

Versicherungsbedingungen und -informationen für Basler Beruf + Pflege Lifetime

Nummer für die Empfangsbestätigung im Antrag:

BAL 1333 07.14

Inhaltsverzeichnis

		Seite
▶ Basler Beruf + Pflege Lifetime		
Übersicht	BAL 8302 10.13	4
Allgemeine Versicherungsbedingungen für Basler Beruf + Pflege Lifetime	BAL 8288 07.14	5
Gebührentabelle für konventionelle Versicherungen	BAL 8118 01.13	28
Allgemeine Informationen zu Ihrer Lebensversicherung	BAL 8119 01.13	29
Allgemeine Steuerregelungen für Pflege-, Risiko- und Berufsunfähigkeitsversicherungen	BAL 8122 07.14	30

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

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

Die Versicherungsbedingungen und Informationen gliedern sich in:

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

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

*Mit freundlichen Grüßen
Basler Lebensversicherungs-AG*

Allgemeine Versicherungsbedingungen Basler Beruf + Pflege Lifetime

A Vertragsschluss

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

B Leistungen und Einschränkungen

- 7 Wie sind Sie abgesichert, wenn die versicherte Person berufsunfähig wird?
- 8 Wie sind Sie abgesichert, wenn die versicherte Person pflegebedürftig wird?
- 9 Optional: Was leisten wir, wenn Sie die BeitragsSicherung vereinbart haben?
- 10 Optional: Was leisten wir, wenn Sie den KrankheitenSchutz vereinbart haben?
- 11 Wann ist die versicherte Person berufsunfähig?
- 12 Wann ist die versicherte Person pflegebedürftig?
- 13 Wann ist die versicherte Person schwer erkrankt?
- 14 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen und was sind die Folgen?

C Auszahlung der Leistungen

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

D Beitragszahlung und Kosten

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

E Sonstige Regelungen während der Vertragsdauer

- 26 Welche Rechnungsgrundlagen verwenden wir?

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

F Kündigung des Vertrags

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

Glossar

A Vertragsschluss

1 Wer ist Ihr Vertragspartner? Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

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

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

- a. Eine ∇ schriftliche Annahmeerklärung oder
- b. den ∇ Versicherungsschein.

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

2 Was sind die wesentlichen Merkmale Ihrer Basler Beruf + Pflege Lifetime?

Ihr Vertrag ist eine Versicherung, die folgende Leistungen erbringt:

- a. Eine Berufsunfähigkeits-Rente, wenn die ∇ versicherte Person berufsunfähig wird,
- b. eine Berufsunfähigkeits-Rente, solange die ∇ versicherte Person pflegebedürftig ist, wenn die ∇ versicherte Person zum Ende der ∇ Leistungsdauer für den Berufsunfähigkeitsschutz eine Berufsunfähigkeits-Rente erhält und außerdem pflegebedürftig ist,
- c. eine Pflege-Rente nach dem Ende der ∇ Versicherungsdauer für den Berufsunfähigkeitsschutz, wenn die ∇ versicherte Person nach dem Ende der ∇ Versicherungsdauer für den Berufsunfähigkeitsschutz pflegebedürftig wird,
- d. wenn Sie die Beitragsicherung beantragt haben: Leistungen, wenn die ∇ versicherte Person berufsunfähig oder pflegebedürftig wird und
- e. wenn Sie den Krankheitschutz beantragt haben: Leistungen, wenn die ∇ versicherte Person schwer erkrankt.

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

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

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

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

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

4.1 Wann können wir vom Vertrag zurücktreten?

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

- 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 ∇ fahrlässig verletzt haben, gelten die neuen Bedingungen rückwirkend ab Vertragsbeginn. Die neuen Bedingungen können dazu führen, dass wir Ihnen keinen Versicherungsschutz für den Umstand anbieten, den Sie uns verschwiegen haben. Wenn Sie die Anzeigepflicht ∇ unverschuldet verletzt haben, verzichten wir darauf, die Bedingungen anzupassen.

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

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

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

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

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

4.6 Wann können wir den Vertrag anfechten?

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

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

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

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

5 Welche Dauer hat Ihr Vertrag?

Bei Vertragsbeginn vereinbaren wir folgende Altersgrenzen:

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

Ihr Vertrag beginnt mit der ∇ Versicherungsdauer für die Berufsunfähigkeits-Rente. Anschließend folgt die ∇ Versicherungsdauer für die Pflege-Rente. Beide Angaben finden Sie im ∇ Versicherungsschein.

Ihr Vertrag endet,

- wenn die ∇ versicherte Person stirbt oder
- wenn Sie den Vertrag gekündigt oder einen Beitrags-Stopp beantragt haben und der Vertrag erlischt.

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

Ihr Vertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

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

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

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

B Leistungen und Einschränkungen

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

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

Wenn die ∇ versicherte Person während der ∇ Versicherungsdauer für die Berufsunfähigkeit berufsunfähig (11) wird, erbringen wir folgende Leistungen:

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

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

7.2 In welchen Ländern sind Sie versichert?

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

7.3 Wie lange zahlen wir Ihnen Leistungen?

Wenn die ∇ 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.

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 für die Berufsunfähigkeit erneut berufsunfähig wird, leisten wir erneut.

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

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

7.4 Wann zahlen wir Ihnen einen Startzuschuss?

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

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

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

Unter folgenden Bedingungen zahlen wir keinen Startzuschuss:

- Wenn Sie oder die ∇ versicherte Person ihre Mitwirkungspflicht nach 17.2 verletzt hat oder

- wenn die ∇ Leistungsdauer innerhalb von weniger als einem Jahr endet.

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

8.1 Welche Leistung erhalten Sie, wenn die ∇ versicherte Person während der ∇ Versicherungsdauer oder ∇ Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeit pflegebedürftig wird?

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

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

Die ∇ versicherte Person ist pflegebedürftig, wenn mindestens die Pflegestufe 1 PLUS (12.2) erreicht wird.

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

8.2 Welche Leistung erhalten Sie, wenn die ∇ versicherte Person während der ∇ Versicherungsdauer für die Pflege-Rente pflegebedürftig wird?

8.2.1 Welche Leistung erhalten Sie und worauf müssen Sie achten?

Wenn die ∇ versicherte Person während der ∇ Versicherungsdauer für die Pflege-Rente pflegebedürftig nach Pflegestufe 2 PLUS oder 3 PLUS (12.2) wird, gilt:

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

Wir zahlen die Pflege-Rente lebenslang, sofern die Pflegebedürftigkeit bestehen bleibt.

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

Wir zahlen entweder eine Berufsunfähigkeits-Rente (8.1) oder eine Pflege-Rente. Wir zahlen diejenige Rente, die zusammen mit den Überschüssen (27, 28, 29) höher ist.

8.2.2 Wie lange zahlen wir die Pflege-Rente?

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

Sie oder die ∇ versicherte Person müssen uns die Pflegebedürftigkeit innerhalb von zwölf Monaten ab folgendem Zeitpunkt mitteilen:

- Dem Tag, ab dem die \mathcal{A} versicherte Person mindestens sechs Monate pflegebedürftig ist oder
- dem Tag, an dem ein Arzt die Pflegebedürftigkeit so einschätzt, dass diese mindestens sechs Monate bestehen wird.

Wenn Sie oder die \mathcal{A} versicherte Person uns \mathcal{A} vorsätzlich erst zwölf oder mehr Monate später den Pflegefall melden, gilt: Wir erbringen unsere Leistung ab dem Beginn des Monats, in dem wir vom Pflegefall erfahren haben. Wenn Sie oder \mathcal{A} die versicherte Person uns den Eintritt des Pflegefalls \mathcal{A} grob fahrlässig erst zwölf oder mehr Monate später melden, gilt: Wir können die Leistung kürzen, die wir rückwirkend ab Eintritt des Pflegefalls erbringen. Das Ausmaß, in dem wir die Leistung kürzen, richtet sich nach dem Grad der \mathcal{A} groben Fahrlässigkeit. Es gelten folgende Ausnahmen:

- Wir kürzen die Leistung nicht, wenn Sie uns Folgendes nachweisen: Sie oder die \mathcal{A} versicherte Person haben die Meldepflicht nicht \mathcal{A} grob fahrlässig verletzt.
- Wir zahlen rückwirkend ab dem in Absatz 1 genannten Zeitpunkt, wenn die verspätete Meldung keinen Einfluss hatte auf
 - die Feststellung des \mathcal{A} Versicherungsfalls und
 - den Umfang unserer Leistungspflicht.

Die vorstehenden Bedingungen gelten auch für folgenden Fall: Der Grad der Pflegebedürftigkeit erhöht sich und die Pflege-Rente soll deshalb erhöht werden.

Unsere Leistungen enden, wenn

- die \mathcal{A} versicherte Person nicht mehr in der Pflegestufe 2 PLUS oder 3 PLUS (12.2) pflegebedürftig ist oder
- die \mathcal{A} versicherte Person stirbt.

Beides müssen Sie oder die \mathcal{A} versicherte Person uns \mathcal{A} unverzüglich mitteilen. Wenn wir Leistungen zu Unrecht gezahlt haben, muss der Empfänger uns die erbrachten Leistungen zurückzahlen. Alternativ können wir die zu Unrecht erbrachten Leistungen von Ihnen zurückverlangen.

8.2.3 Was geschieht, wenn die Pflegebedürftigkeit der \mathcal{A} versicherten Person endet oder sich verändert?

Wenn sich der Grad der Pflegebedürftigkeit dauerhaft verändert, verändert sich die Höhe der Pflege-Rente. Beispiel: Wenn der Grad der Pflegebedürftigkeit während der \mathcal{A} Versicherungsdauer für die Pflege-Rente von Pflegestufe 2 PLUS auf 3 PLUS steigt, gilt: Wir zahlen eine höhere Pflege-Rente. Sinkt der Grad der Pflegebedürftigkeit von Pflegestufe 3 PLUS auf 2 PLUS, zahlen wir eine niedrigere Pflege-Rente. Wie hoch die Pflege-Renten sind, entnehmen Sie Ihrem \mathcal{A} Versicherungsschein. Wir können die Pflegebedürftigkeit nachprüfen (17). Eine Erkrankung oder Besserung gilt als dauerhaft, wenn sie mindestens drei Monate anhält. Vorübergehende Erkrankungen oder Besserungen wirken sich nicht auf die Leistung aus.

Wir zahlen solange keine Pflege-Rente, wie die \mathcal{A} versicherte Person außerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens gepflegt wird. Das gilt nur für Kalendermonate, in denen die \mathcal{A} versicherte Person vollständig außerhalb der genannten Länder gepflegt wird. Dies gilt nicht, wenn

- der Aufenthalt höchstens sechs volle Kalendermonate andauert oder
- wir dem Aufenthalt vorher zugestimmt haben.

Wir zahlen einen Startzuschuss, wenn folgende Bedingungen vorliegen:

- Wir zahlen nach Ende der \mathcal{A} Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Rente eine Pflege-Rente und
- unsere Leistungspflicht endet, weil die \mathcal{A} versicherte Person nicht mehr pflegebedürftig ist oder weil sich der Grad der Pflegebedürftigkeit vermindert hat.

Der Startzuschuss beträgt

- drei monatliche garantierte Pflege-Renten, die wir für die Pflege-Stufe 3 PLUS vereinbart haben. Dies gilt auch dann, wenn die \mathcal{A} versicherte Person pflegebedürftig in der Pflege-Stufe 2 PLUS war, und
- höchstens 3.000 EUR.

Wir zahlen den Startzuschuss zu Beginn des Monats, in dem wir keine Leistung mehr erbringen. Wenn innerhalb eines Jahres, nachdem wir den Startzuschuss gezahlt haben, eine neue Pflegebedürftigkeit eintritt, gilt: Wir ziehen den Startzuschuss von den Pflege-Renten ab

Wir zahlen keinen Startzuschuss, wenn folgende Bedingungen vorliegen: Wenn Sie oder die \mathcal{A} versicherte Person ihre Mitwirkungspflicht nach 17.2 verletzt haben.

Wir zahlen den Startzuschuss auch dann, wenn wir bereits einen Startzuschuss nach Ende der Berufsunfähigkeits-Rente (7.4) gezahlt haben.

9 Optional: Was leisten wir, wenn Sie die BeitragsSicherung vereinbart haben?

Sie können Folgendes vereinbaren:

In den folgenden Fällen müssen Sie keine Beiträge zahlen:

- a. Die \mathcal{A} versicherte Person ist bei Ende der \mathcal{A} Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeit noch berufsunfähig. Dann müssen Sie lebenslang keine Beiträge zahlen.
- b. Die \mathcal{A} versicherte Person wird nach Ende der \mathcal{A} Versicherungsdauer für die Berufsunfähigkeit pflegebedürftig nach Pflegestufe 1 PLUS (12.2). Dann müssen Sie solange keine Beiträge zahlen, wie die \mathcal{A} versicherte Person pflegebedürftig ist.

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

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

Wenn die \mathcal{A} versicherte Person in den ersten sechs Monaten schwer erkrankt, erbringen wir keine Leistung. Diese Sechsmonats-Frist beginnt, wenn Sie den ersten Beitrag zahlen. Wir zahlen ausnahmsweise dann in den ersten sechs Monaten, wenn die schwere Krankheit durch einen Unfall verursacht wurde. Ein Unfall liegt vor, wenn die \mathcal{A} versicherte Person

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

Es gelten dabei dieselben Ausschlüsse wie in 14.

Die Höhe der KrankheitenSchutz-Leistung entnehmen Sie Ihrem \mathcal{A} Versicherungsschein.

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

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

11 Wann ist die ∇ versicherte Person berufsunfähig?

11.1 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.
- b. Die Ursache für a. ist
 - eine Krankheit,
 - eine Verletzung des Körpers oder
 - ein Verfall der Kräfte, der mehr als altersbedingt sein muss.
- c. Maßgeblich für a. sind
 - der zuletzt ausgeübte Beruf und
 - die bisherige Lebensstellung (11.2), 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 außer nach 11.3 auf eine abstrakte Verweigerung. Das bedeutet, dass wir eine Leistung nicht ablehnen, weil die ∇ versicherte Person

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

- 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.
- f. Zumutbarkeit nach d. und e. liegt vor, wenn
 - die ∇ versicherte Person so gesund ist, dass sie zu mehr als 50 Prozent die entsprechende berufliche Tätigkeit ausüben kann und
 - die entsprechende berufliche Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung (11.2) entspricht.

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

11.2 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 höchsten Gerichte in vergleichbaren Fällen entschieden haben.

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

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

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

- Bis zu fünf Jahre, nachdem die ∇ versicherte Person aus dem Berufsleben ausgeschieden ist: Maßgeblich sind der ausgeübte Beruf und die Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens.
- Nach Ablauf von fünf Jahren seit dem Ausscheiden gilt als maßgeblicher Beruf: Jede berufliche Tätigkeit,
 - die die ∇ versicherte Person aufgrund ihrer ∇ Ausbildung und Erfahrung ausüben kann und
 - die ihrer bisherigen Lebensstellung (11.2) entspricht.

11.4 Was verstehen wir außerdem unter Berufsunfähigkeit bei Ärzten und Zahnärzten?

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

- Die ∇ versicherte Person hat ihre ärztliche Tätigkeit zu mindestens 50 Prozent ausgeübt, als sie noch gesund war.
- Die ∇ versicherte Person darf ihre Tätigkeit aus folgendem Grund nicht mehr ausüben: Die zuständige Behörde hat ein vollständiges Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz ausgesprochen.
- Das Tätigkeitsverbot muss sich mindestens über sechs Monate erstrecken.

Wenn die zuständige Behörde das Tätigkeitsverbot aufhebt, ist die ∇ versicherte Person nicht mehr berufsunfähig nach 11.4.

11.5 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.

12 Wann ist die ∇ versicherte Person pflegebedürftig?

12.1 Was ist Pflegebedürftigkeit nach diesen Bedingungen?

Die ∇ versicherte Person ist pflegebedürftig, wenn folgende Bedingungen vorliegen:

- Sie bedarf täglich der Hilfe einer anderen Person, und zwar zumindest in einem erheblichen Maß
- für die täglichen gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen
- und voraussichtlich mindestens für sechs Monate.
- 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. Wir stellen außerdem den Umfang der Pflegebedürftigkeit fest, um die Höhe der Leistung zu bestimmen. Dazu ordnen wir den Pflegefall einer bestimmten Pflegestufe nach 12.2 zu.

12.2 Welche Stufen der Pflegebedürftigkeit unterscheiden wir?

Wir stufen einen Pflegefall in eine der folgenden Pflegestufen ein:

Pflegestufe 1 PLUS

Die ∇ versicherte Person

- benötigt Hilfe bei drei Punkten der in 12.3 genannten Verrichtungen oder
- ist erheblich pflegebedürftig nach 12.4.

Pflegestufe 2 PLUS

Die ∇ versicherte Person

- benötigt Hilfe bei vier oder fünf Punkten der in 12.3 genannten Verrichtungen,
- ist schwer pflegebedürftig nach 12.4 oder
- ist pflegebedürftig infolge Demenz nach 12.5.

Pflegestufe 3 PLUS

Die ∇ versicherte Person

- benötigt Hilfe bei den sechs in 12.3 genannten Verrichtungen oder
- ist schwerstpflegebedürftig nach 12.4.

12.3 Wann liegt Pflegebedürftigkeit nach Punkten vor?

Wenn wir den Umfang der Pflegebedürftigkeit bewerten, vergeben wir Punkte für die nachfolgend genannten Umstände.

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

- Sich in der Wohnung zu bewegen (1 Punkt)

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

- Sich an- und auszukleiden (1 Punkt)

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

- Mahlzeiten und Getränke einzunehmen (1 Punkt)

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

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

Die ∇ versicherte Person kann sich nicht ohne fremde Hilfe

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

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

- Zu baden, zu duschen und abzutrocknen (1 Punkt)

Die ∇ versicherte Person kann sich nicht ohne fremde Hilfe

- baden,
- duschen und
- abtrocknen.

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

- Auf Toilette zu gehen (1 Punkt)

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

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

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

Die \mathcal{A} versicherte Person ist auch pflegebedürftig, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: Die Bedingungen der §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 28.07.2011. Dort unterscheidet der Gesetzgeber drei Pflegestufen:

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

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

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

- Ein Versicherungsträger der sozialen Pflegeversicherung oder ein vergleichbarer Träger der privaten Pflegepflichtversicherung hat die Entscheidung getroffen.
- Der Umfang der Pflegebedürftigkeit wurde auf Grundlage der §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 28.07.2011 festgestellt.
- Die Pflegestufe wurde auf Grundlage der §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuch XI in der Fassung vom 28.07.2011 eingestuft.

12.5 Wann liegt Pflegebedürftigkeit infolge Demenz vor?

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

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

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

- täglich beaufsichtigt werden muss,
- zu den in Ziffer 12.3 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens angeleitet werden muss oder
- ständig beaufsichtigt werden muss, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.

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

Ein Facharzt für Nervensysteme (Neurologe) muss feststellen, dass eine Demenz vorliegt. Dazu muss der Arzt einen ausführlichen Befund erheben. Dabei muss der Arzt die \mathcal{A} versicherte Person körperlich und psychisch untersuchen. Der Arzt muss den Schweregrad der Demenz feststellen, indem er Tests durchführt. Pflegebedürftigkeit infolge Demenz liegt nur vor, wenn mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ vorliegt. Der Arzt muss den Schweregrad über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg ermitteln. Alternativ kann ein entsprechender Schweregrad einer anderen anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen. Pflegebedürftigkeit infolge Demenz liegt nicht vor bei leichten

oder mäßigen Störungen der Hirnleistung. Wir können verlangen, dass sich die \mathcal{A} versicherte Person erneut untersuchen lassen muss. Dies ist erforderlich, damit die Diagnose zutreffend bestätigt werden kann.

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

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

13.1 Was ist eine schwere Erkrankung nach diesen Bedingungen?

Diese Krankheiten gelten unter folgenden Bedingungen als schwere Erkrankungen:

13.1.1 Operation der Hauptschlagader (Aorta)

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

Wir erbringen unsere Leistung

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

13.1.2 Hochgradige irreversible Sehbehinderung

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

- krankhaft,
- hochgradig und
- nicht korrigierbar sein.

Die Sehbehinderung ist hochgradig,

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

13.1.3 Bypass-Operation

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

Wir erbringen unsere Leistung

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

13.1.4 Terminale Niereninsuffizienz

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

- dauerhaft,
- endgültig und
- vollständig versagen.

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

Wir erbringen unsere Leistung

- wenn 30 Tage seit der ersten Blutwäsche oder dem Erhalt der neuen Niere vergangen sind und
- wenn die 7versicherte Person zu diesem Zeitpunkt lebt.

13.1.5 Herzklappenoperation

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

Wir erbringen unsere Leistung

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

13.1.6 Krebs im fortgeschrittenen Stadium

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

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

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

Versicherungsschutz besteht für

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

Ausgenommen sind folgende Tumore:

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

Wir erbringen unsere Leistung

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

13.1.7 Irreversible Lähmung von Gliedmaßen

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

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

Gliedmaße ist definiert als

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

13.1.8 Multiple Sklerose mit dauerhaften neurologischen Ausfällen

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

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

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

13.1.9 Myokardinfarkt (Herzinfarkt)

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

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

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

Wir erbringen unsere Leistung

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

13.1.10 Organtransplantation

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

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

Wir erbringen unsere Leistung

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

13.1.11 Schlaganfall (Apoplex) mit bleibenden neurologischen Ausfällen

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

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

Die Ursache müssen Sie mittels bildgebenden Befunden nachweisen.

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

- mindestens drei Monate lang bei mindestens drei Punkten der in 12.3 genannten Umstände Hilfe benötigt oder

- mindestens drei Monate lang bettlägerig sein muss und nicht mehr ohne fremde Hilfe aufstehen kann.

Der Zustand muss ärztlich dokumentiert sein.

13.2 Welche Auswirkung hat der Krankheits-Schutz auf den Versicherungsschutz für die Berufsunfähigkeit?

Für den Krankheitschutz zahlen Sie einen Beitrag. Diesen Beitrag zahlen Sie zusammen mit dem Beitrag für den Versicherungsschutz für die Berufsunfähigkeit bis zum Ablauf der Versicherungsdauer.

Sie können den Krankheitschutz kündigen. Dann endet der Krankheitschutz, ohne dass wir etwas auszahlen. Sie behalten Ihren Versicherungsschutz für die Berufsunfähigkeit.

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

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

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

14.1 Welche Ausschlüsse gibt es?

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

- Durch Unruhen, die aus der Bevölkerung heraus entstanden sind (innere Unruhen), und die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- Weil sie außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aktiv an kriegerischen Ereignissen beteiligt war.
- Durch unmittelbare oder mittelbare Folgen eines terroristischen Anschlags unter folgenden Bedingungen:
 - Der Anschlag erfolgt, indem vorsätzlich atomare, biologische oder chemische Stoffe eingesetzt oder freigesetzt werden oder

- der Anschlag erfolgt, indem Mittel mit einem Gefährdungspotenzial wie Flugzeuge oder Sprengstoffe als Waffe eingesetzt werden und
- der Anschlag ist darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und
- der Anschlag führt dazu, dass wir mehr Leistungen auszahlen müssen als wir angenommen haben. Diese Mehrleistungen dürfen für uns nicht vorhersehbar gewesen sein. Wegen der Mehrleistungen können wir nicht mehr sicherstellen, dass wir alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger Treuhänder muss bestätigen, dass die zuvor genannten Bedingungen erfüllt sind.

d. Durch Strahlen infolge von Kernenergie. Diese Strahlen gefährden oder schädigen das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen. Die Strahlen kann man nur abwehren oder bekämpfen durch: Den Einsatz der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder.

e. Weil Sie oder der Begünstigte widerrechtlich gehandelt haben.

f. Weil die versicherte Person vorsätzlich eine Straftat begangen hat oder dieses versucht hat.

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.

14.2 Was sind die Folgen eines Ausschlusses?

Wenn wir nach 14.1 keine Leistung erbringen, zahlen wir ein vorhandenes Deckungskapital aus. Damit endet der Vertrag.

C Auszahlung der Leistungen

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

15.1 Welche Unterlagen müssen Sie einreichen?

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

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

15.1.1 Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn die versicherte Person berufsunfähig oder pflegebedürftig geworden ist:

- Eine Darstellung, warum die versicherte Person berufsunfähig oder pflegebedürftig geworden ist und

- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln, in der Vergangenheit behandelt oder untersucht haben. Die Berichte müssen folgende Punkte beinhalten:
 - Die Ursache des Leidens,
 - den Beginn des Leidens,
 - die Art des Leidens,
 - den Verlauf des Leidens und
 - die voraussichtliche Dauer des Leidens.

15.1.2 Zusätzlich zu den in 15.1.1 genannten Unterlagen müssen Sie uns folgende Unterlagen einreichen, wenn die versicherte Person berufsunfähig geworden ist:

- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person,
- die Stellung und Tätigkeit der versicherten Person vor Eintritt der gesundheitlichen Beschwerden, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben,
- über die eingetretenen Veränderungen,
- über die finanzielle Lebensstellung aus beruflicher Tätigkeit

- der 7 versicherten Person und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (z.B. Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen) und
- in den in 15.1.1 genannten ärztlichen Berichten muss aufgeführt werden, welche Auswirkungen folgende Punkte auf die Berufsunfähigkeit haben:
 - Die Ursache des Leidens,
 - der Beginn des Leidens,
 - die Art des Leidens,
 - der Verlauf des Leidens und
 - die voraussichtliche Dauer des Leidens.
 - Für den Fall, dass Pflegebedürftigkeit der Grund für die Berufsunfähigkeit ist: Zusätzlich die unter 15.1.3 genannten Unterlagen.

15.1.3 Zusätzlich zu den in 15.1.1 genannten Unterlagen müssen Sie uns folgende Unterlagen einreichen, wenn die 7 versicherte Person pflegebedürftig geworden ist:

- Eine Bescheinigung der Person oder Einrichtung, die die 7 versicherte Person pflegt, über Art und Umfang der Pflege.
- Außerdem müssen in den in 15.1.1 genannten ärztlichen Berichten Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit aufgeführt werden.
- Das Schreiben der sozialen oder privaten Pflegeversicherung nach 12.4, wenn es Ihnen vorliegt und darin eine Pflegeleistung zugesagt wird.

15.1.4 Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn die 7 versicherte Person schwer erkrankt ist:

Ein Facharzt muss 7 schriftlich bestätigen, dass die 7 versicherte Person krank ist. Gegebenenfalls muss ein Facharzt bestätigen, dass der bezeichnete Eingriff notwendig ist oder durchgeführt wurde. Die Befunde von Untersuchungen müssen die Krankheit beziehungsweise den Eingriff belegen. Die angewendeten Verfahren müssen dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen, das bedeutet: Der Arzt muss die Verfahren entsprechend der aktuellen Leitlinien durchführen.

15.2 Welche Auskünfte und Prüfungen können wir außerdem verlangen?

15.2.1 Wir können folgende weiteren Maßnahmen von der 7 versicherten Person verlangen:

- Medizinische Auskünfte,
- Auskünfte über den Beruf, die wir auch durch Dritte einholen können,
- zusätzliche ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte,
- weitergehende Auskünfte, zum Beispiel zum Gesundheitszustand, Beruf oder Betrieb,
- Vor-Ort-Prüfungen, dazu besucht eine von uns beauftragte Person die 7 versicherte Person zu Hause oder am Arbeitsplatz; und
- notwendige Nachweise. Dazu gehören auch Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen.

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

- Gutachter,
- Ärzte und
- sachverständige Dienstleister.

Die Kosten für diese Maßnahmen tragen wir.

Wenn sich die 7 versicherte Person im Ausland aufhält, können wir Folgendes verlangen: Die 7 versicherte Person muss sich in Deutschland untersuchen lassen. In diesem Fall übernehmen wir die Reise- und Aufenthaltskosten, wenn wir dies vorher abgestimmt haben.

15.2.2 Die 7 versicherte Person muss folgende Personen oder Einrichtungen ermächtigen, uns Auskünfte zu geben:

- Ärzte,
- Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten,
- Pflegeheime und Pflegepersonen, bei denen die 7 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 7 versicherte Person vor dem Vertragsschluss gemacht haben.

Wir informieren die 7 versicherte Person, bevor wir uns Auskunft bei den genannten Einrichtungen einholen.

Die 7 versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass wir sie jedes Mal um Erlaubnis bitten, wenn wir eine Auskunft einholen möchten. Wenn die 7 versicherte Person dies verlangt, muss sie aber die dadurch entstehenden Mehrkosten tragen.

Die 7 versicherte Person kann uns auch untersagen, eine Auskunft einzuholen. Um zu überprüfen, ob die 7 versicherte Person berufsunfähig, pflegebedürftig oder schwer erkrankt ist, benötigen wir aber die genannten Nachweise. Wenn wir aufgrund der Auskunftsverweigerung nicht alle benötigten Nachweise im Original erhalten, gilt: Die 7 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 7 versicherte Person muss Anordnungen des behandelnden oder untersuchenden Arztes befolgen, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die Anordnung muss darauf ausgerichtet sein, die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu mindern und
- die Anordnung muss zumutbar sein. Zumutbar sind Maßnahmen,
 - die ohne Gefahr sind,
 - keine besonderen Schmerzen verursachen und
 - sicher erwarten lassen, dass sich der Gesundheitszustand verbessert.

Zumutbar sind zum Beispiel folgende Maßnahmen:

- Diäten,
- Krankengymnastik und Massagen,
- orthopädische oder andere Heil- und Hilfsmittel wie: Prothesen, Stützstrümpfe, Seh- oder Hörhilfen und
- logopädische Maßnahmen.

Was geschieht, wenn die 7 versicherte Person Maßnahmen ablehnt, die darüber hinaus ärztlich angeordnet sind? Gemeint sind zum Beispiel Operationen. In diesem Fall werden wir dennoch leisten.

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

16.1 Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir leisten?

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

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

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

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

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

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

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

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

16.3 Wie lange leisten wir?

Wir befristen unsere Leistungen nicht.

16.4 Wie zahlen wir die Leistung aus?

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

17 Was müssen Sie beachten, während wir Leistungen erbringen?

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

Wir dürfen prüfen, ob die \nearrow versicherte Person weiter berufs-unfähig oder pflegebedürftig ist. Es gelten die Regelungen zu 7, 8, 11 und 12. Um die Prüfung vorzunehmen, dürfen wir verlangen, dass die \nearrow versicherte Person

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

Außerdem dürfen wir einen Nachweis verlangen, dass die \nearrow versicherte Person noch lebt. Dieser Nachweis muss ein amtliches Zeugnis sein.

17.2 Was müssen Sie uns mitteilen?

Sie, die \nearrow versicherte Person oder der \nearrow Begünstigte müssen uns \nearrow unverzüglich mitteilen, wenn

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

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

Wenn die \nearrow versicherte Person nicht mehr berufsunfähig oder pflegebedürftig ist, leisten wir nicht mehr.

Wenn sich die Pflegebedürftigkeit so stark vermindert hat, dass die \nearrow versicherte Person in eine niedrigere Pflegestufe fällt, gilt: Wir erbringen dann die niedrigere Pflege-Rente der entsprechenden Pflegestufe. Mindestens zahlen wir die lebenslange Berufsunfähigkeits-Rente infolge Pflegebedürftigkeit, wenn die Bedingungen erfüllt sind (8.1).

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

Wenn die Leistungen enden, müssen Sie ab diesem Zeitpunkt wieder Beiträge zahlen. Dies gilt nicht, wenn die vereinbarte \nearrow Beitragszahlungsdauer bereits abgelaufen ist. Dies gilt auch nicht, wenn wir eine Leistung aus der BeitragsSicherung nach 9 erbringen.

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

Dieser Abschnitt 17.3 gilt auch, wenn die \nearrow versicherte Person

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

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

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

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

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

- Wenn uns eine der in 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 aus 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 ∇ Begünstigter.

D Beitragszahlung und Kosten

20 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?

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

- Monatlich,
- vierteljährlich,
- 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.

Sie können einen ∇ Begünstigten auf zwei Wegen benennen:

- a. Widerruflich: Sie können jederzeit ∇ schriftlich eine andere Person als begünstigt benennen. Diese Berechtigung können Sie jederzeit widerrufen, solange Sie leben und wir noch keine Leistung ausgezahlt haben.
- b. Unwiderruflich: Sie können jederzeit ∇ schriftlich 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 ∇ schriftlich mitteilen und
 - der von Ihnen benannte ∇ Begünstigte zustimmt.

19.2 Welche Bedeutung hat der ∇ Versicherungsschein?

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

19.3 Können Sie Leistungen abtreten oder verpfänden?

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

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, können

wir vom Vertrag zurücktreten. Wenn wir zurücktreten, müssen Sie uns folgende Kosten erstatten: Alle Kosten für ärztliche Untersuchungen, die uns bei der Risikoprüfung entstanden sind.

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

21.1.2 Eintritt des ⚡Versicherungsfalls

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

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

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

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

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

21.2.1 Kündigung

In diesem Fall gilt Folgendes:

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

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

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 Buchstabe b. abgelaufen ist.

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

22.1 Wie beantragen Sie eine Beitrags-Senkung oder einen Beitrags-Stopp?

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

Beiträge können Sie frühestens nach einem Jahr senken.

22.2 Wie hoch sind die Mindestbeträge?

22.2.1 Mindestbetrag für Beitrags-Stopp

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

Wenn das ⚡Deckungskapital nicht ausreicht, endet der Vertrag.

22.2.2 Mindestbeträge für Beitrags-Senkung

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

- Die garantierte Berufsunfähigkeits-Rente und die garantierte Pflege-Rente nach Pflegestufe 3 PLUS müssen jeweils mindestens 50 EUR monatlich betragen, nachdem Sie die Beiträge gesenkt haben.
- Der verbleibende Beitrag muss mindestens so hoch sein:
 - 30 EUR, wenn Sie jährlich,
 - 25 EUR, wenn Sie halbjährlich,
 - 20 EUR, wenn Sie vierteljährlich und
 - 10 EUR, wenn Sie monatlich zahlen.

22.3 Welche Auswirkungen auf die Leistungen gibt es?

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

- Höhe der künftigen Beiträge,
- Höhe des vorhandenen ⚡Deckungskapitals,
- Alter der ⚡versicherten Person bei Vertragsbeginn,
- Annahmen, die wir bei Vertragsbeginn 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.

Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeits-Rente und den Pflege-Renten bleibt unverändert. Die Höhe der neuen Leistungen können Sie dem Nachtrag zum ⚡Versicherungsschein entnehmen.

Wenn Sie Ihre Beiträge stoppen, beachten Sie Folgendes:

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

Wenn Sie Ihre Beiträge senken, beachten Sie Folgendes:

Wir erheben eine Gebühr. Die Höhe der Gebühr entnehmen Sie bitte unserer Gebühren-Tabelle. Diese finden Sie bei Ihren Versicherungsunterlagen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Gebühren-Tabelle gern zu. Die Beiträge und Leistungen für den Krankheitschutz senken wir nicht.

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

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

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

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

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

Wir stellen den Vertrag nicht wieder her, wenn

- der \mathcal{A} Versicherungsfall eingetreten ist,
- der Vertrag erloschen ist oder
- wir den Vertrag nach 4.3.1 gekündigt haben.

22.5 Welche zusätzliche Möglichkeit bietet der befristete Beitrags-Stopp?

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

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

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

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

23.1 Wie funktioniert die automatische Erhöhung?

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

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

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

23.2 Wann erhöhen sich die Beiträge und Leistungen?

Die Beiträge und Leistungen erhöhen sich jeweils einmal im Jahr. Erstmals erhöhen sich Beiträge und Leistungen ein Jahr nach dem Beginn der Versicherung. Wir informieren Sie rechtzeitig vor jeder Erhöhung darüber, wie hoch der neue Beitrag und die erhöhten Leistungen sind. Der erhöhte Versicherungsschutz beginnt jeweils am Tag der Erhöhung um 12.00 Uhr mittags. Während eines Beitrags-Stopps (siehe 22) erhöhen wir die Beiträge nicht.

23.3 Wie erhöhen sich die Leistungen?

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

Wir berechnen die neuen Leistungen nach folgenden Grundlagen:

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

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

Sie können eine automatische Erhöhung wie folgt rückgängig machen:

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

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

Die automatische Erhöhung endet auch, wenn die \mathcal{A} versicherte Person berufsunfähig wird.

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

24 Welche Kosten sind in Ihren Beiträgen enthalten?

24.1 Welche Kosten gibt es?

Beim Abschluss und während der Dauer Ihres Vertrags entstehen Kosten.

Die Kosten unterteilen wir in

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

Diese Kosten sind im Beitrag bereits enthalten.

24.2 Was sind einmalige Kosten?

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

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

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

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

24.3 Was sind laufende Kosten?

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

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

25 Welche Kosten können wir zusätzlich erheben?

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

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

Bei diesen Ereignissen berechnen wir Ihnen jeweils einmalige Kosten.

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

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

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

Die genauen Kosten finden Sie in der Gebühren-Tabelle. Diese finden Sie bei Ihren Versicherungsunterlagen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Gebühren-Tabelle gern zu. Die Höhe der Kosten kann sich während der Vertragsdauer ändern, wenn sich unsere durchschnittlichen Kosten erhöhen oder verringern. Die jeweils aktuellen Kosten können Sie bei uns erfragen.

E Sonstige Regelungen während der Vertragsdauer

26 Welche \uparrow Rechnungsgrundlagen verwenden wir?

Der \uparrow Rechnungszins beträgt 1,75 %. Wir verwenden unternehmenseigene \uparrow Sterbe- und Wahrscheinlichkeitstafeln. Diese basieren

- bei der Berufsunfähigkeits-Rente auf den Wahrscheinlichkeitstafeln „DAV 1997“ und „DAV 2008 P MR“,
- bei der Pflege-Rente auf den Wahrscheinlichkeitstafeln „MR 2008 P Komfort“ und
- bei dem Krankheitschutz auf „MR 2013 DD“.

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

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

Es gibt Risiko-, Kosten- und Zins-Überschüsse. Diese Überschüsse ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs und des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

Wir beteiligen unsere \uparrow Versicherungsnehmer an diesen Überschüssen, wie es im Aufsichtsrecht vorgegeben ist.

27.1 Wie entstehen Überschüsse?

Die Überschüsse entstehen:

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

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

27.2 Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen?

Wenn wir Überschüsse verteilen, fassen wir gleichartige Versicherungen zusammen. Zum Beispiel ordnen wir Renten-, Pflege- und Berufsunfähigkeitsversicherungen unterschiedlichen Gruppen zu. Innerhalb dieser Gruppen bilden wir Gewinnverbände. In einem Gewinnverband befinden sich alle Versicherungen, die in einem ähnlichen Umfang dazu beitragen, dass Überschüsse entstehen. Welchem Gewinnverband die versicherten Risiken Ihres Vertrages angehören, können Sie dem \mathcal{V} Versicherungsschein entnehmen.

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

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

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

28.1 Wie verwenden wir die Überschüsse bei Ihrem Vertrag?

Bei der Berufsunfähigkeits-Rente und der Pflege-Rente teilen wir Ihnen die Überschüsse zu, indem wir Ihre Leistungen erhöhen (Bonus, siehe 28.2).

Beim Krankheitschutz teilen wir Ihnen die Überschüsse zu, indem wir Ihre Beiträge herabsetzen (Beitragsreduktion, siehe 28.3).

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

28.2.1 Was ist der SofortBonus?

Den SofortBonus gewähren wir ab Vertragsbeginn. Wir verwenden die Überschüsse, um im \mathcal{V} Versicherungsfall Ihre Berufsunfähigkeits- und Pflege-Rente zu erhöhen. Wir drücken die Erhöhung in Prozent der garantierten Renten aus.

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

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

Der SofortBonus kann unterschiedlich hoch sein:

- Für die Berufsunfähigkeits- und die Pflege-Rente und
- bei der Berufsunfähigkeits-Rente, je nachdem, welchen Beruf die \mathcal{V} versicherte Person bei Vertragsbeginn ausgeübt hat.

28.2.2 Was ist der VorsorgeBonus?

Den VorsorgeBonus gewähren wir ab Vertragsbeginn. Wir erhöhen im \mathcal{V} Versicherungsfall Ihre Berufsunfähigkeits- und Pflege-Rente zusätzlich zum SofortBonus um einen VorsorgeBonus. Wir drücken die Erhöhung in Prozent der garantierten Renten aus.

Für den VorsorgeBonus müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- a. Die \mathcal{V} versicherte Person lässt sich zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 Abs. 1 und 3 Sozialgesetzbuch V ärztlich untersuchen, und zwar
 - ab einem Alter von 35 Jahren,
 - frühestens ab Vertragsbeginn und
 - alle zwei Jahre.
- b. Ändert sich die gesetzliche Regelung der ärztlichen Untersuchung nach a., gilt: Die \mathcal{V} versicherte Person lässt sich untersuchen nach
 - der neuen gesetzlichen Regelung sowie
 - auf Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) und
 - auf Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie).
- c. Die \mathcal{V} versicherte Person lässt sich die ärztliche Untersuchung \mathcal{V} schriftlich vom behandelnden Arzt bestätigen. Dazu nutzt die \mathcal{V} versicherte Person das von uns zur Verfügung gestellte Bonusheft.

Wenn der \mathcal{V} Versicherungsfall eintritt, prüfen wir nur die fünf vorangegangenen Jahre. \mathcal{V} Versicherte Personen unter 35 Jahren erhalten den VorsorgeBonus ohne Bedingungen.

Wir übernehmen die Kosten für die ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen nicht.

Wenn das Bonusheft vollständig ausgefüllt ist, schicken Sie uns das Bonusheft zu. Wir schicken Ihnen dann umgehend ein neues.

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

Wenn der \mathcal{V} Versicherungsfall eintritt, zahlen wir die Rente zusammen mit dem VorsorgeBonus, der bei Eintritt des \mathcal{V} Versicherungsfalls gilt. Wir zahlen den VorsorgeBonus solange, wie wir die Rente zahlen. Wir senken den VorsorgeBonus nicht, während wir die Rente auszahlen.

Der VorsorgeBonus kann unterschiedlich hoch sein:

- Für die Berufsunfähigkeits- und die Pflege-Rente und
- bei der Berufsunfähigkeits-Rente, je nachdem, welchen Beruf die \mathcal{V} versicherte Person bei Vertragsabschluss ausgeübt hat.

28.2.3 Was ist der AufbauBonus?

Während der \mathcal{V} Versicherungsdauer für die Pflege-Rente verwenden wir anfallende Zins-Überschüsse für den AufbauBonus.

Einmal jährlich zu Beginn eines \mathcal{V} Versicherungsjahres teilen wir Ihnen die Überschüsse wie folgt zu: Wir verwenden den Überschuss als Einmalbeitrag für eine Pflegerentenversicherung, die Ihrem Vertrag entspricht. Wir verwenden die \mathcal{V} Rechnungsgrundlagen für den AufbauBonus, die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuell sind. Diese können von den \mathcal{V} Rechnungsgrundlagen abweichen, mit denen wir die Leistungen bei Vertragsbeginn berechnet haben. Der AufbauBonus erhöht Ihre Pflege-Rente. Wir zahlen den AufbauBonus nach denselben Bedingungen wie die garantierte Pflege-Rente.

Frühestens teilen wir Ihnen einen Überschuss zu Beginn des dritten Jahres der \mathcal{V} Versicherungsdauer für die Pflege-Rente zu.

Wir berechnen Zins-Überschüsse auf die beiden folgenden Größen:

- a. Das ↗ Deckungskapital für die garantierten Leistungen. Wir ziehen das ↗ Deckungskapital heran, das jeweils zu Beginn des abgelaufenen Versicherungsjahres vorhanden war. Dann zinsen wir das ↗ Deckungskapital um ein Jahr ab. Als Zins verwenden wir den ↗ Rechnungszins, der für Ihren Vertrag gültig ist.
- b. Das ↗ Deckungskapital für die bereits gebildeten Pflege-Renten aus dem AufbauBonus. Wir ziehen das ↗ Deckungskapital heran, das jeweils zu Beginn des abgelaufenen Versicherungsjahres vorhanden war, bevor wir die laufenden Überschüsse zugeteilt haben. Dann zinsen wir das ↗ Deckungskapital um ein Jahr ab. Als Zins verwenden wir den ↗ Rechnungszins, der für die Rente aus dem AufbauBonus gültig ist.

Im folgenden Fall bilden wir keinen AufbauBonus: Wir zahlen eine lebenslange Berufsunfähigkeits-Rente aufgrund einer Pflegebedürftigkeit nach 8.1.

Wenn die ↗ versicherte Person stirbt, zahlen wir keine Überschüsse aus.

28.2.4 Wie können Sie Ihren Versicherungsschutz anpassen?

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

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

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

Wir verwenden die Überschüsse, um Ihren Beitrag zu senken. Wir setzen jedes Jahr neu fest, um welchen Betrag sich Ihr Beitrag vermindert. Wir drücken die Höhe der Beitragsminderung in Prozent des ↗ 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 erste Mal teilen wir die Überschüsse bei Vertragsbeginn zu, das letzte Mal, wenn Sie den letzten Beitrag zahlen.

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

Wenn wir eine Berufsunfähigkeits- oder Pflege-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- oder Pflege-Rente. Wenn wir die Berufsunfähigkeits- oder Pflege-Rente mit Überschüssen erhöht haben, ist diese bis zum Ende der Leistung garantiert. Den nächsten Überschuss berechnen wir auf die zuletzt gezahlte Rente.

30 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.

30.1 Bei welchen Anlässen können Sie erhöhen?

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

Die ↗ versicherte Person

- heiratet oder begründet eine eingetragene Lebenspartnerschaft,
- lässt sich scheiden oder hebt eine eingetragene Lebenspartnerschaft auf,
- bekommt oder adoptiert ein minderjähriges Kind,
- nimmt ein Darlehen auf, um eine selbstgenutzte Immobilie im Wert von mindestens 50.000 EUR zu finanzieren,
- ist nicht mehr in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert oder
- erfährt einen Karrieresprung. Als Karrieresprung gilt, wenn die ↗ versicherte Person
 - nichtselbstständig ist: Das Bruttoeinkommen hat sich um mindestens 10 % im Vergleich zum letzten Kalenderjahr erhöht. Der Zeitpunkt des Karrieresprungs ist der 31.12. des Jahres, in dem sich das Bruttogehalt entsprechend erhöht hat,
 - freiberuflich oder selbstständig ist: Das Bruttoeinkommen aus dieser Tätigkeit hat sich um mindestens 25 % erhöht. Gemeint ist hierbei das Bruttoeinkommen der letzten zwei Kalenderjahre im Vergleich zu den beiden Kalenderjahren davor. Unter Bruttoeinkommen verstehen wir den Umsatz ohne Umsatzsteuer und vor Abzug von Personensteuern. Der Zeitpunkt des Karrieresprungs ist der 31.12. des zweiten der beiden Jahre, in denen sich das Bruttogehalt entsprechend erhöht hat.

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

30.2 Welche Bedingungen müssen Sie für die Erhöhung beachten?

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

- Der Anlass nach 30.1 muss während der ↗ Versicherungsdauer eingetreten sein.
- Sie müssen die Erhöhung der Leistung innerhalb von sechs Monaten beantragen, nachdem der Anlass eingetreten ist.
- Der letzte Anlass, zu dem Sie die Leistungen erhöht haben, muss mindestens zwölf Monate her sein.
- Die erhöhten Leistungen haben höchstens folgenden Umfang:
 - Die garantierte Berufsunfähigkeits-Rente darf nach der Erhöhung höchstens doppelt so hoch sein wie vor der Erhöhung.

- Die gesamte Berufsunfähigkeits-Rente einschließlich SofortBonus und VorsorgeBonus erhöhen wir höchstens auf 2.000 EUR monatlich. Die gesamte Pflege-Rente einschließlich SofortBonus und VorsorgeBonus erhöhen wir höchstens auf 3.000 EUR monatlich.
 - Wenn mehrere Berufsunfähigkeits-Renten für die ∇ versicherte Person bestehen, gilt: Alle zusammen einschließlich dieser Erhöhung dürfen insgesamt höchstens 60% des Bruttoeinkommens betragen. Das müssen Sie uns nachweisen.
 - Wenn für die ∇ versicherte Person auch Erwerbsunfähigkeits-Renten bestehen, gilt: Die Erwerbsunfähigkeits-Renten dürfen zusammen mit allen Berufsunfähigkeits-Renten 90 % des Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Das müssen Sie uns nachweisen.
- e. Sie müssen uns in ∇ Textform nachweisen, dass ein Anlass nach 30.1 eingetreten ist.

30.3 Wie berechnen wir die erhöhten Leistungen und Beiträge?

Wenn Sie die Leistungen zu den in 30.1 genannten Anlässen erhöhen, erhöhen sich damit auch die Beiträge. Die Pflege-Rente erhöhen wir im gleichen Verhältnis wie die Berufsunfähigkeits-Rente. Die Leistungen und Beiträge für den KrankheitsSchutz erhöhen sich nicht.

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

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

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

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

30.4 Wann beginnt die Erhöhung?

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

30.5 Wann endet die Möglichkeit zur Erhöhung?

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

- a. Ab dem ∇ Versicherungsjahrestag, an dem die ∇ versicherte Person das ∇ rechnungsmäßige Alter von 50 Jahren erreicht hat,
- b. wenn für die ∇ versicherte Person bereits aus irgendeiner privaten oder gesetzlichen Versicherung Leistungen für folgende Fälle beantragt worden sind: Berufsunfähigkeit, Pflege, Erwerbsunfähigkeit oder -minderung,
- c. die ∇ versicherte Person schwerbehindert ist oder einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt hat,
- d. wenn Sie keine Beiträge zahlen,

- e. wenn Sie falsche oder unvollständige Angaben gemacht haben und wir zurücktreten, kündigen oder den Vertrag anpassen. Beachten Sie 3 und 4.

31 Wann können wir die Beiträge oder Leistungen anpassen?

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

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

Unter folgender Bedingung dürfen wir die Beiträge nicht neu berechnen:

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

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

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

32 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

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

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

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

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

32.2 Wann wird die neue Bestimmung wirksam?

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

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

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

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

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

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

Vor Eintritt des ∇ Versicherungsfalls müssen Sie uns ∇ unverzüglich Folgendes mitteilen:

- Einer der folgenden Personen kommt der Status „US-Person“ zu oder ist in den USA aus anderen Gründen unbeschränkt steuerpflichtig: Sie selbst oder eine beherrschende Person, die Sie kontrolliert.
- Ebenso müssen Sie uns melden, wenn eine der genannten Personen den Status als „US-Person“ verliert oder aus anderen Gründen in den USA nicht mehr unbeschränkt steuerpflichtig ist.
- Sie müssen uns mitteilen, wenn sich der FATCA-Status eines Geschäftskunden ändert. Ein Geschäftskunde ist zum Beispiel eine ∇ juristische Person, eine Personengesellschaft oder ein Einzelunternehmen.
- Sie müssen uns außerdem die ∇ US-TIN der Person angeben, die in den USA steuerpflichtig ist.

„US-Personen“ sind:

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

FATCA bedeutet Folgendes:

FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) ist ein US-amerikanisches Steuergesetz. Von dem Steuergesetz sind US-Steuerpflichtige betroffen, die sich außerhalb der USA aufhalten. Es werden Vermögenswerte erfasst, die nicht in den USA versteuert wurden.

Der FATCA-Status eines Geschäftskunden bedeutet:

- Die Angabe, zu welcher FATCA-Kategorie der Geschäftskunde gehört. Der Geschäftskunde kann ∇ Versicherungsnehmer, Beitragszahler oder namentlich ∇ Begünstigter sein. Sie müssen uns mitteilen, wenn der Geschäftskunde
- mehr als 50 Prozent der Bruttoeinkünfte des letzten Geschäftsjahres aus passiven Einkünften (zum Beispiel Dividenden, Zinsen oder sonstige Kapitalerträge) erzielt,
 - Vermögenswerte hat, dessen passive Einkünfte im letzten Geschäftsjahr mehr als 50 Prozent des Gesamtvermögens ausmachen,
 - ein Finanzinstitut oder ein Finanzintermediär geworden ist oder
 - einen Sitz in den USA hat.

Zeigen sich nach Vertragsabschluss unabhängig von der Mitteilungspflicht bei einer der genannten Personen Indizien

- einer unbeschränkten US-Steuerpflicht,
 - eines relevanten FATCA-Status oder
 - eines Wechsels des angegebenen 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.

Der US-Steuerstatus und FATCA-Status richten sich ausschließlich nach dem US-amerikanischen Steuerrecht, das zum Zeitpunkt der Beurteilung anwendbar ist.

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

Nach Eintritt des ∇ Versicherungsfalls gelten die in 33.2 genannten Pflichten weiter.

34 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

34.1 Bei natürlichen Personen?

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

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

- An Ihrem Wohnort,
- an 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.

34.2 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.

34.3 Bei einem ausländischen Wohnsitz?

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

F Kündigung des Vertrags

35 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?

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

36 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?

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

Glossar

Welche Fachbegriffe verwenden wir?

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

Aktuar: Ein versicherungsmathematisch ausgebildeter Sachverständiger.

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

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

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

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

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

Deckungskapital: Es berechnet sich aus dem Unterschiedsbetrag zwischen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Risikozuschlag: Ein Zuschlag 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 risikohöherndes Merkmal aufweist, zum Beispiel eine gefährliche Sportart betreibt.

Schriftlich: Zum Beispiel per eigenhändig unterschriebenem Brief.

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

Sicherheitskapital: Das gesamte von unseren ↗Versicherungsnehmern eingebrachte und verzinstes Vermögen nach Abzug der Kosten.

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

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

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

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

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

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

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

US-TIN: Steuernummer in den USA.

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

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

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

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

Versicherungsnehmer: Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Er schließt den Vertrag ab und erhält den ↗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.

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

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

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

▶ Ausstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein	25 EUR
▶ Durchführung von Vertragsänderungen (mit Ausnahme von vollständiger Beitragsfreistellung und vollständiger Kündigung)	25 EUR pro Vertragsänderung
▶ Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen (sofern diese vertraglich nicht ausgeschlossen sind)	25 EUR pro Bearbeitungsvorgang
▶ Bearbeitung von Weiterabtretungen (Weiterzession, sofern diese vertraglich nicht ausgeschlossen ist)	50 EUR pro Weiterabtretung
▶ Individuelle Werteanfragen zusätzlich zur regelmäßigen Information	0 EUR
▶ Neuaufteilung der Anlagebeiträge (Anlagesplitting) oder Fondswechsel (Umschichtung) bei einem Geldwert der Fondsanteile von <u>weniger</u> als 1.000 EUR	25 EUR pro Änderung
▶ Neuaufteilung der Anlagebeiträge (Anlagesplitting) oder Fondswechsel (Umschichtung) bei einem Geldwert der Fondsanteile von <u>mindestens</u> 1.000 EUR	Bis zu 12 Änderungen pro Kalenderjahr sind gebührenfrei, dann 25 EUR für jede weitere Änderung
▶ Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren, diese Gebühr dient auch der Verrechnung der uns von Ihrem Kreditinstitut in Rechnung gestellten Kosten	5 EUR
▶ Mahnverfahren bei Beitragsrückständen	2,50 EUR pro Mahnung

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

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

Allgemeine Informationen zu Ihrer Lebensversicherung

1 Name, Anschrift, Rechtsform und Sitz des Unternehmens

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

Telefon: 0 40/35 99-0

Telefax: 0 40/35 99-36 36

E-Mail: Kunde@Basler.de

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

Sitz: Hamburg

USt.-IdNr.: DE 276021973

Registergericht: Amtsgericht Hamburg HRB 4659

2 Hauptgeschäftstätigkeit

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

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

3 Sicherungsfonds

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

4 Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, Annahmefristen

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

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

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

5 Anwendbares Recht und Vertragssprache

Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

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

6 Beschwerdestelle / Aufsichtsbehörde

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

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

anrufen oder Sie schreiben an

Basler Lebensversicherungs-AG, 22797 Hamburg.

Darüber hinaus können Sie sich auch wenden an den

Versicherungsombudsmann e.V.
 Postfach 08 06 32
 10006 Berlin

oder die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
 Sektor Versicherungsaufsicht
 Graurheindorfer Straße 108
 53117 Bonn

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

Allgemeine Steuerregelungen für Berufsunfähigkeitsversicherungen, Pflegeversicherungen und Risikoversicherungen

Die nachfolgenden Hinweise bieten eine allgemeine steuerliche Übersicht und beruhen auf den per 01.04.2014 geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Sie können eine individuelle steuerliche Beratung nicht ersetzen.

1 Steuerliche Behandlung der Beiträge

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

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

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

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

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

2 Steuerliche Behandlung der Leistungen

2.1 Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung

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

Einmalige Kapitalleistungen sind einkommensteuerfrei.

2.2 Leistungen aus einer Pflegeversicherung

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

Einmalige Kapitalleistungen aus Pflegeversicherungen auf den Todesfall sind einkommensteuerfrei.

2.3 Leistungen aus einer Risikoversicherung

Einmalige Kapitalleistungen aus Risikoversicherungen auf den Todesfall sind einkommensteuerfrei.

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

3 Erbschaft- bzw. Schenkungsteuer

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

4 Mitteilungspflichten und Besonderheiten bei Steuerpflicht außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

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

Wir weisen darauf hin, dass wir im gesetzlichen Rahmen Daten an deutsche oder ausländische Steuerbehörden weitergeben.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in die USA, müssen Sie uns einen Zustellungsbevollmächtigten innerhalb Deutschlands oder der Europäischen Union benennen, an den wir für Sie bestimmte Mitteilungen senden dürfen.

Ihr kompetenter Ansprechpartner



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

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

Wir machen Sie sicherer.
www.basler.de