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