieren wir Sie regelmäßig alle vier Wochen über den Stand der Bearbeitung.

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

16.2.1
Sie müssen die Beiträge solange weiterzahlen, bis wir darüber entschieden haben, ob wir eine Leistung erbringen. Wenn wir eine Leistung erbringen, zahlen wir Ihnen die zu viel gezahlten Beiträge zurück. Was sind zu viel gezahlte Beiträge? Das sind die Beiträge, die Sie zwischen den beiden folgenden Zeitpunkten gezahlt haben:

a. Zeitpunkt, ab dem wir
   - die Berufsunfähigkeit,
   - die Arbeitsunfähigkeit,
   - die Pflegebedürftigkeit oder
   - die schwere Erkrankung anerkennen und

b. Zeitpunkt, an dem wir über die Leistung entscheiden.

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

16.2.2
Auf Wunsch brauchen Sie solange keine Beiträge zu zahlen, bis wir über die Leistung entschieden haben. Dies nennen wir „Beiträge stunden“. Was geschieht mit den gestundeten Beiträgen?

- Wenn wir entscheiden, dass wir keine Leistungen erbringen: Dann müssen Sie die gestundeten Beiträge in einem Betrag oder in Raten nachzahlen. Diese Raten teilen wir in gleichen Beträgen auf einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten auf. Wir berechnen weder für die gestundeten Beiträge noch für die Ratenzahlung Zinsen.
- Wenn Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen möchten, verrechnen wir diese mit dem ↗Deckungskapital. Sie können zwischen folgenden Möglichkeiten wählen:
  - Die Leistungen sollen weiterhin genauso hoch versichert sein, wie bisher. In diesem Fall steigt der Beitrag.
  - Die Beiträge sollen weiterhin genauso hoch sein, wie bisher. In diesem Fall sinken die Leistungen.
- Wenn wir entscheiden, dass wir Leistungen erbringen: Dann müssen Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen.

Im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung gilt: Wir stunden die Beiträge zinslos bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung.

16.3
Wie lange leisten wir?
Wenn wir eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit anerkennen, befristen wir diese nicht.

16.4
Wie zahlen wir die Leistung aus?
Wir überweisen die Leistung an die ↗begünstigte Person. Wenn wir die Leistung in ein Land außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes überweisen sollen, gilt: Dann trägt die empfangsberechtigte Person die mit der Überweisung verbundenen Kosten und Gefahr. Die Gefahr liegt vor allem darin, dass das Geld nicht oder nicht vollständig beim Empfänger oder der Empfängerin ankommt.

17
Was müssen Sie beachten, während wir Leistungen erbringen?

17.1
Was müssen Sie uns mitteilen?
Sie, die ↗versicherte Person oder die ↗begünstigte Person müssen uns ↗unverzüglich mitteilen, wenn
- die ↗versicherte Person stirbt,
- sich das behördliche Tätigkeitsverbot ändert oder
- sie den Pflegestandort für länger als sechs Monate an einen Ort verlegt, der sich außerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens befindet.

17.2
Welche Unterlagen können wir anfordern?
Welche Auskünfte und Prüfungen können wir verlangen?
Wir dürfen prüfen, ob die ↗versicherte Person weiter berufsunfähig oder pflegebedürftig ist. Es gelten die Regelungen zu 7, 8 und 12.

Um die Prüfung vorzunehmen, dürfen wir verlangen, dass die ↗versicherte Person
- uns jederzeit Auskünfte und Unterlagen zu folgenden Punkten gibt:
  - Zu ihrem Gesundheitszustand,
  - zu eingetretenen Verbesserungen,
  - zu neu erworbenen Fähigkeiten (zum Beispiel durch eine Umschulung oder ↗Ausbildung; es gelten die Regelungen zu 15.2 und 15.3) oder
  - über Art und Umfang einer ausgeübten beruflichen Tätigkeit (zum Beispiel durch Einkommensnachweise, Arbeitsvertrag, Gewinn- und Verlustrechnungen, betriebswirtschaftliche Auswertungen, Gesellschaftsvertrag);
- sich einmal jährlich umfassend untersuchen lässt. Wir dürfen eine Ärztin oder einen Arzt mit der Untersuchung beauftragen. Die Kosten für die ärztliche Untersuchung tragen wir. Hierfür gelten die gleichen Regelungen wie in 15.

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

Außerdem dürfen wir Nachweise verlangen, dass die ↗versicherte Person noch lebt. Ein Nachweis muss ein amtliches Zeugnis sein.

17.3
Was sind die Folgen, wenn die ↗versicherte Person nicht mehr berufsunfähig oder pflegebedürftig ist?
Wenn die ↗versicherte Person nicht mehr berufsunfähig oder pflegebedürftig ist, leisten wir nicht mehr.

Wenn wir die Leistung einstellen, teilen wir dies Ihnen und der ↗begünstigten Person mit. Darin erläutern wir auch die Gründe für unsere Entscheidung. Ab dem folgenden Zeitpunkt stellen wir unsere Leistung ein: Drei Kalendermonate ab dem nächsten Monatsersten, nachdem Sie und die ↗begünstigte Person unsere Mitteilung erhalten haben.

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

Wenn wir Leistungen ausgezahlt haben, auf die die ↗begünstigte Person keinen Anspruch hat, muss die ↗begünstigte Person uns diese Leistungen zurückzahlen.

18
Welche Folgen hat es, wenn Sie Ihre Pflichten verletzen?
Solange Sie, die ↗versicherte Person oder die ↗begünstigte Person eine Pflicht aus 15 und 17 ↗vorsätzlich verletzen, müssen wir keine Leistung erbringen.

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

In folgenden Fällen erbringen wir dennoch die Leistung in ungekürzter Höhe:
- Wenn uns eine der in 18 Satz 1 genannten Personen Folgendes nachweist: Diese Person hat nicht ↗grob fahrlässig gegen eine Pflicht aus 15 und 17 verstoßen.
- Wenn eine der in 18 Satz 1 genannten Personen zwar gegen eine Pflicht aus 15 und 17 verstoßen hat, aber folgende Einschränkung gilt: Der Verstoß hat sich

nicht auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ausgewirkt.
- Wenn Sie Ihre genannten Pflichten später erfüllen. Dann erbringen wir die Leistung ab Beginn des Monats, in dem Sie die Pflicht erfüllt haben.
- Wenn wir Sie nicht darauf hingewiesen haben, welche Folge ein Verstoß gegen die in 15 und 17 genannten Pflichten hat. Wir müssen Sie in einer gesonderten Mitteilung in ↗Textform auf die Folge hingewiesen haben.

19
Wer erhält die Leistung?

19.1
An wen zahlen wir die Leistung?
Die Leistung aus diesem Vertrag erbringen wir an Sie. Sie können uns auch eine andere Person benennen, die an Ihrer Stelle die Leistung erhalten soll. Sie oder die andere Person nennen wir ↗begünstigte Person.

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

19.2
Welche Bedeutung hat der ↗Versicherungsschein?
Wir können die Leistung an jede und jeden auszahlen, die oder der uns den ↗Versicherungsschein vorlegt. Inhaberinnen des ↗Versicherungsscheins können uns gegenüber auch alle anderen Rechte aus dem Vertrag geltend machen. Diese gelten auch als bevollmächtigt, unsere ↗Erklärungen zu empfangen. Wir müssen also nicht prüfen, ob die Inhaberin oder der Inhaber des ↗Versicherungsscheins dazu berechtigt ist. Wir dürfen aber verlangen, dass diese Person uns ihre Berechtigung nachweist. Dabei gibt es folgende Besonderheit: Sie setzen eine ↗begünstigte Person ein oder widerrufen eine Bezugsberechtigung. In diesen Fällen müssen wir den Inhaber oder die Inhaberin des ↗Versicherungsscheins nur dann als berechtigt anerkennen, wenn Sie uns die Berechtigung in ↗Textform angezeigt haben.

19.3
Können Sie Leistungen abtreten oder verpfänden?
Sie können Ansprüche auf Renten-Leistungen aus diesem Vertrag nicht auf Dritte übertragen. Das bedeutet: Sie können diese Ansprüche weder abtreten noch verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, gilt: Diese ist uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie uns in ↗Textform angezeigt worden ist.

D Beitragszahlung und Kosten

20
Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?
Sie können die Beiträge in folgenden Abständen zahlen:
- Monatlich,
- vierteljährlich,
- halbjährlich oder
- jährlich.

Wann müssen Sie Ihre Beiträge zahlen?
Sie müssen den ersten Beitrag zahlen
- sofort nachdem Sie den Vertrag geschlossen haben,
- aber nicht vor dem Versicherungsbeginn. Das Datum des Versicherungsbeginns finden Sie im ↗Versicherungsschein.

Alle weiteren Beiträge müssen Sie jeweils zum Beginn des gewählten Zahlungsabschnitts (siehe Absatz 1) zahlen. Wir buchen Ihre Beiträge jeweils am Anfang eines Zahlungsabschnitts von dem Konto ab, das Sie uns angegeben haben. Ihr Beitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn
- wir Ihren fälligen Beitrag einziehen können,
- wir berechtigt sind, Ihren Beitrag einzuziehen und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

Wenn wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn
- Sie nicht verantwortlich dafür sind, dass wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten,
- wir Sie zur Zahlung aufgefordert haben und
- Sie Ihren Beitrag ↗unverzüglich an uns überweisen.

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

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

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

21.1.1
Rücktritt
Wenn Sie Ihren ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, gilt: Wir können vom Vertrag zurücktreten, solange Sie Ihren Beitrag noch nicht gezahlt haben. Wenn wir zurücktreten, müssen Sie uns folgende Kosten erstatten: Alle Kosten für ärztliche Untersuchungen, die uns bei der Risikoprüfung entstanden sind.

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

21.1.2
Eintritt des ↗Versicherungsfalls
Was geschieht, wenn Sie Ihren ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben und ein ↗Versicherungsfall eintritt? In diesem Fall erbringen wir keine Leistung. Dafür müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

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

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

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

21.2.1
Kündigung
In diesem Fall gilt Folgendes:

a. Wir schicken Ihnen eine Mahnung. Die Kosten dafür tragen Sie. Außerdem erheben wir eine Gebühr (24.5).
b. In der Mahnung setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Wochen.
c. Wenn Sie innerhalb dieser Frist nicht zahlen, geschieht Folgendes:
   - Der Versicherungsschutz vermindert sich wie nach einem Beitrags-Stopp (22).
   - Außerdem können wir Ihren Vertrag kündigen. Wir können die Kündigung schon in dem Mahnschreiben aussprechen.
d. Auf die Folgen a. bis c. weisen wir Sie in der Mahnung hin.

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

21.2.2
Eintritt des ↗Versicherungsfalls
Was geschieht, wenn Sie Ihren folgenden Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben und ein ↗Versicherungsfall eintritt? In diesem Fall zahlen wir keine oder nur verminderte Leistungen aus, wenn die Frist nach 21.2.1 b. abgelaufen ist.

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

22.1
Wie beantragen Sie eine Beitrags-Senkung oder einen Beitrags-Stopp?
Sie können jederzeit zum nächsten Zahlungsabschnitt Ihre Beiträge senken oder stoppen. Dazu müssen Sie uns Ihren Wunsch rechtzeitig mitteilen, bevor Sie den nächsten Beitrag zahlen. Ihre Beiträge können Sie frühestens nach einem Jahr senken.

22.2
Wie hoch sind die Mindestbeträge?

22.2.1
Mindestbetrag für eine Beitrags-Senkung
Nachdem Sie Ihre Beiträge gesenkt haben, muss die garantierte Berufsunfähigkeits-Rente mindestens 50 EUR monatlich betragen.

22.2.2
Mindestbetrag für einen Beitrags-Stopp
Es gibt keinen Mindestbetrag für einen Beitrags-Stopp. Sie können Ihre Beiträge stoppen, wenn das um einen Abzug verminderte ↗Deckungskapital ausreicht, um Leistungen nach 22.4 zu berechnen.

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

22.3
Welche Gebühren und Abzüge nehmen wir, wenn Sie Ihre Beiträge senken oder stoppen?

22.3.1
Wie hoch sind die Gebühr und der Abzug bei einer Beitrags-Senkung?
Wenn Sie die Beiträge senken, erheben wir eine Gebühr (24.5). Die Höhe der Gebühr entnehmen Sie bitte unserer Gebühren-Tabelle. Diese finden Sie bei Ihren Versicherungsunterlagen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Gebühren-Tabelle gern zu.

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

22.3.2
Wie hoch sind die Gebühr und der Abzug bei einem Beitrags-Stopp?
Wenn Sie die Beiträge stoppen, nehmen wir einen Abzug von 50 Prozent des zu diesem Zeitpunkt vorhandenen ↗Deckungskapitals. Weitere Gebühren erheben wir nicht.

22.3.3
Wann ist ein Abzug zulässig?
Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies müssen wir nachweisen, wenn Sie an der Angemessenheit zweifeln. Wir haben den Abzug mit pauschalen Annahmen berechnet. Diese halten wir aus folgenden Gründen für angemessen:

a. Zusätzliche Verwaltungskosten
   Ein Beitrags-Stopp und eine Beitrags-Senkung verursachen zusätzliche Verwaltungskosten. Diese sind in den ↗Rechnungsgrundlagen nicht berücksichtigt.
b. Schutz der Risikogemeinschaft
   Eine Versicherung ist eine Risikogemeinschaft. Personen mit einem geringen Risiko beantragen eher einen Beitrags-Stopp oder eine Beitrags-Senkung als Personen mit einem hohen Risiko. Dadurch schwächen sie die Risikogemeinschaft. Mit dem Abzug stellen wir sicher, dass der Risikogemeinschaft durch den Beitrags-Stopp oder die Beitrags-Senkung kein Nachteil entsteht.
c. Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital
   Wir bieten Ihnen einen garantierten Versicherungsschutz und verschiedene Optionen. Damit wir diese Versprechen dauerhaft erfüllen können, benötigen wir Risikokapital (Solvenzmittel). Ein Teil davon wird durch die Beiträge der ↗Versicherungsnehmer:innen aufgebaut. Bei einem Beitrags-Stopp oder einer Beitrags-Senkung entziehen Sie der Risikogemeinschaft eingeplante Solvenzmittel. Der Abzug gleicht diesen Ausfall aus.

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

22.4
Welche Auswirkungen auf die Leistungen gibt es?

22.4.1
Welche Auswirkungen gibt es?
Wenn Sie die Beiträge senken oder stoppen, berechnen wir die versicherten Leistungen neu. Wir berechnen die neuen Leistungen auf folgender Grundlage:

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

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

Wenn Sie Ihre Beiträge senken, senken wir nicht Ihren Beitrag und die Leistungen für den Krankheitenschutz.

Wenn Sie Ihre Beiträge stoppen, beachten Sie Folgendes:

- Sie können die Leistungen nach 23 und 29 nicht mehr erhöhen.
- Sie können die Risiko-Option (30) nicht mehr ausüben.
- Ein vereinbarter Krankheitenschutz nach 11 entfällt.

22.4.2
Wie wirken sich die Kosten auf das ↗Deckungskapital aus?
In den ersten Jahren Ihres Vertrages ist das ↗Deckungskapital geringer als die Summe der eingezahlten Beträge. Das liegt an den eingerechneten einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten sowie den übrigen Kosten. Auch in den folgenden Jahren erreicht das ↗Deckungskapital nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge.

Wenn Sie regelmäßige Beiträge zahlen, gilt: Wenn wir das ↗Deckungskapital berechnen, verteilen wir die einmaligen

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

22.5
Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherigen Leistungen wiederherstellen?
Sie können Ihren Vertrag nach einer Beitrags-Senkung oder einem Beitrags-Stopp wiederherstellen. Dazu können Sie zwischen zwei Möglichkeiten wählen:

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

In beiden Fällen berechnen wir die Leistungen oder Beiträge neu auf der Grundlage, die wir in 25 beschrieben haben. Wenn Sie Ihren Vertrag wiederherstellen, schreiben wir Ihrem Vertrag den Abzug nach 22.3 wieder gut. Stellen Sie Ihren Vertrag teilweise wieder her, erhalten Sie den Abzug anteilig gutgeschrieben. Eine Gebühr erstatten wir nicht.

Wenn wir den Vertrag innerhalb von sechs Monaten wiederherstellen, prüfen wir die Gesundheit der ↗versicherten Person nicht erneut. Wenn Sie den Vertrag später als sechs Monate wiederherstellen, prüfen wir die Gesundheit der ↗versicherten Person. Wenn Sie unmittelbar nach einer Stundung (22.7) eine Beitrags-Senkung oder einen Beitrags-Stopp vorgenommen haben, gilt: Wir rechnen den Zeitraum der Stundung auf die sechs Monate an. Hat sich die Gesundheit für uns bedeutsam verschlechtert, stellen wir die bisherigen Leistungen gar nicht wieder her oder zu schlechteren Bedingungen.

Wir stellen den Vertrag nicht wieder her, wenn
- der ↗Versicherungsfall eingetreten ist,
- der Vertrag erloschen ist oder
- wir den Vertrag nach 4.3.1 gekündigt haben.

22.6
Welche zusätzliche Möglichkeit bietet die befristete Beitrags-Senkung oder der befristete Beitrags-Stopp?
Sie können von uns verlangen, dass Sie eine befristete Beitrags-Senkung oder einen befristeten Beitrags-Stopp einlegen. In dieser Zeit zahlen Sie für bis zu zwölf Monate einen reduzierten oder gar keinen Beitrag. Wenn die ↗versicherte Person sich in Elternzeit befindet, können Sie die Beiträge für bis zu 36 Monate senken oder stoppen. Die Elternzeit müssen Sie uns nachweisen. Die vereinbarten Leistungen senken wir so, wie in 22.2 bis 22.4 beschrieben.

Nach Ablauf der befristeten Beitrags-Senkung oder des befristeten Beitrags-Stopps haben Sie sofort wieder die bisherigen versicherten Leistungen. Wir prüfen die Gesundheit der ↗versicherten Person nicht. Sie zahlen auch wieder Beiträge. Wir berechnen die Höhe der Beiträge neu. Die Beiträge werden höher sein als vorher. Ansonsten gelten die Regelungen in 22.5.

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

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

22.7
Wie können Sie Ihre Beiträge vorübergehend aussetzen (Stundung)?
Sie können Ihre Beiträge vorübergehend für höchstens 24 Monate aussetzen. Während dieser Zeit behalten Sie Ihren Versicherungsschutz. Wenn während der Stundung ein ↗Versicherungsfall eintritt und wir leisten, ziehen wir die gestundeten Beiträge von der Leistung ab.

Folgende Voraussetzungen müssen für eine Stundung erfüllt sein:
- Ihr Vertrag besteht seit mindestens einem Jahr.
- Die zu stundenden Beiträge sind höchstens so hoch: Wie das ↗Deckungskapital zum Beginn des Stundungszeitraums, vermindert um den gleichen Abzug wie nach 22.3.2.
- Sie haben seit der letzten Stundung mindestens für ein Jahr Beiträge gezahlt.

Während der Stundung nehmen wir keine Zinsen. Nach Ablauf des Stundungszeitraums können Sie aus folgenden Möglichkeiten wählen, wie wir mit den gestundeten Beiträgen verfahren sollen:

- Sie zahlen die gestundeten Beiträge in einem Betrag nach.
- Sie zahlen die gestundeten Beiträge in Raten nach. Die Raten teilen wir in gleichen Beträgen auf einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten auf. Wir berechnen für die Ratenzahlung keine Zinsen.
- Sie tilgen die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung, zum Beispiel durch Verrechnung mit dem ↗Deckungskapital, Erhöhung Ihrer Beiträge oder Reduzierung der Leistungen.

Während der Stundung können Sie die Beiträge nach 23 und 29 nicht erhöhen und die Risiko-Option (30) nicht ausüben.

23
Wie können Sie die Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen (Beitragsdynamik)?

23.1
Wie funktioniert die automatische Erhöhung?
Sie können vereinbaren, dass sich Ihre Beiträge automatisch jedes Jahr um 3 Prozent des Beitrags im Vorjahr erhöhen. Alternativ können Sie vereinbaren, dass sich Ihre Beiträge jedes Jahr um 5 Prozent des Beitrags im Vorjahr erhöhen.

Durch die automatische Erhöhung beginnen die in 4.5 genannten Fristen nicht neu.

23.2
Wann erhöhen sich die Beiträge?
Die Beiträge erhöhen sich jeweils einmal im Jahr zum ↗Versicherungsjahrestag. Erstmals erhöhen sich die Beiträge zu Beginn des ↗Versicherungsjahres, nachdem Ihr Vertrag ein Jahr besteht. Wir informieren Sie rechtzeitig vor jeder Erhöhung darüber, wie hoch der neue Beitrag ist. Der erhöhte Versicherungsschutz beginnt jeweils am Tag der Erhöhung um 12.00 Uhr mittags. Während eines Beitrags-Stopps oder einer Stundung (siehe 22) erhöhen wir die Beiträge nicht.

23.3
Wie erhöhen sich die Leistungen?
Wenn sich Ihre Beiträge automatisch erhöhen, erhöhen sich auch die Berufsunfähigkeits-Rente und weitere vereinbarte Leistungen wie zum Beispiel Cash+. Die Beiträge und Leistungen für den Krankheitenschutz erhöhen sich nicht. Die Gesundheit der ↗versicherten Person prüfen wir nicht, bevor wir die Leistungen erhöhen.

Wir berechnen die neuen Leistungen nach folgenden Grundlagen:

- Wir verwenden die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen ↗Rechnungsgrundlagen für automatische Erhöhungen. Diese können von den Grundlagen abweichen, mit denen wir die Leistungen bei Vertragsbeginn berechnet haben.
- Wir berechnen die Leistungen mit dem Alter, das die ↗versicherte Person am Tag der Erhöhung erreicht hat.

23.4
Wie können Sie die automatische Erhöhung der Beiträge aussetzen?
Sie können eine automatische Erhöhung wie folgt rückgängig machen:

- Sie widersprechen der automatischen Erhöhung innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin oder
- Sie bezahlen den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin.

Wenn Sie einer automatischen Erhöhung widersprechen, erhöhen wir Ihre Beiträge rückwirkend nicht. Im folgenden Jahr erhöhen wir Ihre Beiträge wieder normal. Sie können den Erhöhungen jedes Mal widersprechen.

23.5
Wann endet die automatische Erhöhung?
Die automatische Erhöhung endet,

- wenn Sie diese nicht mehr wünschen,
- spätestens fünf Jahre vor dem Ende der ↗Beitragszahlungsdauer oder
- wenn die ↗versicherte Person berufsunfähig oder arbeitsunfähig wird.

Was geschieht, wenn uns erst verspätet mitgeteilt wird, dass die Berufsunfähigkeit eingetreten ist? Dann entfallen alle automatischen Erhöhungen rückwirkend, seitdem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Wenn

- Sie Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit erhalten haben,
- der Grund für die Berufsunfähigkeit später wegfällt oder die Leistung für die Arbeitsunfähigkeit endet,
- Sie wieder Beiträge zahlen,
- die ↗versicherte Person das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und

- die versicherte Berufsunfähigkeits-Rente finanziell angemessen ist,

können Sie Ihre Beiträge wieder automatisch erhöhen lassen wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit.

24
Welche Kosten fallen für Ihren Vertrag an?

24.1
Welche Kosten gibt es?
Es gibt folgende Kosten:
- Einmalige Abschluss- und Vertriebskosten (siehe 24.2),
- übrige Kosten (siehe 24.3) und
- zusätzliche anlassbezogene Kosten (Gebühren, siehe 24.5).

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

Wenn Sie Ihre Beiträge automatisch erhöhen (23), erhöhen sich auch die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten sowie die übrigen Kosten.

24.2
Was sind einmalige Abschluss- und Vertriebskosten?
Wir verwenden die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten, vor allem um die Vermittlung des Vertrags zu vergüten und das Risiko zu prüfen.

24.3
Was sind übrige Kosten?
Wir verwenden die übrigen Kosten, um Ihren Vertrag zu verwalten.

24.4
Wie wirken sich die Kosten aus, wenn wir das ↗Deckungskapital berechnen?
Wenn wir das ↗Deckungskapital berechnen, berechnen wir die aufzuwendenden Kosten wie folgt:

a. Einmalige Abschluss- und Vertriebskosten
   Wenn Sie die Beiträge monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen, wenden wir für die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dabei teilen wir diese einmaligen Kosten auf:
   - In den ersten fünf Jahren ab Vertragsbeginn in gleiche Teilbeträge oder
   - über die gesamte ↗Beitragszahlungsdauer in gleiche Teilbeträge, wenn Sie mit uns eine ↗Beitragszahlungsdauer von weniger als fünf Jahren vereinbart haben.

   Die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten betragen höchstens 2,5 Prozent der Summe der vereinbarten ↗Tarifbeiträge.

   Wenn Sie Ihre Beiträge automatisch erhöhen (23), gilt: Wir berechnen die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten auf den zusätzlichen Beitrag ab dem Zeitpunkt der Erhöhung nach demselben Verfahren.

b. Übrige Kosten
   Übrige Kosten fallen jährlich an.

24.5
Welche Kosten können wir zusätzlich erheben (Gebühren)?
Für bestimmte Ereignisse, die Sie veranlassen oder verursachen, berechnen wir Ihnen weitere jeweils einmalige Kosten. Dies können folgende Ereignisse sein:
a. Sie zahlen den Beitrag nicht rechtzeitig und wir setzen Ihnen deshalb eine Frist oder schicken Ihnen eine Mahnung.
b. Ihre Bank gibt eine Lastschrift zurück.
c. Wir ändern auf Ihren Wunsch Ihren Vertrag (Ausnahme: Beitrags-Stopp, Kündigung und Wiederherstellung).
d. Wir stellen einen Ersatz für Ihren ↗Versicherungsschein aus.

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

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

E Sonstige Regelungen während der Vertragsdauer

25
Welche Rechnungsgrundlagen verwenden wir?
Der ↗Rechnungszins beträgt 1 Prozent. Beim Krankheitenschutz beträgt der ↗Rechnungszins abweichend 0,25 Prozent. Wir verwenden unternehmenseigene ↗Sterbe- und Wahrscheinlichkeitstafeln. Diese basieren

- bei der Berufsunfähigkeits-Rente auf der Wahrscheinlichkeitstafel „SR 2025“ und
- bei dem Krankheitenschutz auf „BL 2020 DD“.

26
Welche Überschüsse können während der ↗Vertragsdauer zu Ihren Leistungen hinzukommen?
Während der ↗Vertragsdauer können Überschüsse zu Ihren Leistungen hinzukommen. Die Überschüsse sind nicht garantiert. Es kann auch vorkommen, dass keine Überschüsse entstehen. Aus folgendem Grund: Wir wissen heute nicht, wie sich die Überschüsse entwickeln werden. Lesen Sie dazu die folgenden Absätze.

26.1
Wie entstehen Überschüsse?
Überschüsse entstehen, weil wir die ↗Rechnungsgrundlagen vorsichtig ansetzen. Überschüsse können zum Beispiel in folgenden Fällen entstehen:

- Wir erzielen aus den Kapitalanlagen mehr Erträge, als wir für die garantierten Leistungen benötigen. Von den Erträgen ziehen wir die Aufwendungen für die Kapitalanlage ab.
- Die Risiken treten in geringerem Umfang ein, als wir in die Beiträge eingerechnet haben. Beispiel: Die tatsächliche Lebensdauer der ↗versicherten Personen ist kürzer, als wir angenommen haben. Dadurch zahlen wir weniger Renten, als angenommen.
- Die tatsächlich angefallenen Kosten sind niedriger, als wir in die Beiträge eingerechnet haben.

Die in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschüsse unseres Unternehmens nennt man Rohüberschuss. Diesen ermitteln wir jährlich nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs und des Versicherungsaufsichtsgesetzes. Mit dem Jahresabschluss legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung unserer ↗Versicherungsnehmer:innen zur Verfügung steht. Wir beteiligen die ↗Versicherungsnehmer:innen an diesen Überschüssen, wie es im Aufsichtsrecht vorgegeben ist. Dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

Die auf die ↗Versicherungsnehmer:innen entfallenden Überschüsse führen wir zunächst der ↗Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir sie nicht direkt den Verträgen gutschreiben.

Die ↗Rückstellung für Beitragsrückerstattung

- gleicht Schwankungen bei der Überschuss-Beteiligung aus und
- darf grundsätzlich nur für die Beteiligung unserer ↗Versicherungsnehmer:innen an den Überschüssen verwendet werden.

Aus der Zuführung zur ↗Rückstellung für Beitragsrückerstattung können Sie keine bestimmte Höhe der Überschuss-Beteiligung für Ihren Vertrag beanspruchen. Nur in Ausnahmefällen dürfen wir die ↗Rückstellung für Beitragsrückerstattung für andere Zwecke verwenden, wenn die Aufsichtsbehörde zustimmt.

26.2
Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen?
Wenn wir Überschüsse verteilen, fassen wir gleichartige Versicherungen zusammen. Zum Beispiel ordnen wir Renten-, Pflege- und Berufsunfähigkeitsversicherungen unterschiedlichen Gruppen zu. Die Überschüsse verteilen wir auf diese Gruppen in dem Maß, wie die Gruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben. Darüber hinaus bilden wir innerhalb dieser Gruppen Gewinnverbände. In einem Gewinnverband befinden sich alle Versicherungen, die in einem ähnlichen Umfang dazu beitragen, dass Überschüsse entstehen. Es kann auch vorkommen, dass innerhalb eines Gewinnverbandes keine Überschüsse entstehen. Welchem Gewinnverband die versicherten Risiken Ihres Vertrages angehören, können Sie dem ↗Versicherungsschein entnehmen.

Für jeden Gewinnverband legt der Vorstand auf Vorschlag der Verantwortlichen ↗Aktuarin oder des Verantwortlichen ↗Aktuars die genaue Höhe der Überschusssätze für ein Kalenderjahr fest. Wir veröffentlichen alle Überschusssätze im Internet unter www.baloise.de.

27
Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen, bevor wir versicherte Leistungen erbringen?
Wir verwenden die Überschüsse, um Ihren Beitrag zu senken. Wir setzen jedes Jahr neu fest, um welchen Betrag sich Ihr Beitrag vermindert. Wir drücken die Höhe der Beitragsminderung in Prozent des ↗Tarifbeitrags aus.

Wenn wir ↗Risikozuschläge vereinbart haben, vermindern sich diese nicht.

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

Das Ausmaß, in dem sich Ihr Beitrag vermindert, hängt bei der Berufsunfähigkeits-Rente auch davon ab,
- welchen Beruf die ↗versicherte Person bei Vertragsbeginn ausgeübt hat oder
- welchen Prozentsatz Sie bei der optionalen Leistungsdynamik (9) vereinbart haben.

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

28
Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen, während wir Leistungen an Sie erbringen?
Wenn wir eine Berufsunfähigkeits-Rente zahlen, teilen wir Ihnen Überschüsse jährlich laufend zu. Wir teilen Ihnen die Überschüsse jeweils zu Beginn eines ↗Versicherungsjahres zu.

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

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

29
Wann und wie können Sie die Leistungen unabhängig vom Gesundheitszustand der ↗versicherten Person erhöhen (Nachversicherungsgarantie)?
Ob in Ihrem Vertrag die Nachversicherungsgarantie eingeschlossen ist, können Sie Ihrem ↗Versicherungsschein entnehmen.

29.1
In welchen Fällen können Sie die Leistungen erhöhen?
In den folgenden Fällen können Sie die Leistungen erhöhen. Dabei prüfen wir das Risiko der ↗versicherten Person nicht. Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit dürfen wir prüfen (siehe 29.2 d.).

a. Die ↗versicherte Person heiratet.
b. Die ↗versicherte Person lässt sich scheiden oder hebt eine eingetragene Lebenspartnerschaft auf.
c. Die ↗versicherte Person bekommt ein Kind oder adoptiert ein minderjähriges Kind.
d. Die ↗versicherte Person nimmt ihre berufliche Tätigkeit nach dem Ende der Elternzeit wieder auf. Eine Erhöhung aus diesem Anlass ist nur möglich, wenn noch keine Erhöhung nach 29.1 c. erfolgt ist.
e. Die ↗versicherte Person wird volljährig.
f. Die ↗versicherte Person zieht erstmals aus der elterlichen Wohnung aus.
g. Die ↗versicherte Person erwirbt eine selbstgenutzte Immobilie.
h. Die ↗versicherte Person nimmt einen Immobilienkredit für eine selbstgenutzte Immobilie über mindestens 100.000 EUR auf.
i. Die ↗versicherte Person nimmt eine Finanzierung für ihre freiberufliche oder selbständige Tätigkeit über mindestens 50.000 EUR auf.
j. Die ↗versicherte Person ist nicht mehr in der gesetzlichen Rentenversicherung oder einem berufsständischen Versorgungswerk pflichtversichert.
k. Die ↗versicherte Person ist nicht mehr oder in geringerem Umfang in der gesetzlichen Rentenversicherung gegen Invalidität abgesichert. Der Grund liegt darin, dass die gesetzliche Rentenversicherung den Umfang der Absicherung reduziert hat.
l. Das Bruttoeinkommen der ↗versicherten Person aus beruflicher Tätigkeit überschreitet erstmals die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.
m. Die ↗versicherte Person wechselt von der gesetzlichen in die private Krankenvollversicherung ohne erhöhtes Risiko.
n. Die ↗versicherte Person nimmt erstmals eine selbstständige Berufstätigkeit auf.
o. Eine betriebliche Altersversorgung zugunsten der ↗versicherten Person entfällt oder wird reduziert. Die Versorgung muss Leistungen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit vorsehen.
p. Die ↗versicherte Person erfährt einen Karrieresprung. Als Karrieresprung gilt, wenn die ↗versicherte Person
   - nicht selbstständig ist: Das monatliche Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit hat sich um mindestens 10 Prozent erhöht. Dabei legen wir das

durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen der zwölf Monate vor der Erhöhung zugrunde,
- freiberuflich oder selbstständig ist: Das Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit hat sich um mindestens 25 Prozent erhöht. Gemeint ist hierbei das Bruttoeinkommen der letzten zwei Kalenderjahre im Vergleich zu den beiden Kalenderjahren davor. Unter Bruttoeinkommen verstehen wir den Gewinn oder den Jahresüberschuss vor Steuern. Der Zeitpunkt des Karrieresprungs ist der 31.12. des zweiten der beiden Jahre, in denen sich das Bruttoeinkommen entsprechend erhöht hat.

q. Der ↗versicherten Person wird Prokura erteilt oder sie wird leitender Angestellter/leitende Angestellte nach § 5 Absatz 3 Betriebsverfassungsgesetz.
r. Die ↗versicherte Person beginnt
   - eine ↗Ausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder eine Laufbahnausbildung für Beamte/Beamtinnen oder
   - ein ↗Studium an einer staatlich anerkannten Hochschule, Fachhochschule oder Berufsakademie.
s. Die ↗versicherte Person beginnt nach erfolgreichem Abschluss einer ↗Ausbildung oder eines ↗Studiums eine berufliche Tätigkeit. Die ↗Ausbildung oder das ↗Studium müssen dabei auf die berufliche Tätigkeit ausgerichtet gewesen sein.
t. Die ↗versicherte Person hat eine weitergehende akademische berufliche Qualifikation oder eine Meisterprüfung erfolgreich abgeschlossen.
u. Der Ehepartner/die Ehepartnerin oder die eingetragene Lebenspartnerin/der eingetragene Lebenspartner der ↗versicherten Person stirbt oder wird pflegebedürftig in der Pflegepflichtversicherung.
v. Zusätzlich können Sie die Leistungen einmal in den ersten fünf Jahren und zu Beginn des elften ↗Versicherungsjahres erhöhen. Wenn dieser Vertrag durch einem Wechsel aus Startklar Plus der Baloise Best Invest Kids entstanden ist, gilt: Sie können die Leistungen nicht in den ersten fünf Jahren zusätzlich ohne Anlass erhöhen.

29.2
Welche Bedingungen müssen Sie für die Erhöhung beachten?

Sie können die Leistungen in den Fällen nach 29.1 nur erhöhen, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

a. Der Fall nach 29.1 muss während der ↗Versicherungsdauer eingetreten sein.
b. Sie können die Nachversicherungsgarantie innerhalb von zwölf Monaten ausüben, nachdem der Fall eingetreten ist.
c. Die letzte Erhöhung zu einem Fall nach 29.1 muss mindestens zwölf Monate her sein.
d. Die erhöhten Leistungen haben höchstens folgenden Umfang:
   - Sie können die Berufsunfähigkeits-Rente
     - um bis zu 500 EUR monatlich,
     - in den Fällen nach 29.1 p., q. und r. um bis zu 1.000 EUR monatlich und
     - im Fall nach 29.1 s. innerhalb der ersten fünf ↗Versicherungsjahre um bis zu 1.500 EUR, danach um bis zu 1.000 EUR monatlich, erhöhen.
   - Die gesamte Berufsunfähigkeits-Rente aller bei uns bestehenden Verträge erhöhen wir außerdem höchstens
     - auf 4.000 EUR monatlich,
     - in den ersten 12 Jahren auf das Dreifache der Berufsunfähigkeits-Rente bei Vertragsbeginn und
     - in den Fällen nach 29.1 r.: auf 1.500 EUR bei einer ↗Ausbildung oder 2.000 EUR bei einem ↗Studium.
   - Alle Berufsunfähigkeits-Renten für die ↗versicherte Person einschließlich dieser Erhöhung dürfen insgesamt höchstens 60 Prozent des Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit betragen. Das müssen Sie uns nachweisen. Ansprüche aus berufsständischen Versorgungswerken rechnen wir nicht an.
   - Wenn für die ↗versicherte Person auch Erwerbsunfähigkeits-Renten bestehen, gilt: Die Erwerbsunfähigkeits-Renten dürfen zusammen mit allen Berufsunfähigkeits-Renten 90 Prozent des Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit nicht übersteigen. Das müssen Sie uns nachweisen. Ansprüche aus berufsständischen Versorgungswerken rechnen wir nicht an.
e. In den Fällen 29.1 a. bis u. müssen Sie uns das jeweilige Ereignis in ↗Textform nachweisen.
f. Die ↗versicherte Person kann zum Zeitpunkt der Erhöhung ihre schulische, studentische oder berufliche Tätigkeit ausüben.

29.3
Was ist die Karrieregarantie?

Zusätzlich zu den in 29.1 genannten Fällen können Sie die Leistungen mit der Karrieregarantie in folgenden Fällen erhöhen. Dabei prüfen wir das Risiko der ↗versicherten Person nicht. Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit dürfen wir prüfen.

a. Die ↗versicherte Person
   - ist in einem unbefristeten oder auf mindestens zwei Jahre befristeten Arbeitsverhältnis beschäftigt,
   - die Berufsunfähigkeits-Rente beträgt nach der Erhöhung durch die Karrieregarantie mehr als 4.000 EUR monatlich und

- das regelmäßige monatliche Bruttogehalt hat sich um mindestens 5 Prozent im Vergleich zum Vormonat erhöht.

Sie können die Berufsunfähigkeits-Rente dann höchstens im selben Verhältnis erhöhen, in dem sich das monatliche Bruttogehalt der ↗versicherten Person erhöht hat.

b. Die ↗versicherte Person
   - übt seit mindestens sechs Jahren eine freiberufliche oder selbstständige berufliche Tätigkeit aus,
   - die Berufsunfähigkeits-Rente beträgt nach der Erhöhung durch die Karrieregarantie mehr als 4.000 EUR monatlich und
   - der erzielte durchschnittliche Gewinn vor Steuern hat sich um mindestens 10 Prozent gegenüber dem durchschnittlichen Gewinn oder Jahresüberschuss vor Steuern der davor liegenden zwei Jahre erhöht.

   Sie können die Berufsunfähigkeits-Rente dann höchstens im selben Verhältnis erhöhen, in dem sich der durchschnittliche Gewinn oder Jahresüberschuss vor Steuern der ↗versicherten Person erhöht hat, höchstens aber um 20 Prozent.

Alle Berufsunfähigkeits-Renten für die ↗versicherte Person einschließlich einer Erhöhung aus der Karrieregarantie dürfen insgesamt höchstens 6.000 EUR betragen. Sie dürfen höchstens 7.500 EUR betragen, wenn die ↗versicherte Person Arzt/Ärztin, Zahnärztin/Zahnarzt, Tierarzt/Tierärztin, Apotheker:in, Anwältin/Anwalt, Notar:in, Steuerberater:in oder Wirtschaftsprüfer:in ist. Außerdem dürfen die Berufsunfähigkeits-Renten höchstens 60 Prozent des Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit betragen. Wenn für die ↗versicherte Person auch Erwerbsunfähigkeits-Renten bestehen, gilt: Die Erwerbsunfähigkeits-Renten dürfen zusammen mit allen Berufsunfähigkeits-Renten 90 Prozent des Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit nicht übersteigen. Das müssen Sie uns nachweisen. Ansprüche aus berufsständischen Versorgungswerken rechnen wir nicht an.

Sie können die Karrieregarantie innerhalb von zwölf Monaten ausüben, nachdem sich das Bruttogehalt oder der durchschnittliche Gewinn vor Steuern erhöht haben. Das gestiegene Einkommen müssen Sie uns nachweisen. Sie können die Karrieregarantie erneut ausüben, wenn Sie erneut die Voraussetzungen erfüllen und zwölf Monate seit der letzten Erhöhung durch die Karrieregarantie vergangen sind.

29.4
Wie berechnen wir die erhöhten Leistungen und Beiträge?

Wenn Sie die Leistungen zu den in 29.1 oder 29.3 genannten Fällen erhöhen, erhöhen sich damit auch die Beiträge.

Für den Teil der Leistungen und Beiträge, der über die bisherigen Leistungen und Beiträge hinausgeht, gilt:
- Wir verwenden die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen ↗Rechnungsgrundlagen für Nachversicherungen. Diese können von den Grundlagen abweichen, mit denen wir die Leistungen bei Vertragsbeginn berechnet haben.
- Wir berechnen den Beitrag und die Leistungen mit dem Alter, das die ↗versicherte Person am Tag der Erhöhung erreicht hat.
- Das jeweilige Ende der ↗Versicherungsdauer, ↗Leistungsdauer und ↗Beitragszahlungsdauer ändert sich nicht.
- Mit Ihnen getroffene Vereinbarungen zum Risiko, zum Beispiel Risikoausschlüsse, gelten auch für die Nachversicherung.
- Eine vereinbarte Beitragsdynamik (23) gilt auch für die Nachversicherung.
- Ein vereinbarter Krankheitenschutz (11) erhöht sich nicht.

Die Erhöhung aus der Nachversicherung hängt vom ursprünglichen Vertrag ab. Das heißt: Sie können Rechte aus der Erhöhung nur geltend machen, solange auch der ursprüngliche Vertrag besteht.

Wir können die Nachversicherung auch über einen neuen Vertrag durchführen. In diesem Fall gelten die ↗Rechnungsgrundlagen und Bedingungen des neuen Vertrags.

29.5
Wann beginnt die Erhöhung?

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

29.6
Wann endet die Möglichkeit zur Erhöhung?

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

a. Die ↗versicherte Person hat das 51. Lebensjahr vollendet.
b. Für die ↗versicherte Person sind bereits aus irgendeiner privaten oder gesetzlichen Versicherung Leistungen für folgende Fälle beantragt worden:

Berufsunfähigkeit, Verlust einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung.

c. Die ↗versicherte Person erfüllt die Voraussetzungen, um Leistungen nach b. zu erhalten.
d. Die ↗versicherte Person ist schwerbehindert oder hat einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt.
e. Sie zahlen keine Beiträge.
f. Sie haben falsche oder unvollständige Angaben gemacht und wir treten zurück, kündigen den Vertrag oder passen ihn an. Beachten Sie 3 und 4.

30
Was ist die Risiko-Option?

30.1
Wann können Sie eine Risikoversicherung ohne Prüfung der Gesundheit erhalten?
Sie können einmalig eine Risikoversicherung für die ↗versicherte Person ohne Prüfung der Gesundheit erhalten. Wenn Sie die Risiko-Option ausüben, dürfen wir relevante Tarifierungsmerkmale wie Rauchverhalten, Größe, Gewicht, Beruf oder risikoreiche Hobbys abfragen und prüfen. Das kann dazu führen, dass der Abschluss der Risikoversicherung nicht möglich ist.

Es gelten folgende Voraussetzungen:
- Eines dieser Ereignisse liegt vor:
  - Die ↗versicherte Person bekommt ein Kind oder adoptiert ein minderjähriges Kind.
  - Sie erwirbt eine selbstgenutzte Immobilie.
  - Sie nimmt einen Immobilienkredit für eine selbstgenutzte Immobilie über mindestens 100.000 EUR auf.
- Sie üben diese Option innerhalb von zwölf Monaten nach dem Ereignis aus.
- Das Ereignis müssen Sie uns in ↗Textform nachweisen.
- Wir haben die Baloise Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Ausschluss eines Risikos oder ↗Risikozuschlag angenommen.

30.2
Welche weiteren Bedingungen gelten?
Wenn Sie die Risikoversicherung beantragen, gelten:
- Die Versicherungsbedingungen und die ↗Rechnungsgrundlagen für neue Verträge.
- Das ↗rechnungsmäßige Alter der ↗versicherten Person zu diesem Zeitpunkt.
- Eine ↗Versicherungsdauer höchstens bis zum Ende der Restlaufzeit dieses Vertrages.
- Eine Versicherungssumme bis zum Zehnfachen der jährlichen Berufsunfähigkeits-Rente, mindestens 100.000 EUR und höchstens 300.000 EUR.
- Liegt das Zehnfache der jährlichen Berufsunfähigkeits-Rente unter 100.000 EUR, können Sie die Risiko-Option nicht ausüben.
- Wenn für die ↗versicherte Person mehrere Berufsunfähigkeitsversicherungen mit einer Risiko-Option bestehen, gilt: Wir legen das Zehnfache aller jährlichen Berufsunfähigkeits-Renten zugrunde.

Wurde bei Abschluss der Berufsunfähigkeits-Versicherung die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, gelten die rechtlichen Folgen auch für die Risikoversicherung. Für die bei Ausübung der Risiko-Option abgefragten Tarifierungsmerkmale gilt: Die Fristen für die vorvertragliche Anzeigepflicht beginnen in Bezug auf diese Merkmale neu.

30.3
Wann endet die Risiko-Option?
In folgenden Fällen haben Sie keine Möglichkeit mehr, die Risiko-Option auszuüben:

a. Die ↗versicherte Person ist älter als 45 Jahre.
b. Dieser Vertrag besteht länger als 15 Jahre.
c. Für die ↗versicherte Person sind bereits aus irgendeiner privaten oder gesetzlichen Versicherung Leistungen für folgende Fälle beantragt worden: Verlust einer Grundfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung.
d. Die ↗versicherte Person erfüllt die Voraussetzungen, um Leistungen nach c. zu erhalten.
e. Die ↗versicherte Person ist schwerbehindert oder hat einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt.
f. Sie zahlen keine Beiträge.
g. Wir bieten keine Risikoversicherung mehr an.
h. Sie oder die ↗versicherte Person haben falsche oder unvollständige Angaben gemacht und wir treten zurück, kündigen den Vertrag oder passen ihn an. Beachten Sie 3 und 4.

31
In welchen Fällen können Sie die ↗Versicherungsdauer oder die ↗Leistungsdauer verlängern?
Wenn sich die Regelaltersgrenze in
- der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung oder
- den berufsständischen Versorgungswerken

erhöht, können Sie die ↗Versicherungsdauer oder die ↗Leistungsdauer verlängern. Dabei prüfen wir das Risiko der ↗versicherten Person nicht.

Es gelten folgende Voraussetzungen:
- Sie können die ↗Versicherungsdauer oder die ↗Leistungsdauer um die Anzahl der Jahre verlängern, um die sich die Regelaltersgrenze verlängert.
- Sie müssen uns Ihren Wunsch innerhalb von zwölf Monaten seit Änderung der Regelaltersgrenze mitteilen.
- Die Berufsunfähigkeits-Rente und weitere Leistungen ändern sich nicht.
- Ihr Beitrag erhöht sich.

In folgenden Fällen können Sie die ↗Versicherungsdauer oder die ↗Leistungsdauer nicht mehr verlängern:
a. Die verbleibende ↗Versicherungsdauer beträgt weniger als fünf Jahre.
b. Für die ↗versicherte Person sind bereits aus irgendeiner privaten oder gesetzlichen Versicherung Leistungen für folgende Fälle beantragt worden: Berufsunfähigkeit, Verlust einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung.
c. Die ↗versicherte Person ist arbeitsunfähig, berufsunfähig, pflegebedürftig, erwerbsunfähig, erwerbsgemindert oder hat eine Grundfähigkeit verloren.
d. Die ↗versicherte Person ist schwerbehindert oder hat einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt.
e. Sie zahlen keine Beiträge.
f. Sie haben falsche oder unvollständige Angaben gemacht und wir treten zurück, kündigen den Vertrag oder passen ihn an. Beachten Sie 3 und 4.

32
Welche Optionen können Sie nachträglich einschließen?
Sie können folgende Optionen nachträglich einschließen:
- Leistungsdynamik von ein, zwei oder drei Prozent (9),
- Arbeitsunfähigkeitsschutz (10),
- Krankheitenschutz mit einer Einmalzahlung zwischen 5.000 EUR und bis zu drei Jahresrenten, höchstens jedoch bis zu 100.000 EUR (11),
- Pflegeschutz (12) oder
- Cash+ (13) mit einer Einmalzahlung von einer oder drei jährlichen Berufsunfähigkeits-Renten. Ab dem Alter 50 Jahre ist die Einmalzahlung stets so hoch wie eine jährliche Berufsunfähigkeits-Rente.

Wenn Sie eine Option einschließen, erhöht sich Ihr Beitrag. Außerdem können wir das Risiko der ↗versicherten Person prüfen. Das kann dazu führen, dass Sie eine Option nicht einschließen können.

Ansonsten gelten die Regelungen wie für die Erhöhung in 29.5 und 29.6.

33
Was müssen Sie beachten, wenn die ↗versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit ändert?
Wenn die ↗versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit ändert, müssen Sie uns das nicht mitteilen. Sie können in diesem Fall aber prüfen lassen, ob wir den neuen Beruf günstiger einstufen.

Dafür gelten folgende Voraussetzungen:
- Sie teilen uns den neuen Beruf der ↗versicherten Person in ↗Textform mit,
- die ↗versicherte Person übt den Beruf seit mindestens einem Jahr aus und
- die ↗versicherte Person hat das 51. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Wenn die ↗versicherte Person Schülerin oder Schüler ist oder Wehr-, Zivil- oder ähnliche Dienste leistet, gelten abweichend folgende Voraussetzungen:
- Die ↗versicherte Person wechselt die Schulform, wechselt in die ↗gymnasiale Oberstufe, nimmt erstmals einen Beruf, eine ↗Ausbildung oder ein ↗Studium auf,
- Sie teilen uns dies innerhalb von sechs Monaten in ↗Textform mit und
- der Vertrag besteht seit höchstens 10 Jahren.

Wir können die Gesundheit der ↗versicherten Person erneut prüfen. Davon kann es abhängen, ob wir Ihren Beitrag senken können. In den ersten fünf Jahren seit Vertragsbeginn gilt: Wir prüfen die Gesundheit der ↗versicherten Person nicht, wenn sie das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Wenn wir den neuen Beruf günstiger einstufen, berechnen wir Ihren Beitrag mit den bisherigen ↗Rechnungsgrundlagen.

Haben Sie für diesen Vertrag die bisher höchstmögliche ↗Versicherungsdauer vereinbart, gilt: Sie können auch für den neuen Beruf die höchstmögliche ↗Versicherungsdauer vereinbaren.

Wenn wir die neue berufliche Tätigkeit nicht günstiger einstufen, bleibt Ihr Vertrag unverändert. Wir können die ↗versicherte Person nicht ungünstiger einstufen.

34
Wann können wir die Beiträge oder Leistungen anpassen?
Unter folgenden Bedingungen können wir die Beiträge nach dem Versicherungsvertragsgesetz erhöhen:
a. ↗Versicherungsfälle sind in höherem Umfang eingetreten als wir bei Vertragsbeginn angenommen

haben. Dieser Zustand ist voraussichtlich dauerhaft und diese Entwicklung konnten wir bei Vertragsbeginn nicht vorhersehen.

b. Der neu berechnete Beitrag muss angemessen sein. Außerdem muss der neue Beitrag erforderlich sein, um Folgendes sicherzustellen: Wir müssen in Zukunft alle Leistungen dauerhaft erfüllen können.

c. Ein unabhängiger ↗Treuhänder oder eine unabhängige ↗Treuhänderin muss prüfen und bestätigen, ob die zuvor genannten Bedingungen erfüllt sind. Die ↗Treuhänderin oder der ↗Treuhänder muss auch die neue Berechnung des Beitrags prüfen und diese bestätigen. Der ↗Treuhänder oder die ↗Treuhänderin überprüft die Bedingungen nicht, wenn die Aufsichtsbehörde die Beitragsanpassung genehmigen muss.

Unter folgender Bedingung dürfen wir die Beiträge nicht neu berechnen:

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

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

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

35
Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

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

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

Eine Bestimmung kann durch eine ↗höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen ↗bestandskräftigen Verwaltungsakt unwirksam werden. In diesem Fall können wir die unwirksame Bestimmung durch eine neue Bestimmung ersetzen.

Wir dürfen dies allerdings nur unter folgenden Bedingungen:

a. Wenn es notwendig ist, die alte durch die neue Bestimmung zu ersetzen, um den Vertrag fortzuführen, oder

b. wenn es für Sie oder uns eine ↗unzumutbare Härte darstellen würde, wenn der Vertrag ohne neue Bestimmung bestehen bleibt. Wir müssen Ihre und unsere Interessen berücksichtigen.

35.2
Wann wird die neue Bestimmung wirksam?

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

a. Wir haben Ihnen die neue Bestimmung mitgeteilt. Dabei müssen wir Ihnen auch die Gründe nennen, die für die Änderung maßgeblich waren.

b. Sie müssen die Mitteilung zwei Wochen vorher erhalten haben.

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

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

Wenn sich Ihre Anschrift ändert, müssen Sie uns dies ↗unverzüglich mitteilen. Tun Sie dies nicht, können Ihnen Nachteile entstehen: Wir können Ihnen ↗Erklärungen zum Vertrag mit eingeschriebenem Brief an Ihre letzte Anschrift senden. Drei Tage danach gilt die ↗Erklärung als bei Ihnen zugegangen – auch wenn Sie sie tatsächlich nicht erhalten haben. Dies gilt auch, wenn Sie Gewerbetreibende oder Gewerbetreibender sind und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben. Dasselbe gilt, wenn Sie Ihren Namen ändern.

36.2
Was gilt, wenn sich Ihr steuerlicher Status ändert?

36.2.1
Was müssen Sie uns mitteilen?

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

a. Sie verlegen Ihren steuerlichen Wohnsitz/Ihre steuerliche Ansässigkeit ins Ausland oder zurück nach Deutschland,

b. Sie werden eine „US-Person“ oder aus anderen Gründen in den USA unbeschränkt steuerpflichtig. Oder Sie verlieren den Status als „US-Person“ oder sind aus anderen Gründen in den USA nicht mehr unbeschränkt steuerpflichtig.
c. Auf eine beherrschende Person, die einen passiven Rechtsträger im Sinne der AIA- oder FATCA-Regulierung kontrolliert, trifft ein unter a. oder b. genannter Sachverhalt zu.
d. Sie sind Rechtsträger und Ihr AIA- oder FATCA-Status ändert sich.

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

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

Ein Rechtsträger ist zum Beispiel eine ↗juristische Person, eine Personengesellschaft oder ein Einzelunternehmen. Passiv ist der Rechtsträger, wenn er im letzten Geschäftsjahr
- mehr als 50 Prozent der Bruttoeinkünfte aus passiven Einkünften (zum Beispiel Dividenden, Zinsen oder sonstige Kapitalerträge) erzielt hat oder
- mit mehr als 50 Prozent seiner Vermögenswerte passive Einkünfte erzielt hat.

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

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

36.2.2
Welche weiteren Mitwirkungspflichten haben Sie?
Zeigen sich nach Vertragsabschluss bei Ihnen oder einer beherrschenden Person, die einen passiven Rechtsträger im Sinne der AIA- oder FATCA-Regeln kontrolliert, Indizien
- einer Änderung des steuerlichen Wohnsitzes/der steuerlichen Ansässigkeit,
- einer US-Steuerpflicht oder
- einer Änderung des AIA-/FATCA-Status,

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

36.2.3
Wann geben wir Daten an die Steuerbehörden weiter?
Wir können im gesetzlichen Rahmen Daten an deutsche oder ausländische Steuerbehörden weitergeben.

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

37
Wo können Sie sich beschweren und wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

37.1
Wo können Sie sich beschweren?

37.1.1
Bei Baloise
Ihr Vermittler, Ihre Vermittlerin und die Mitarbeitenden von Baloise beraten Sie umfassend und kompetent. Sollten Sie dennoch einmal unzufrieden sein, können Sie uns anrufen oder schreiben.

37.1.2
Bei der Schlichtungsstelle
Darüber hinaus können Sie sich auch an diese außergerichtliche Schlichtungsstelle für Verbraucher:innen wenden:
Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

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

37.1.3
Bei der Aufsichtsbehörde
Sie können sich auch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

37.2
Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?
Unabhängig von einer Beschwerde können Sie den Rechtsweg beschreiten. Es gelten folgende Gerichtsstände.

37.2.1
Bei ↗natürlichen Personen
Wenn Sie eine ↗natürliche Person sind, müssen wir Klagen gegen Sie beim zuständigen Gericht an Ihrem Wohnort erheben. Wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, ist das Gericht an dem Ort zuständig, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten.

Sie können eine Klage gegen uns bei folgenden zuständigen Gerichten erheben:
- An Ihrem Wohnort,
- an dem Ort, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben,
- an unserem Geschäftssitz oder
- am Ort unserer Niederlassung, in der Ihr Vertrag geführt wird.

37.2.2
Bei ↗juristischen Personen
Was geschieht, wenn unser Vertragspartner eine ↗juristische Person ist? In diesem Fall müssen wir Klagen gegen diese ↗juristische Person beim zuständigen Gericht an ihrem Geschäftssitz oder ihrer Niederlassung erheben.

Die ↗juristische Person kann an folgenden Orten gegen uns Klage erheben:
- An ihrem Geschäftssitz oder ihrer Niederlassung,
- an unserem Geschäftssitz oder
- am Ort unserer Niederlassung, in der ihr Vertrag geführt wird.

37.2.3
Bei einem ausländischen Wohnsitz oder Geschäftssitz
An welchem Ort ist Klage einzureichen, wenn Sie
- Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts oder
- Ihren Geschäftssitz oder Ihre Niederlassung

ins Ausland verlegen? In diesem Fall sind die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Geschäftssitz haben.

F Kündigung des Vertrags

38
Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?
Sie können diesen Vertrag jederzeit zum nächsten Zahlungsabschnitt kündigen. Sie können nicht kündigen, wenn wir Leistungen erbringen. Sie müssen in ↗Textform kündigen. Eine Kündigungsfrist gibt es nicht.

Den Arbeitsunfähigkeitsschutz (10), den Krankheitenschutz (11) und den Pflegeschutz (12) können Sie auch jeweils allein kündigen.

39
Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?
Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, erlischt dieser, ohne dass wir etwas auszahlen. Sie haben keinen Anspruch, dass wir Beiträge zurückzahlen.

Wenn Sie den Arbeitsunfähigkeitsschutz, den Krankheitenschutz oder den Pflegeschutz allein kündigen, endet dieser, ohne dass wir etwas auszahlen. Sie zahlen danach einen niedrigeren Beitrag.

Glossar

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

Aktuar:in: Eine versicherungsmathematisch ausgebildete sachverständige Person.

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

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

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

Begünstigte Person: Eine Person, für die Sie im Vertrag vorgesehen haben, die Leistungen im ↗Versicherungsfall zu erhalten. Das können Sie selbst oder eine andere Person sein. Im Gesetz nennt man die begünstigte Person „Bezugsberechtigten".

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

Deckungskapital: Es berechnet sich aus dem Unterschiedsbetrag zwischen
a. dem Zeitwert der zukünftig von uns zu erbringenden Versicherungsleistungen sowie der aufzuwendenden Kosten und
b. dem Zeitwert der zukünftig von Ihnen zu zahlenden Beiträge

für diesen Vertrag. Diesen Betrag berechnen wir für jedes Jahr. Die Zeitwerte der zukünftigen Versicherungsleistungen, Kosten und Beiträge berechnen wir wie folgt: Nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den für die Berechnung der Beiträge oder Leistungen verwendeten ↗Rechnungsgrundlagen.

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

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

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

Gymnasiale Oberstufe: Die gymnasiale Oberstufe umfasst die der Sekundarstufe II zugerechneten oberen Jahrgangsstufen des Gymnasiums, des beruflichen Gymnasiums (auch: Fachgymnasiums) und der Gesamtschule.

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

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

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

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

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

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

Rechnungsmäßiges Alter: Das rechnungsmäßige Alter der ↗versicherten Person ist der Unterschied zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr. Beispiel: Geboren im Jahr 1985, Beginn des Vertrags im Jahr 2026: das rechnungsmäßige Alter ist 2026 – 1985 = 41 Jahre.

Risikozuschlag: Ein Aufschlag auf den Beitrag. Diesen verlangen wir,
a. wenn der Gesundheitszustand der ↗versicherten Person schlechter ist als bei den ↗Rechnungsgrundlagen angenommen oder
b. die ↗versicherte Person ein sonstiges risikoerhöhendes Merkmal aufweist, zum Beispiel eine gefährliche Sportart betreibt.

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

Schriftlich: Zum Beispiel per eigenhändig unterschriebenem Brief.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Versicherungsjahr/Versicherungsjahrestag: Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Beginn der Versicherung und dauert dann 12 Monate. Es dauert weniger als 12 Monate, wenn der Monat des Versicherungsbeginns vom Monat des Ablaufs der ↗Versicherungsdauer abweicht. Dann endet das Versicherungsjahr zum Monat des Ablaufs der ↗Versicherungsdauer. Alle folgenden Versicherungsjahre beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beispiel: Beginn der Versicherung ist der 1.2., Ablauf der ↗Versicherungsdauer ist der 1.10., dann endet das Versicherungsjahr am 1.10. Den 1.10. nennen wir auch Versicherungsjahrestag.

Versicherungsnehmer:in: Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner, die Versicherungsnehmerin ist unsere Vertragspartnerin. Er oder sie schließt den Vertrag ab und erhält den ↗Versicherungsschein.

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

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

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

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

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

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

Baloise Lebensversicherung AG
Deutschland

Ludwig-Erhard-Straße 22
20459 Hamburg
www.baloise.de
kunde@baloise.de

Gebühren für bestimmte Geschäftsvorfälle

Die folgenden Gebühren
- verrechnen wir mit der Deckungsrückstellung oder künftigen Überschussanteilen oder
- werden zusammen mit der Beitragszahlung fällig.

Ersatz-Versicherungsschein	30 EUR
Vertragsänderung (außer Beitrags-Stopp)	30 EUR
Bearbeitung einer Abtretung oder Verpfändung	30 EUR
Bearbeitung einer Weiterabtretung	150 EUR
Werteanfragen zusätzlich zur regelmäßigen Information	0 EUR
Neuaufteilung der in Fonds investierten Anlagebeiträge oder Umschichtung von Fondsanteilen	Bis zu 12 Änderungen pro Kalenderjahr sind gebührenfrei, dann 30 EUR für jede weitere Änderung
Übertragung der Wertpapiere anstelle der Auszahlung	0,5 % des Geldwertes der zu übertragenden Wertpapiere, mindestens 30 EUR, höchstens 100 EUR
Umschichtung im Rahmen der Sicherungsoption oder Investmentoption	30 EUR
Inanspruchnahme der Liquiditätsoption	30 EUR, während der Ausbildungsphase viermal im Kalenderjahr gebührenfrei
Teilauszahlung nach dem geplanten Rentenbeginn	4 Teilauszahlungen pro Kalenderjahr sind gebührenfrei, dann 30 EUR für jede weitere Auszahlung
Auszahlung von Kapital bei der Altersrente mit Kapitaloption	30 EUR je Auszahlung
Inanspruchnahme des Fonds-Rentenplans	30 EUR
Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren, diese Gebühr dient auch der Verrechnung der uns von Ihrem Kreditinstitut in Rechnung gestellten Kosten	4,50 EUR
Mahnverfahren bei Beitragsrückständen	2,50 EUR je Mahnung
Adressen-Recherche aufgrund nicht angezeigter Anschriftenänderung	30 EUR

Bitte beachten Sie, dass nicht alle Geschäftsvorfälle auf Ihren Vertrag zutreffen müssen.
Wir können
- die Höhe der Gebühren oder
- die Anzahl der gebührenfreien Vorgänge

regelmäßig überprüfen und anpassen, wenn sich unsere durchschnittlichen Kosten erhöhen oder verringern. Die jeweils aktuellen Gebühren können Sie bei uns erfragen.

Baloise Lebensversicherung AG Deutschland

Ludwig-Erhard-Straße 22
20459 Hamburg
www.baloise.de
kunde@baloise.de

Allgemeine Informationen

zu Ihrer Lebensversicherung

A Wer ist Ihr Vertragspartner?

Baloise Lebensversicherung AG Deutschland
Ludwig-Erhard-Straße 22
20459 Hamburg

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

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

B Was ist unsere Hauptgeschäftstätigkeit?

Wir betreiben die Lebensversicherung in verschiedenen Arten. Wir bieten hauptsächlich Versicherungsprodukte für die Risikoabsicherung und Altersversorgung an.

Hierzu gehören

- Fondsgebundene Rentenversicherungen,
- Risiko-Lebensversicherungen,
- Berufsunfähigkeits-Versicherungen und
- Grundfähigkeiten-Versicherungen.

C Wie sind Ihre Ansprüche über eine Sicherheitseinrichtung abgesichert?

Wir gehören dem gesetzlichen Sicherungsfonds an.

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

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

Protektor schützt Versicherte vor den Folgen der Insolvenz eines Lebensversicherers: Verträge werden fortgeführt; die Leistungen für die Altersvorsorge und der Risikoschutz bleiben erhalten, ebenso die bereits gewährten Gewinnbeteiligungen.

D Wie kommt Ihr Vertrag zustande?

Ihr Vertrag kommt zustande, wenn

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

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

E Welches Recht und welche Vertragssprache wenden wir an?

Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

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

F Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können Ihren Vertrag nicht kündigen, wenn wir daraus eine Rente zahlen.

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

Zu den Folgen einer Kündigung lesen Sie bitte die Versicherungsbedingungen.

Baloise Lebensversicherung AG Deutschland

Ludwig-Erhard-Straße 22
20459 Hamburg
www.baloise.de
kunde@baloise.de

Steuerregelungen

Berufsunfähigkeits-, Pflege-, Risiko- und Grundfähigkeiten-Versicherungen

Die nachfolgenden Informationen bieten Ihnen eine allgemeine steuerliche Übersicht und beruhen auf den am 01.01.2022 geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Sie können eine individuelle steuerliche Beratung nicht ersetzen.

1
Wie werden die Beiträge steuerlich behandelt?

1.1
Beiträge für eine Berufsunfähigkeits-, Pflege- und Risikoversicherung
Die Beiträge für Berufsunfähigkeits-, Pflege- und Risikoversicherungen sind Vorsorgeaufwendungen. Diese Vorsorgeaufwendungen können nach § 10 Abs. 1 Nr. 3a Einkommensteuergesetz (EStG) steuerlich geltend gemacht werden.

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

Der Höchstbetrag reduziert sich auf 1.900 EUR, wenn
- der Steuerpflichtige einen Anspruch auf Erstattung oder Übernahme von Krankheitskosten (zum Beispiel Beihilfe) hat oder
- für dessen Krankenversicherung Leistungen vom Arbeitgeber erbracht werden (zum Beispiel Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung).

Bei einer Zusammenveranlagung werden die jeweiligen Höchstbeträge addiert.

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

1.2
Beiträge für eine Grundfähigkeiten-Versicherung
Die Beiträge für Grundfähigkeiten-Versicherungen können nicht als Sonderausgaben steuerlich geltend gemacht werden.

1.3
Versicherungsteuer
Für Beiträge zu Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeiten- und Pflegeversicherungen fällt keine Versicherungsteuer an, wenn die Ansprüche aus dem Vertrag
- der Versorgung der versicherten Person (= Risikoperson),
- der Versorgung von nahen Angehörigen nach § 7 des Pflegezeitgesetzes oder
- der Versorgung von Angehörigen nach § 15 der Abgabenordnung

dienen.

In anderen Fällen beträgt die Versicherungsteuer 19 Prozent.

Für Beiträge zu Risikoversicherungen fällt keine Versicherungsteuer an.

2
Wie werden die Leistungen steuerlich behandelt?

2.1
Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung
Berufsunfähigkeitsrenten unterliegen mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer. Die Höhe des Ertragsanteils ergibt sich aus
- der voraussichtlichen Laufzeit der Rente und
- dem Alter zum Rentenbeginn.

Einmalige Kapitalleistungen aus Berufsunfähigkeitsversicherungen sind einkommensteuerfrei.

2.2
Leistungen aus einer Pflegeversicherung
Leistungen aus Pflegeversicherungen an den Pflegebedürftigen sind nach § 3 Abs. 1a EStG einkommensteuerfrei.

Einmalige Kapitalleistungen aus Pflegeversicherungen auf den Todesfall sind einkommensteuerfrei.

2.3
Leistungen aus einer Risikoversicherung
Einmalige Kapitalleistungen aus Risikoversicherungen auf den Todesfall sind einkommensteuerfrei.

2.4
Leistungen aus einer Grundfähigkeiten-Versicherung
Grundfähigkeiten-Renten unterliegen mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer. Die Höhe des Ertragsanteils ergibt sich aus

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

Einmalige Kapitalleistungen aus Grundfähigkeiten-Versicherungen sind einkommensteuerfrei.

3
Wann fällt Erbschaft- oder Schenkungsteuer an?
Wenn nicht der Versicherungsnehmer, sondern eine andere Person eine Versicherungsleistung erhält, kann Erbschaft- oder Schenkungsteuer anfallen. Durch hohe Freibeträge muss in vielen Fällen jedoch keine Steuer gezahlt werden.

4
Welche Mitteilungspflichten und Besonderheiten gelten bei einer Steuerpflicht?
Wenn Sie oder eine andere am Vertrag beteiligte Person in Deutschland, den USA oder einem anderen Land steuerpflichtig sind, gilt: Diese Person muss die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag möglicherweise gegenüber den deutschen oder ausländischen Behörden deklarieren.

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

Baloise Lebensversicherung AG
Deutschland

Ludwig-Erhard-Straße 22
20459 Hamburg
www.baloise.de
kunde@baloise.de