Herrn
Max Muster

13. Juli 2022

Sehr geehrter Herr Muster,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an einer Allianz BerufsunfähigkeitsPolice.

Ihrem Wunsch entsprechend erhalten Sie mit diesem Schreiben die Antragsunterlagen zu dem vorgeschlagenen Produkt.

So beantragen Sie Ihre Versicherung:

Lesen Sie die Unterlagen am besten noch heute durch und überprüfen Sie insbesondere Ihre persönlichen Daten, die bereits eingetragen sind, sowie die Angaben zu Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes. Aufgrund der von Ihnen gemachten Gesundheitsangaben bitte ich Sie, das vorbereitete Formular Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen E----109Z0 zu ergänzen und zusätzlich mit dem Formular "Erklärungen und Hinweise zum Antrag" an mich zurückzusenden.

Der Vertrag kommt zustande, sobald Ihr Antrag angenommen wurde und Sie den Versicherungsschein erhalten. Die heute erhaltenen Unterlagen bewahren Sie bitte auf.

Haben Sie noch Wünsche und Fragen? Rufen Sie mich einfach an. Ich stehe Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen

NACHHALTIG
Unsere Verantwortung für Ihre Zukunft

Persönlicher Vorschlag für

Herrn Max Muster

Allianz BerufsunfähigkeitsPolice

Inhalt:

Informationsblatt Berufsunfähigkeitsvorsorge 1

Persönlicher Vorschlag 2

Ergänzende Vorschlagsunterlagen

- Informationen zum Datenschutz 5
- Modellrechnung bis zum Ende der Versicherungsdauer 6
- Flexible Gestaltungsmöglichkeiten 11
- Übersicht der Versicherungsbedingungen und weitere Informationen 14

Weitere wichtige Unterlagen (bitte aufbewahren!)

- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Versicherungsinformationen
- Versicherungsbedingungen und weitere Informationen

überreicht durch

am 13. Juli 2022

ALLIANZ BERUFSUNFÄHIGKEITSVORSORGE

Berufsunfähigkeits-Vorsorge

Die richtige Entscheidung für Ihren Berufsunfähigkeitsschutz

- **Beitragsüberprüfungsoption** – bei bestimmten Anlässen besteht ein Anspruch den Beitrag überprüfen zu lassen. So kann sich der Beitrag z. B. bei Berufswechsel reduzieren
- **Stundungsoption** – „Zahlpause“: zinslos, grundlos, max. 24 Monate voller Versicherungsschutz, mehrmals möglich
- **Weltweiter** Versicherungsschutz
- **Verzicht auf abstrakte Verweisbarkeit** – im Falle einer Berufsunfähigkeit wird nicht auf eine andere, vergleichbare Tätigkeit verwiesen, die ausgeübt werden könnte
- Nach Ausscheiden aus dem Beruf wird ausschließlich auf den zuletzt ausgeübten Beruf geprüft
- **Gelber Schein** – Leistung wegen Krankschreibung bis zu 24 Monate.[1]
- Möglichkeit, Ausschlüsse nach erfolgreicher Genesung zu versichern
- **Anpassungsoption** bei Erhöhung der Regelaltersgrenze in der deutschen Rentenversicherung
- **Umfangreiche Erhöhungsmöglichkeiten** z. B. bei Heirat, Geburt eines Kindes oder Immobilienerwerb ohne erneute Gesundheitsprüfung [2]
- Garantiert **steigende BU-Rente** im BU-Fall wählbar
- Wahlweise Pflegezusatzrente inkl. Pflegeanschlussoption
- Gesetzliche Erwerbsminderungsrente aus medizinischen Gründen gilt als BU-Nachweis [5]

SBV/BU Start, Vorsorge Plus, Stand: 05/2021, ID: D 21005

Teilrating: BU-Beitragsstabilität, Stand: 05/2021, ID: D 21005

Teilrating: BU-Kompetenz, Stand: 05/2021, ID: D 21005

BerufsunfähigkeitsPolice Plus, Produkt: 12/2020 Rating: 03/2021

SBU PLUS OBUU E356 Ausgabe: 05/2021

1 Gilt nicht für Riester- und Basisrente und betriebliche Altersvorsorge.
2 Erhöhung innerhalb von 12 Monaten möglich. In den ersten 5 Versicherungsjahren bis Alter 40 Jahre sogar ohne Anlass möglich.
3 Weitere Voraussetzungen: Bei Eintritt der Erwerbsminderung ist die versicherte Person älter als 50 Jahre und der BU-Vertrag hat länger als 10 Jahre bestanden.

MML--0239Z0 (06V) PDF.12.21

Allianz BerufsunfähigkeitsPolice
Persönlicher Vorschlag

Ihre Daten

Versichert wird	**Herr Max Muster**
geboren am	**01.01.1992**
Tätigkeitsgruppe	**Software- und Systemfachleute**
gefahrerhöhende Freizeitaktivität	**keine**

Daten der Versicherung

Versicherungsbeginn	**01.08.2022**
Versicherungs-/ Beitragszahlungsdauer	**36 Jahre**
Monatlicher zu zahlender Beitrag im 1. Jahr	**87,02 EUR**
Dynamischer Zuwachs des Beitrags:	**3 % des Vorjahresbeitrags**

In den genannten Leistungen wird der dynamische Zuwachs nicht berücksichtigt - sofern nicht anders angegeben.

Bei unseren Berechnungen zur Berufsunfähigkeitsvorsorge haben wir zugrunde gelegt, dass die versicherte Person Nichtraucher ist. Bitte beachten Sie den Abschnitt "Wichtige Erklärung zum Tabakkonsum der zu versichernden Person" im Antrag.

Weitere Informationen zum gewählten Zuwachs finden Sie auf Seite 8.

Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge

Versichert ist
Herr Max Muster, geb. am 01.01.1992

Berufsunfähigkeitsrente Plus bei Berufsunfähigkeit vor dem 01.08.2058

MONATLICHE GARANTIERENTE
2.500,00 EUR

Diese Garantierente erhalten Sie für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens aber bis zum 31.07.2058.

Weitere Informationen zur gewählten Berufsunfähigkeitsvorsorge finden Sie auf Seite 8.

Beitragsbefreiung Plus bei Berufsunfähigkeit vor dem 01.08.2058

BEITRAGS-BEFREIUNG

Für die Dauer der Berufsunfähigkeit erfolgt eine Befreiung von der Beitragszahlungspflicht, längstens aber bis zum 31.07.2058.

Um Ihnen eine Vorstellung über den Wert des Versicherungsschutzes zur Berufsunfähigkeitsvorsorge zu geben, haben wir die Leistung aus dem Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge mit einer vereinfachten Modellrechnung ermittelt. Dabei sind wir davon ausgegangen, dass Sie nach Zahlung des ersten Beitrags berufsunfähig werden und wir die Leistungen bis zum Ende der Versicherungsdauer des Bausteins Berufsunfähigkeitsvorsorge erbringen. Diese möglichen Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge würden die rechtsgenannte Summe ergeben.

Mögliche Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge
1.080.000,00 EUR

Art der Überschussverwendung

Berufsunfähigkeitsvorsorge während der Versicherungsdauer	**Verrechnung**

Beitrag

			monatlich
Beitrag im 1. Jahr	113,02 EUR		
abzüglich Verrechnungsüberschussanteil	- 26,00 EUR		
zu zahlender Beitrag im 1. Jahr		**=**	**87,02 EUR**

Ihr monatlicher Beitrag
87,02 EUR

Die Höhe der Verrechnungsüberschussanteile kann nicht garantiert werden.

Die Gesundheitsprüfung im Rahmen der elektronischen Risikoprüfung wurde noch nicht durchgeführt, deshalb ist Ihre gesundheitliche Situation in Leistung und Beiträgen noch nicht berücksichtigt.

Dieser Vorschlag gibt Ihnen einen Überblick über die versicherten Leistungen und den zu zahlenden Beitrag.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, den Versicherungsinformationen sowie den Versicherungsbedingungen.

Erläuterungen zur Überschussbeteiligung

Zusätzlich zu den garantierten Leistungen beteiligen wir Sie an den Überschüssen. Zudem beteiligen wir Ihren Vertrag an den Bewertungsreserven.

Beteiligung an den Überschüssen

Überschüsse entstehen dann, wenn das Berufsunfähigkeitsrisiko, die Sterblichkeit oder die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Kalkulation angenommen. Weitere Überschüsse können aus Erträgen der Kapitalanlagen stammen. Die Überschüsse werden jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Ihre Versicherung wird bei Vertragsbeendigung nach einem verursachungsorientierten Verfahren an den Bewertungsreserven beteiligt. Diese werden zu festgelegten Stichtagen regelmäßig - mindestens einmal im Jahr - neu ermittelt und den anspruchsberechtigten Verträgen rechnerisch zugeordnet. In der Regel entfallen auf Ihre Versicherung keine oder nur geringe Bewertungsreserven, da Ihre Beiträge zur Risikoabdeckung verwendet werden.

Hinweise zu Chancen und Risiken

Die Höhe der Überschüsse hängt maßgeblich vom Verlauf des Berufsunfähigkeitsrisikos und der Entwicklung der Kosten ab. Bei den Überschüssen können wir kurzfristige Schwankungen in aller Regel ausgleichen. Länger anhaltende Änderungen können dagegen zu einer Anpassung der Überschussanteilsätze sowohl nach oben als auch nach unten führen.

Die Höhe der Bewertungsreserven ist vom Kapitalmarkt abhängig. Die Bewertungsreserven schwanken deutlich stärker als die zugrunde liegende Kapitalanlage. Durch die monatliche Zuordnung können kurzfristige Schwankungen nicht systematisch ausgeglichen werden.

Hinweise zu den ausgewiesenen Gesamtleistungen

Bei der Berechnung der Gesamtleistungen haben wir unveränderte Überschussanteilsätze (Basis ist die Festlegung für 2022) angenommen.

Die tatsächlichen Gesamtleistungen werden voraussichtlich höher oder niedriger sein als in diesem Vorschlag angegeben.

Die Gesamtleistungen sind trotz der in EUR exakten Darstellung nur **unverbindliche Beispiele**. Aus den dargestellten Werten können keine vertraglichen Ansprüche gegen uns abgeleitet werden.

Bitte beachten Sie, dass die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantiert werden kann. Überschussanteile, die mit dem Beitrag verrechnet werden, können nur für das erste Versicherungsjahr garantiert werden und sind ansonsten unverbindlich. Über die Höhe der künftigen Verrechnungsüberschussanteile können wir keine Aussage machen.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Versicherung, Vorsorge und Vermögensbildung sind Vertrauenssache. Daher ist es für uns sehr wichtig, Ihre Persönlichkeitsrechte zu respektieren. Das gilt insbesondere für den Umgang mit Ihren persönlichen Daten.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Allianz Lebensversicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer“), die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Allianz Lebensversicherungs-AG
10850 Berlin
Telefon: 08 00.4 10 01 04
E-Mail: lebensversicherung@allianz.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Die Erstellung von Vorschlägen und Angeboten ist in der Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (im Folgenden „Daten“) nicht möglich.

Zur Erstellung von individuellen Vorschlägen und Angeboten benötigen wir die von Ihnen gemachten Angaben, um das von uns zu übernehmende Risiko einschätzen zu können.

Wir verarbeiten Ihre Daten aufgrund der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die gesetzliche Anforderungen für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt für vorvertragliche Maßnahmen. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie insbesondere Gesundheitsdaten, erforderlich sind, benötigen wir grundsätzlich Ihre Einwilligung, es sei denn, es liegen die Voraussetzungen eines gesetzlichen Tatbestandes vor, z.B. bei der Erstellung von Statistiken.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es erforderlich ist, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere der Fall sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten insbesondere durch Datenanalysen zur Missbrauchsbekämpfung,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe. Dabei betrachten wir Aspekte, wie das von Ihnen bei uns gehaltene Produktportfolio und ihre persönliche Situation, um ihnen individuell passende Produktempfehlungen geben zu können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben oder obliegender Beratungspflichten).

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:
Der selbständige Vermittler, der Sie berät, erfährt, ob und mit welchem Inhalt ein Vertrag geschlossen werden könnte und dabei auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken zu vereinbaren wären. Wir übermitteln die zu Beratungszwecken benötigten Daten an den zuständigen Vermittler, der diese verarbeitet.

Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe sowie externe Dienstleister:
Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen in gemeinsam nutzbaren Verfahren wahr. Daten von Interessenten oder Antragstellern können in zentralisierten Verfahren - wie Telefonate oder Postein- und -ausgang - von diesen Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

Dauer der Datenspeicherung

Grundsätzlich löschen wir Ihre Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Wir bewahren Ihre Daten für die Zeit auf, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können. Zudem speichern wir Ihre Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten sowie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie können einer Verarbeitung Ihrer Daten zu Zwecken der Direktwerbung widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen.

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der oben genannten Adresse, mit dem Zusatz „An den Datenschutzbeauftragten“.

Daneben haben Sie die Möglichkeit, sich an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Behörde ist:

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg in Stuttgart.

Modellrechnung der Verlaufswerte bis zum Ende der Versicherungsdauer

In der nachfolgenden Modellrechnung sind die ausgewiesenen Werte jeweils auf den 01.08. des angegebenen Jahres berechnet.

Den dynamischen Zuwachs von Leistung und Beitrag haben wir berücksichtigt.

Jahr	Monatlicher Beitrag [EUR]	Zu zahlender monatlicher Beitrag* [EUR]	Gesamte monatliche Berufsunfähigkeitsrente* [EUR]
2022	113,02	87,02	2.500,00
2023	116,41	89,64	2.574,63
2024	119,90	92,32	2.650,19
2025	123,50	95,09	2.726,80
2026	127,21	97,95	2.804,38
2027	131,03	100,89	2.882,87
2028	134,96	103,92	2.962,22
2029	139,01	107,04	3.042,59
2030	143,18	110,25	3.123,93
2031	147,48	113,56	3.206,38
2032	151,90	116,96	3.289,71
2033	156,46	120,47	3.374,27
2034	161,15	124,09	3.459,87
2035	165,98	127,80	3.546,72
2036	170,96	131,64	3.635,01
2037	176,09	135,59	3.724,75
2038	181,37	139,65	3.815,99
2039	186,81	143,84	3.908,98
2040	192,41	148,16	4.003,87
2041	198,18	152,60	4.101,06
2042	204,13	157,18	4.201,03
2043	210,25	161,89	4.304,04

* **Die in diesen Werten enthaltene Beteiligung an den Überschüssen sowie die Höhe der Leistungen aus Zuwachs können nicht garantiert werden.**

Jahr	Monatlicher Beitrag [EUR]	Zu zahlender monatlicher Beitrag* [EUR]	Gesamte monatliche Berufsunfähigkeitsrente* [EUR]
2044	216,56	166,75	4.410,96
2045	223,06	171,76	4.522,43
2046	229,75	176,91	4.639,19
2047	229,75	176,91	4.639,19
2048	229,75	176,91	4.639,19
2049	229,75	176,91	4.639,19
2050	229,75	176,91	4.639,19
2051	229,75	176,91	4.639,19
2052	229,75	176,91	4.639,19
2053	229,75	176,91	4.639,19
2054	229,75	176,91	4.639,19
2055	229,75	176,91	4.639,19
2056	229,75	176,91	4.639,19
2057	229,75	176,91	4.639,19

* **Die in diesen Werten enthaltene Beteiligung an den Überschüssen sowie die Höhe der Leistungen aus Zuwachs können nicht garantiert werden.**

Informationen zum Produkt

Nähere Einzelheiten zu den folgenden Punkten entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

Dynamischer Zuwachs von Leistung und Beitrag

In diesem Vorschlag wurde die Vereinbarung eines dynamischen Zuwachses von Leistung und Beitrag zugrunde gelegt. Der Gesamtbeitrag wird längstens bis zum Ablauf des 55. Lebensjahres der versicherten Person jährlich um 3 % erhöht. Durch die Beitragsanpassungen erhöhen sich die versicherten Leistungen ohne erneute Risikoprüfung. Sie können ohne Angabe von Gründen die Erhöhung beliebig oft aussetzen. Wenn die Summe aller bei der Allianz Lebensversicherungs-AG versicherten Berufsunfähigkeitsrenten der versicherten Person jährlich 40.000 EUR übersteigt, ist Voraussetzung für eine wirksame Erhöhung, dass die Summe aller zu diesem Zeitpunkt versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten der versicherten Person nicht mehr als 70 Prozent ihres Bruttoarbeitseinkommens im letzten Kalenderjahr vor der Erhöhung beträgt. Ist die versicherte Person selbstständig, ist anstelle des Bruttoarbeitseinkommens der Gewinn vor Steuern maßgeblich. Damit Sie uns dies bestätigen können, schreiben wir Sie rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin an. Solange uns diese Bestätigung nicht vorliegt, kann die Erhöhung nicht durchgeführt werden.

Voraussetzungen für Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsvorsorge zu mindestens 50 % berufsunfähig besteht ein Anspruch auf die versicherten Leistungen in voller Höhe. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person voraussichtlich mindestens 6 Monate außer Stande ist, ihren Beruf auszuüben und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Für uns ist der von der versicherten Person zuletzt ausgeübte Beruf maßgeblich und ob sie ggf. eine andere Tätigkeit tatsächlich ausübt. Wir prüfen dagegen nicht, ob die versicherte Person noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte (Verzicht auf abstrakte Verweisung). Ist die versicherte Person selbstständig, setzt das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit zusätzlich voraus, dass die versicherte Person ihren Beruf auch dann nicht ausüben kann, wenn sie ihren Betrieb zumutbar umorganisiert hat. Bei der Berechnung der Leistung für die Berufsunfähigkeitsvorsorge wurde die angegebene Tätigkeit der versicherten Person berücksichtigt. Die Tätigkeitsgruppe Software- und Systemfachleute gehört zur Berufsgruppe B1.

Berufsunfähigkeitsrente Plus

Für die Dauer der Berufsunfähigkeit besteht ein Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitsrente, längstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsrente.

Beitragsbefreiung Plus

Für die Dauer der Berufsunfähigkeit besteht ein Anspruch auf die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht zu dieser Versicherung, längstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Beitragsbefreiung.

Das Recht auf Erhöhung von Leistung und Beitrag ist in dieser Zeit außer Kraft gesetzt.

Leistungen wegen Krankschreibung

Beantragen Sie Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge und ist die versicherte Person mindestens 6 Monate ununterbrochen krankgeschrieben worden bzw. wird durch die Bescheinigung eines Facharztes nach-

* **Die in diesen Werten enthaltene Beteiligung an den Überschüssen sowie die Höhe der Leistungen aus Zuwachs können nicht garantiert werden.**

weislich voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen krankgeschrieben, leisten wir für die Dauer der Krankschreibung eine Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente und befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht zu dieser Versicherung.

Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit vorliegt, erbringen wir mit Beginn des nächsten Monatsersten die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen wegen Krankschreibung eingestellt.

Es gilt insbesondere, dass die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge wegen Krankschreibung und Berufsunfähigkeit nicht zeitgleich und somit nicht doppelt ausgezahlt werden.

Die Gesamtdauer der Leistungen wegen Krankschreibungen ist auf 24 Monate begrenzt. Dies gilt unabhängig davon, wie oft eine Leistung wegen Krankschreibung beantragt wird.

Weitere Einzelheiten finden Sie in Teil A Ihrer Versicherungsbedingungen unter "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang".

Wiedereingliederungshilfe

Stellen wir die Berufsunfähigkeitsrentenzahlung ein, weil die versicherte Person inzwischen wieder eine zumutbare andere Tätigkeit ausübt (Reaktivierung), die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, so leisten wir eine Wiedereingliederungshilfe in Form einer Einmalzahlung in Höhe einer halben Jahresrente. Die Wiedereingliederungshilfe zahlen wir nur, wenn zum Zeitpunkt der Anspruchsentstehung die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens 12 Monate beträgt. Es sind beliebig viele Auszahlungen möglich, sofern jeweils die diesbezüglichen Leistungsbedingungen erfüllt sind.

Wenn die versicherte Person innerhalb von 6 Monaten nach Reaktivierung aus dem gleichen medizinischen Grund erneut berufsunfähig wird, verrechnen wir die Wiedereingliederungshilfe im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht mit den Berufsunfähigkeitsrenten.

Umorganisationshilfe bei Selbstständigen

Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht leisten, weil die versicherte Person ihren Betrieb zumutbar umorganisieren könnte oder aufgrund der zumutbaren Möglichkeit der Umorganisation ihres Betriebs die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge eingestellt wurden, so zahlen wir eine einmalige Hilfsleistung in Höhe einer halben Jahresrente. Die Umorganisationshilfe zahlen wir nur, wenn zum Zeitpunkt der Anspruchsentstehung die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens 12 Monate beträgt. Es sind beliebig viele Auszahlungen möglich, sofern jeweils die diesbezüglichen Leistungsbedingungen erfüllt sind. Wenn die versicherte Person innerhalb von 6 Monaten nach Reaktivierung aus dem gleichen medizinischen Grund erneut berufsunfähig wird, verrechnen wir im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht die Umorganisationshilfe mit den Berufsunfähigkeitsrenten.

Serviceleistung bei Berufsunfähigkeit

Bei Anmeldung von Ansprüchen aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge bieten wir Ihnen folgende Serviceleistungen an:

- ✓ Nachdem Sie uns über den Versicherungsfall informiert haben, werden Sie umgehend von einem unserer Berufsunfähigkeits-Spezialisten angerufen - spätestens nach 48 Stunden. Dieser Spezialist ist für die gesamte Dauer der Prüfung Ihr persönlicher Ansprechpartner.

* **Die in diesen Werten enthaltene Beteiligung an den Überschüssen sowie die Höhe der Leistungen aus Zuwachs können nicht garantiert werden.**

- ✓ Ihr persönlicher Ansprechpartner hilft Ihnen gerne bei allen Fragen rund um die Prüfung der Berufsunfähigkeit.
- ✓ Wir informieren Sie auch über Leistungen der Deutschen Rentenversicherung und der Berufsgenossenschaften. Eine Beratung im Einzelfall ist damit nicht verbunden.
- ✓ Wir informieren Sie in regelmäßigen Zwischenbescheiden über den Stand der Leistungsprüfung (mindestens alle 4 Wochen) und treffen unsere Leistungsentscheidung spätestens 2 Wochen nach Vorliegen aller erforderlichen Unterlagen.

Darüber hinaus bieten wir Ihnen im Falle der Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente folgende weitere Serviceleistungen an:

- ✓ Wir bieten Ihnen an, sich über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration beraten zu lassen.

* **Die in diesen Werten enthaltene Beteiligung an den Überschüssen sowie die Höhe der Leistungen aus Zuwachs können nicht garantiert werden.**

Flexible Gestaltungsmöglichkeiten

Sie können Ihren Versicherungsschutz bei bestimmten Ereignissen flexibel an die neuen Lebensverhältnisse anpassen und damit auf Ihre persönliche Situation reagieren. Einige dieser Gestaltungsmöglichkeiten erläutern wir Ihnen hier:

Erhöhung der Berufsunfähigkeitsvorsorge

Innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn, höchstens jedoch bis zu einem rechnungsmäßigen Alter von 40 Jahren, können Sie die Berufsunfähigkeitsrente **ohne erneute Risikoprüfung** erhöhen. Voraussetzung dafür ist, dass die versicherte Person im Jahr vor Beantragung der Erhöhung nicht länger als durchgängig 14 Kalendertage außerstande war, ihre Berufstätigkeit auszuüben.

Ferner können Sie bis zu einem rechnungsmäßigen Alter von 45 Jahren die Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen, wenn für die versicherte Person eines der folgenden Ereignisse eintritt:

- Geburt bzw. Adoption eines Kindes,
- Aufnahme eines Studiums oder einer Ausbildung,
- Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit (wenn diese die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert),
- Beendigung der Berufsausbildung,
- Aufnahme eines Darlehens zur Finanzierung einer Immobilie (Wert mindestens 100.000 EUR),
- Heirat oder Ehescheidung bzw. Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft, sofern diese nicht in eine Ehe umgewandelt wurde,
- Erhöhung des Bruttoarbeitseinkommens des Vorjahres von mehr als 10 % (bei Selbständigen muss der Gewinn vor Steuern in einem Betrachtungszeitraum von 3 Jahren um mindestens 10 % höher sein als der Gewinn vor Steuer im Jahr vor dem Betrachtungszeitraum),
- erfolgreicher Abschluss der Meisterprüfung,
- Erhalt einer Prokura,
- erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der Deutschen Rentenversicherung durch das Einkommen,
- Wegfall der Versicherungspflicht in einem Versorgungswerk oder der betrieblichen Altersversorgung.

Voraussetzung für die Erhöhung ist unter anderem, dass keine Berufsunfähigkeit vorliegt sowie die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen steht.

Weitere Einzelheiten und Voraussetzungen zur Erhöhung der Berufsunfähigkeitsvorsorge können Sie Teil A Ihrer Versicherungsbedingungen im Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge unter "Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten" im Abschnitt "Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente erhöhen?" entnehmen.

* **Die in diesen Werten enthaltene Beteiligung an den Überschüssen sowie die Höhe der Leistungen aus Zuwachs können nicht garantiert werden.**

Überprüfung des Beitrags bei Berufswechsel

Wenn die versicherte Person ihren Beruf wechselt, können Sie prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der zu zahlende Beitrag reduziert. Für eine Anpassung der Versicherung muss die versicherte Person den neuen Beruf seit mindestens 6 Monaten ausüben.

Wir können die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten Risikoprüfung abhängig machen. Sofern unsere Prüfung ergibt, dass der Berufswechsel zu einer Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den für die verbleibende Versicherungsdauer zu zahlenden Beitrag nach den Rechnungsgrundlagen, die wir bei Vertragsschluss zugrunde gelegt haben. Ansonsten führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag weiter. Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben vereinbarte Zuschläge und/oder Ausschlüsse unverändert bestehen.

Verlängerung bei Erhöhung der Regelaltersgrenze

Bei einer Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder einem berufsständischem Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufs, in dem die versicherte Person Mitglied ist, können Sie bis zu einem rechnungsmäßigen Alter von 50 Jahren der versicherten Person die Versicherungsdauer und die Leistungsdauer Ihrer Allianz BerufsunfähigkeitsPolice ohne erneute Risikoprüfung um die Zeitspanne verlängern, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde.

Voraussetzungen:

- Ausübung der Verlängerungsoption innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze
- es wurden noch keine Leistungen aus der Allianz BerufsunfähigkeitsPolice fällig
- Ihre Allianz BerufsunfähigkeitsPolice ist nicht beitragsfrei gestellt.

Der Beitrag Ihrer Versicherung wird dann ab dem Zeitpunkt der Verlängerung bezogen auf die neue Versicherungsdauer neu berechnet. Dabei können wir auch andere als bei Vertragsabschluss verwendete Rechnungsgrundlagen zugrunde legen.

Stundung der Beitragszahlung

Sie können die zinslose Stundung der Beiträge der Allianz BerufsunfähigkeitsPolice für einen Zeitraum von bis zu 2 Jahren verlangen, wenn

- die Versicherung seit mindestens einem Jahr besteht und
- keine Beitragsrückstände (bspw. aus vorherigen Stundungen) offen sind.

Der Versicherungsschutz bleibt während einer Stundung in vollem Umfang bestehen. Der dynamische Zuwachs von Leistung und Beitrag ist im Zeitraum der Stundung ausgesetzt. Nach Ablauf des Stundungszeitraums wird Ihre Versicherung beitragspflichtig fortgeführt. Die gestundeten Beiträge müssen Sie in einem Betrag oder verteilt auf höchstens 48 Monate nachzahlen. Sonst wird die Beitragslücke durch Herabsetzung der Leistung ausgeglichen.

In den letzten 5 Versicherungsjahren ist eine Beitragsstundung nur bei Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder Elternzeit möglich.

* **Die in diesen Werten enthaltene Beteiligung an den Überschüssen sowie die Höhe der Leistungen aus Zuwachs können nicht garantiert werden.**

Einzelheiten zu den flexiblen Gestaltungsmöglichkeiten - insbesondere zu weiteren Voraussetzungen - teilen wir Ihnen auf Wunsch gerne mit. Sie finden diese auch in Teil A Ihrer Versicherungsbedingungen unter "Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten".

* **Die in diesen Werten enthaltene Beteiligung an den Überschüssen sowie die Höhe der Leistungen aus Zuwachs können nicht garantiert werden.**

Übersicht der Versicherungsbedingungen und weiterer Informationen zu Ihrer Versicherung

Versicherungsbedingungen Teil A - Leistungsbausteine

- Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice E356 (12/2021) mit der Abänderung SBV7

Versicherungsbedingungen Teil B - Pflichten für alle Bausteine B1 (12/2021)

Versicherungsbedingungen Teil C - Allgemeine Regelungen C1 (12/2021)

Versicherungsbedingungen Erläuterung von Fachausdrücken G356 (12/2021)

Anhang zum Teil A 'Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang' ESGB (12/2021)

Diese Übersicht gilt vorbehaltlich der noch durchzuführenden Antrags- und Risikoprüfung.

Inhaltsverzeichnis

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Versicherungsinformationen

Versicherungsbedingungen und weitere Informationen

Antrag und die "Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach §19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz"

- inklusive Gesundheitserklärung: E----0109Z0 VP1, Herr Max Muster
  (Bitte unterschrieben zurücksenden)

Berufsunfähigkeitsversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: Allianz Lebensversicherungs-AG Deutschland **Produkt: Allianz BerufsunfähigkeitsPolice**

Dieses Produktinformationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. **Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen** (zum Beispiel Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

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

Was ist versichert?

Berufsunfähigkeitsvorsorge

✓ Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig wird, zahlen wir für die Dauer der Berufsunfähigkeit eine garantierte Rente von monatlich 2.500,00 EUR. Für die Dauer der Berufsunfähigkeit sind keine Beiträge zu zahlen.
Die versicherte Person gilt als berufsunfähig, wenn sie infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne die Beeinträchtigung ausgestaltet war,
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen nicht mehr zu mind. 50% ausüben kann, oder
- für die Dauer von 6 Monaten ununterbrochen zu mind. 50% nicht ausüben konnte.

Die versicherte Person gilt nicht als berufsunfähig, wenn sie eine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Bitte beachten Sie, dass der Begriff "Berufsunfähigkeit" in der Sozialversicherung und in der Krankentagegeldversicherung einen abweichenden Inhalt hat.

✓ Bei ununterbrochener Krankschreibung von mind. 6 Monaten erbringen wir für die Dauer der Krankschreibung (max. 24 Monate) dieselben Leistungen wie bei Berufsunfähigkeit.

Wir erbringen unsere Leistungen längstens bis zum 31.07.2058.

Was ist nicht versichert?

x Leistungsfälle auf Grund ggf. individuell ausgeschlossener Vorerkrankungen oder Freizeitaktivitäten finden Sie im Antrag.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Wenn Sie falsche oder unvollständige Angaben machen oder Ihre Beiträge nicht rechtzeitig zahlen, kann Ihr Versicherungsschutz vollständig oder teilweise, für die Zukunft oder rückwirkend entfallen. Zudem kann der Versicherungsschutz zum Beispiel in folgenden Fällen eingeschränkt oder ausgeschlossen sein:

! Bei vorsätzlicher Ausführung oder bei dem strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens der versicherten Person.

! Bei einer absichtlichen Selbstverletzung.

! Bei inneren Unruhen oder kriegerischen Ereignissen.

Wo bin ich versichert?

✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Alle Fragen, die wir Ihnen vor Abschluss des Vertrages (zum Beispiel im Antragsformular) stellen, sind wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
- Die Beiträge sind rechtzeitig und vollständig zu bezahlen.
- Im Leistungsfall haben Sie bestimmte Mitwirkungspflichten, z.B. sind uns auf Anfrage verschiedene Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Wann und wie zahle ich?

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem 01.08.2022. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind monatlich jeweils im Voraus zu zahlen. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz soll wunschgemäß am 01.08.2022 beginnen. Voraussetzung dafür ist der Vertragsschluss und die rechtzeitige Zahlung des ersten Beitrags.
Der Versicherungsschutz soll bestehen, wenn die Berufsunfähigkeit bis zum 31.07.2058 eintritt.
Der Versicherungsschutz endet bei Tod der versicherten Person oder bei Kündigung des Vertrages.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) zum Ende der Versicherungsperiode (ein Monat) kündigen. Mit Ihrer Kündigung erlischt der Vertrag.
Sie haben weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der gezahlten Beiträge.

Prämie; Kosten

Die Höhe des Beitrags (Prämie) ist abhängig vom konkret gewählten Versicherungsschutz und der Zahlungsweise und kann sich je nach Ergebnis einer Risikoprüfung vor Vertragsschluss noch ändern. Für die gewünschte Versicherung ergeben sich ohne dynamischen Zuwachs folgende Daten:

	monatlicher Beitrag	monatlich zu zahlender Beitrag (nach Verrechnungsüberschussanteil)
Berufsunfähigkeitsvorsorge	113,02 EUR	87,02 EUR *

* Den im zu zahlenden Beitrag berücksichtigten Verrechnungsüberschussanteil können wir nicht garantieren.

In diesem Beitrag sind folgende Kosten einkalkuliert:

Abschluss- und Vertriebskosten			übrige Kosten, wenn kein Leistungsfall vorliegt		Verwaltungskosten im Leistungsfall (Berufsunfähigkeit)
für jedes der ersten 5 Versicherungsjahre		insgesamt	für jedes Versicherungsjahr		für jedes Jahr des Rentenbezugs
ohne ...	mit ...	ohne (mit) ...	ohne ...	mit ...	
... Berücksichtigung der aktuellen Überschussbeteiligung					
236,14 EUR	181,82 EUR	1.180,70 EUR (909,10 EUR)	113,39 EUR davon Verwaltungskosten: 80,59 EUR	87,31 EUR davon Verwaltungskosten: 62,05 EUR	0,25 EUR je 100 EUR Deckungskapital

Sie wünschen den dynamischen Zuwachs von Leistung und Beitrag. Wenn sich der Beitrag ändert, ändern sich auch die Kosten.
Sofern uns im Falle eines Lastschriftrückläufers, aus einem von Ihnen veranlassten Grund, Kosten von Ihrer Bank in Rechnung gestellt werden, stellen wir Ihnen diese Kosten gesondert in Rechnung.

Versicherungsinformationen zu einer Allianz BerufsunfähigkeitsPolice

für **Herrn Max Muster**

Nachfolgend erhalten Sie wichtige Informationen zur gewünschten Versicherung. Sie sind nicht abschließend und können durch eine Risikoprüfung vor Vertragsschluss noch beeinflusst werden. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen.

Welche Leistungen sind in Ihrer Allianz BerufsunfähigkeitsPolice versichert?

Das gewünschte Produkt ist eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung.
Versichert ist Herr Max Muster, geb. am 01.01.1992, Tätigkeitsgruppe: Software- und Systemfachleute (Software-Entwickler; Software-Entwicklerin), keine Freizeitaktivität mit einer höheren Verletzungsgefahr als bei Breitensportarten üblich.

Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge

Berufsunfähigkeitsrente Plus bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vor dem 01.08.2058
Bei Berufsunfähigkeit zahlen wir längstens bis zum 31.07.2058 eine
garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente Plus von 2.500,00 EUR

Beitragsbefreiung Plus bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vor dem 01.08.2058
Bei Berufsunfähigkeit erfolgt eine Befreiung von der Beitragszahlungspflicht
längstens bis zum 31.07.2058 Beitragsbefreiung

Die Berufsunfähigkeit ist in Teil A Ihrer Versicherungsbedingungen im Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge unter "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang - Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?" definiert. Der Begriff Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit im sozialrechtlichen Sinne bzw. im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.

Welche Laufzeit gilt für den Vertrag?

Der Versicherungsschutz soll wunschgemäß am **01.08.2022** beginnen. Voraussetzung dafür ist der Vertragsschluss und die rechtzeitige Zahlung des ersten Beitrags. Angaben dazu, wie lange Ihr Vertrag läuft finden Sie im vorherigen Abschnitt "Welche Leistungen sind in Ihrer Allianz BerufsunfähigkeitsPolice versichert?".

Wie hoch ist der Beitrag und wann muss dieser gezahlt werden?

Die Höhe des Beitrages ist abhängig vom konkret gewählten Versicherungsschutz und der Zahlungsweise und kann sich je nach Ergebnis einer Risikoprüfung vor Vertragsschluss noch ändern. Für die gewünschte Versicherung ergeben sich folgende Daten:

	monatlich
Gesamtbeitrag	**113,02 EUR**
abzüglich Verrechnungsüberschussanteil	**26,00 EUR***
Zu zahlender Beitrag	**87,02 EUR***

* Den im zu zahlenden Beitrag berücksichtigten Verrechnungsüberschussanteil können wir nicht garantieren.

Sie wünschen den dynamischen Zuwachs von Leistung und Beitrag. Nähere Einzelheiten finden Sie im Antrag.

Die Beitragszahlung soll wunschgemäß am 01.08.2022 beginnen. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbaren, dass der Versicherungsschutz erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig. Die weiteren Beiträge sind monatlich jeweils am 1. eines Monats und der letzte Beitrag am 01.07.2058 fällig. Zahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, beginnt der Versicherungsschutz in der Regel erst mit Eingang der verspäteten Zahlung bei uns. Außerdem können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der erste Beitrag nicht gezahlt wurde. Zahlen Sie einen der weiteren Beiträge nicht rechtzeitig, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Außerdem können wir den Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen kündigen. Die beschriebenen Rechtsfolgen treten nicht ein, wenn sich die Zahlung ohne Ihr Verschulden verzögert hat.

Welche Kosten fallen an?

Alle nachfolgend genannten Kosten berücksichtigen den bei Vertragsschluss vereinbarten Beitrag. Zukünftige Vertragsänderungen wie beispielsweise Zuwachserhöhungen, Zuzahlungen während der Vertragslaufzeit, Beitragsfreistellungen oder Wegfall von Zusatzversicherungen können zu einer entsprechenden Erhöhung oder Verringerung der dargestellten Kosten führen.

In dem bei Vertragsschluss vereinbarten laufenden monatlichen Beitrag sind folgende Kosten einkalkuliert, sie werden nicht gesondert erhoben:

Abschluss- und Vertriebskosten			übrige Kosten, wenn kein Leistungsfall vorliegt		Verwaltungskosten im Leistungsfall (Berufsunfähigkeit)
für jedes der ersten 5 Versicherungsjahre		insgesamt	für jedes Versicherungsjahr		für jedes Jahr des Rentenbezugs
ohne ...	mit ...	ohne (mit) Berücksichtigung der aktuellen Überschussbeteiligung	ohne ...	mit ...	0,25 EUR je 100 EUR Deckungskapital
... Berücksichtigung der aktuellen Überschussbeteiligung			... Berücksichtigung der aktuellen Überschussbeteiligung		
236,14 EUR	181,82 EUR	1.180,70 EUR (909,10 EUR)	113,39 EUR davon Verwaltungskosten: 80,59 EUR	87,31 EUR davon Verwaltungskosten: 62,05 EUR	

Die oben genannten Kosten ergeben sich für den bei Vertragsschluss vereinbarten laufenden Beitrag. Die nachfolgende Tabelle gibt Ihnen einen vollständigen Überblick über die festgelegten Kostenhöhen und Bezugsgrößen.

	Abschluss- und Vertriebskosten	übrige Kosten, wenn kein Leistungsfall vorliegt		Verwaltungskosten im Leistungsfall
Berufsunfähigkeits-vorsorge	2,50 % der Bruttobeitragssumme	Bis zum Ende der Versicherungsdauer		jährlich 0,25 % des Deckungskapitals
Zuwachs	2,50 % der Summe der Erhöhungsbeiträge	7,50 % je Bruttobeitrag	jährlich 15,00 EUR	

Sofern uns im Falle eines Lastschriftrückläufers, aus einem von Ihnen veranlassten Grund, Kosten von Ihrer Bank in Rechnung gestellt werden, stellen wir Ihnen diese Kosten gesondert in Rechnung.

Was gilt für die Beteiligung am Überschuss?

Zusätzlich zu den garantierten Leistungen beteiligen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer nach § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an den Überschüssen. Zusätzlich beteiligen wir Ihren Vertrag an den Bewertungsreserven.

Bitte beachten Sie, dass die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantiert werden kann. Überschussanteile, die mit dem Beitrag verrechnet werden, können nur für das erste Versicherungsjahr garantiert werden und sind ansonsten unverbindlich. Über die Höhe der künftigen Verrechnungsüberschussanteile können wir keine Aussage machen.

Die Regelungen zur Überschussbeteiligung finden Sie in Teil A Ihrer Versicherungsbedingungen im Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge unter "Leistung aus der Überschussbeteiligung".

Welche Überschussgruppen und Untergruppen liegen der Versicherung zugrunde?

Die Versicherungsverträge werden in Überschussgruppen eingeteilt, um eine verursachungsorientierte Überschussbeteiligung zu gewährleisten. Innerhalb dieser Gruppen werden die Haupt- und Zusatzbausteine verschiedenen Untergruppen zugeordnet. Ihre Versicherung wird in der Überschussgruppe EBU geführt und über folgende Untergruppe am Überschuss beteiligt:

HV0122 für die Berufsunfähigkeitsvorsorge nach der Berufsgruppe B1

Die jeweils festgelegten Überschussanteilsätze der aufgeführten Untergruppen können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

Wie kann der Vertrag beendet werden?

Die Versicherung kann von Ihnen während der Versicherungsdauer jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode (ein Monat) in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) gekündigt werden. Einzelheiten finden Sie in Teil A Ihrer Versicherungsbedingungen im Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge unter "Kündigung".

. Wenn Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, können wir unter bestimmten Voraussetzungen vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder wegen arglistiger Täuschung anfechten. Wenn Sie den Erstbeitrag bzw. einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir unter bestimmten Voraussetzungen vom Vertrag zurücktreten bzw. diesen kündigen (vgl. hierzu auch den Abschnitt "Wie hoch ist der Beitrag und wann muss dieser gezahlt werden?" in diesen Versicherungsinformationen).

Welche Leistungen ergeben sich bei Kündigung bis zum Ende der Versicherungsdauer?

Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert nach § 169 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Welche Garantieleistungen ergeben sich bei Beitragsfreistellung bis zum Ende der Versicherungsdauer?

In der nachfolgenden Darstellung sind die ausgewiesenen Werte jeweils auf den 01.08. des angegebenen Jahres ohne die derzeit gültige Überschussbeteiligung und ohne dynamischen Zuwachs berechnet.

Jahr	Garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente im Jahr nach Beitragsfreistellung [EUR]	Bei Beitragsfreistellung berücksichtigter Abzug [EUR]
2023	0,00	199,19
2024	0,00	348,37
2025	0,00	497,56
2026	0,00	646,75
2027	28,02	795,93
2028	56,60	945,12
2029	83,58	1.094,30
2030	109,09	1.243,49
2031	133,08	1.392,68
2032	155,26	1.541,86
2033	175,05	1.691,05
2034	191,80	1.840,24
2035	204,97	1.989,42
2036	214,41	2.138,61
2037	220,06	2.287,80
2038	221,30	2.436,98
2039	216,86	2.586,17
2040	205,08	2.735,36
2041	202,41	2.727,07
2042	192,01	2.702,20
2043	172,12	2.660,76
2044	140,87	2.602,75

Jahr	Garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente im Jahr nach Beitragsfreistellung [EUR]	Bei Beitragsfreistellung berücksichtigter Abzug [EUR]
2045	96,91	2.528,15
2046	39,26	2.436,98
2047	0,00	2.329,24
2048	0,00	2.204,91
2049	0,00	2.064,02
2050	0,00	1.906,54
2051	0,00	1.732,49
2052	0,00	1.541,86
2053	0,00	1.334,66
2054	0,00	1.110,88
2055	0,00	870,53
2056	0,00	613,59
2057	0,00	340,08

In obiger Tabelle stellen wir Ihnen in der jeweiligen Spalte folgende Werte dar:

Garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente im Jahr nach Beitragsfreistellung
Zahlen Sie keine Beiträge mehr, setzen wir die garantierte Berufsunfähigkeitsrente auf den in der Tabelle genannten Wert herab.

Ihre Versicherung können Sie nur dann beitragsfrei fortführen, wenn die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente einen Mindestbetrag von jährlich 200,00 EUR erreicht. Andernfalls erlischt die Versicherung.

Bei Beitragsfreistellung berücksichtigter Abzug
Bei der Berechnung der beitragsfreien Leistungen haben wir einen Abzug (§ 169 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) vorgenommen.

Der in der Tabelle ausgewiesene Abzugsbetrag besteht ggf. aus mehreren Teilen. Warum ein Abzug erforderlich ist, wird nachfolgend erläutert:

- Bei einer vorzeitigen Beitragsfreistellung entstehen erhöhte Verwaltungskosten. Der Abzug wird erhoben, damit diese Kosten nicht von den anderen Versicherungsnehmern zu tragen sind. Dieser Abzug beträgt 50,00 EUR.
- Die Beitragskalkulation Ihres Vertrages basiert auf den vereinbarten Beitragszahlungen aller Versicherungsnehmer und damit einer gleichmäßigen Mischung von Versicherten mit hohem und geringerem Risiko. Eine

vorzeitige Beitragsfreistellung kann durch die Unterbrechung der vereinbarten Beitragszahlungen eine negative Auswirkung auf das Versichertenkollektiv in Form einer Risikogegenauslese haben, die durch einen Teil des Abzugs ausgeglichen wird.

Wer ist Ihr Vertragspartner?

Sie schließen den Versicherungsvertrag mit der Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft, Reinsburgstr. 19, 70178 Stuttgart, Deutschland. Sitz der Gesellschaft ist Stuttgart. Die Gesellschaft ist eingetragen beim Handelsregister Stuttgart unter der Nummer HRB 20231. Die Namen der vertretungsberechtigten Vorstandsmitglieder werden in Ihrem Antrag und Ihrem Versicherungsschein genannt.

Wir sind ein Lebensversicherungsunternehmen und Mitglied des gesetzlichen Sicherungsfonds für die Lebensversicherung bei der Protektor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft, Wilhelmstr. 43 G, 10117 Berlin, Internet: www.protektor-ag.de.

Wie kommt der Vertrag zustande und welches Recht gilt?

Der Vertrag kommt zustande, sobald wir Ihren Antrag angenommen haben. Die Annahme erklären wir in der Regel durch die Übersendung des Versicherungsscheins. Eine Antragsbindungsfrist besteht nicht. Sowohl für die Vertragsanbahnung als auch für die Durchführung des Versicherungsvertrages gilt deutsches Recht. Alle Vertragsunterlagen werden in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Auch die gesamte Kommunikation zu Ihrem Vertragsverhältnis erfolgt in deutscher Sprache.

Was gilt für das Widerrufsrecht?

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- die Widerrufsbelehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und
- die weiteren Informationen, die nach der VVG-Informationspflichtenverordnung mitzuteilen sind,

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin oder Allianz-Lebensversicherungs-AG, Reinsburgstr. 19, 70178 Stuttgart oder per E-Mail an Lebensversicherung@allianz.de.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir haben Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 2,90 EUR pro Tag des Versicherungsschutzes.

Wir haben Ihnen zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

An wen können Beschwerden gerichtet werden?

Ihnen stehen die nachfolgend genannten Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung:

Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Die Zufriedenheit unserer Kunden steht für uns im Mittelpunkt. Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an Ihren Versicherungsvermittler oder auch gerne an uns. Dies gibt uns die Chance, für Sie eine Lösung zu finden und unseren Service zu optimieren. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/

Beschwerde beim Ombudsmann für Versicherungen

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann für Versicherungen durchzuführen (Anschrift: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin; E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de, Webseite: www.versicherungsombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. Das Beschwerdeverfahren kann nur von Verbrauchern durchgeführt werden. Der Beschwerdewert darf 100.000,- EUR nicht übersteigen. Bei Beschwerden über einen Versicherungsvermittler oder -berater können Sie sich unabhängig vom Beschwerdewert an den oben bezeichneten Ombudsmann wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen unverbindlichen Schlichtungsvorschlag. Entscheidet der Ombudsmann zu Ihren Gunsten, sind wir an diese Entscheidung gebunden, sofern der Beschwerdewert 10.000,- EUR nicht überschreitet.

Sofern Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag auf elektronischem Wege (z.B. über eine Webseite oder via E-Mail) geschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbeilegungsplattform (Webseite: http://ec.europa.eu/consumers/odr/) nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort an den Ombudsmann für Versicherungen e.V. weitergeleitet.

Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Webseite: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an die BaFin wenden.

Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Allgemeine Steuerregelungen für Berufsunfähigkeits-/ Dienstunfähigkeits- und Pflegeversicherungen bei unbeschränkter Steuerpflicht in Deutschland

Wie werden meine Beiträge steuerlich behandelt?
Die Beiträge für eine Berufsunfähigkeits-/ Dienstunfähigkeits- und Pflegeversicherung können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im gesetzlich vorgegebenen Rahmen als Sonderausgaben abgezogen werden.

Beiträge zu Versicherungen, die Leistungen im Fall der Krankheit, der Pflegebedürftigkeit, der Berufs- oder der Erwerbsunfähigkeit oder der verminderten Erwerbsfähigkeit vorsehen, sind in Deutschland nach § 4 Abs. 1 Nr. 5 Buchstabe b VersStG von der Versicherungsteuer befreit, wenn die Versicherungsleistung an die versicherte Person selbst oder ihre nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetz oder § 15 Abgabenordnung (zum Beispiel Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Lebensgefährte, Verwandte in gerader Linie, Geschwister) zu erbringen ist (begünstigter Personenkreis). Sind die Voraussetzungen zum begünstigten Personenkreis nicht erfüllt, wird in Deutschland Versicherungsteuer fällig.

Sofern eine Person, an die die Versicherungsleistung zu erbringen ist, nicht mehr zum begünstigten Personenkreis gehört, informieren Sie uns bitte.

Wird der Wohnsitz ins Ausland verlegt, könnten gegebenenfalls je nach Land eine ausländische Versicherungsteuer und Nebenabgaben fällig werden.
Sofern deutsche oder ausländische Versicherungsteuer und Nebenabgaben fällig werden, erheben wir diese zusätzlich zum Versicherungsbeitrag.

Wie werden die Leistungen einkommensteuerlich behandelt?

Die Besteuerung beschränkt sich auf die Erträge.

	Wie werden die Erträge ermittelt?	Wie werden die Erträge besteuert?
Rentenzahlungen aus Ihrer Berufsunfähigkeits-/ Dienstunfähigkeitsvorsorge	Der Besteuerung unterliegen die so genannten Erträge. Die Ermittlung der Erträge erfolgt nach einem vom Gesetzgeber vorgegebenen Prozentsatz unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Rentenzahlungsdauer, des Lebensalters bei Rentenbeginn sowie der Höhe der Rentenzahlung (Ertragsanteilbesteuerung). Bei einer voraussichtlichen Rentenzahlungsdauer von beispielsweise 10 Jahren beträgt dieser 12%.	Die Erträge unterliegen der Einkommensteuer nach dem individuellen Einkommensteuer-Satz zzgl. Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer.
Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, die dem Pflegebedürftigen zustehen	einkommensteuerfrei	
Zahlungen aus den Überschussbeteiligungen	einkommensteuerfrei	
Kapitalzahlungen im Todesfall	einkommensteuerfrei	

Wie werden Schenkungen und Erbschaften von Versicherungsleistungen steuerlich behandelt?

Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, ist sie nicht erbschaft-/schenkungsteuerpflichtig.

Erbschaft-/Schenkungsteuer können lediglich bei einem Übergang von Ansprüchen durch Schenkung oder Tod des

ST_SBV_(2022.01)

Versicherungsnehmers auf einen Dritten anfallen. Erbschaftsteuerpflichtig ist auch die Leistung im Todesfall an die bezugsberechtigte Person.

Versicherungsbedingungen

Diese Versicherungsbedingungen wenden sich an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner.

Teil A - Leistungsbausteine

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den einzelnen Bausteinen, die Sie bei uns abgeschlossen haben. Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen die Leistung eingeschränkt oder ausgeschlossen ist. Daneben werden besondere Pflichten und Obliegenheiten beschrieben, die Sie beachten müssen. Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, finden Sie auch in Teil B.

Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice E356

		Seite
1.	Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	1
2.	Leistung aus der Überschussbeteiligung	6
3.	Unmittelbare Beteiligung an der Wertentwicklung von Fonds	12
4.	Leistungsempfänger und Überweisung der Leistung	15
5.	Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	15
6.	Ihre Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	16
7.	Erklärung über unsere Leistungspflicht	17
8.	Kosten Ihres Vertrags	17
9.	Beitragsfreistellung	18
10.	Kündigung	20
11.	Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten	20
12.	Abänderungen zur Selbstständigen Berufsunfähigkeits-Police oder BerufsunfähigkeitsStartPolice E356	26

Teil B - Pflichten für alle Bausteine

Hier finden Sie wesentliche bausteinübergreifende Pflichten und Obliegenheiten. Weitere Pflichten und Obliegenheiten finden Sie in Teil A. Die Regelungen in Teil B gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für den gesamten Vertrag.

		Seite
1.	Vorvertragliche Anzeigepflicht	27
2.	Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung	27
3.	Weitere Mitwirkungspflichten	28

Teil C - Allgemeine Regelungen

Die Regelungen in Teil C gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für den gesamten Vertrag.

		Seite
1.	Beginn des Versicherungsschutzes	30
2.	Versicherungsschein	30
3.	Deutsches Recht	30
4.	Adressaten für Beschwerden	30
5.	Zuständiges Gericht	30
6.	Verjährung	31
7.	Informationen während der Vertragslaufzeit	31

Erläuterung von Fachausdrücken

Am Ende unserer Versicherungsbedingungen finden Sie Definitionen zu den wichtigsten im Text verwendeten Fachausdrücken. Im Text haben wir diese Fachausdrücke mit einem "→" markiert. Beispiel: →**Versicherungsnehmer**.

	Seite
Erläuterung von Fachausdrücken	32

Anhang zum Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang"

Hier finden Sie einen Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017.

Teil A - Leistungsbausteine

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den einzelnen Bausteinen, die Sie bei uns abgeschlossen haben. Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen die Leistung eingeschränkt oder ausgeschlossen ist. Daneben werden besondere Pflichten und Obliegenheiten beschrieben, die Sie beachten müssen. Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, finden Sie auch in Teil B.

Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice E356

Hier finden Sie die Regelungen Ihrer Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice oder Ihrer BerufsunfähigkeitsStartPolice sowie für Ihren Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben.

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

1.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?
1.2 Welche Leistungen erbringen wir wegen Krankschreibung und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?
1.3 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?
1.4 Wann und in welcher Höhe erbringen wir eine Umorganisationshilfe bei Selbstständigen?
1.5 Wann und in welcher Höhe erbringen wir eine Wiedereingliederungshilfe?
1.6 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?
1.7 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?
1.8 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?
1.9 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?

1.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?

(1) Leistungen bei Berufsunfähigkeit

Wenn die →**versicherte Person** während der Versicherungsdauer der Versicherung zu mindestens 50 Prozent berufsunfähig wird, erbringen wir die vereinbarten Leistungen:

- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für Ihre Versicherung.
- Wir zahlen die Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die erste Zahlung erfolgt gegebenenfalls anteilig. Wir überweisen die Rente jeweils am 1. →**Bankarbeitstag** nach den vereinbarten Fälligkeitsterminen.

Die Leistungen der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice erbringen wir, solange

- der Grad der Berufsunfähigkeit mindestens 50 Prozent beträgt und
- die →**versicherte Person** lebt, längstens jedoch bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer bei Berufsunfähigkeit.

Wir bieten Ihnen darüber hinaus eine Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch entsprechende Spezialisten an.

(2) Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit

a) Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente

Die Ansprüche auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente entstehen mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Für den Fall, dass Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.2 erbracht werden, entsteht der Anspruch erst zu dem in Ziffer 1.2 Absatz 1 b) genannten Zeitpunkt.

Wenn Sie eine Karenzzeit vereinbart haben, entsteht der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente mit dem Ablauf des Monats, in dem die Karenzzeit endet. Die Karenzzeit beginnt mit dem Eintritt der Berufsunfähigkeit. Voraussetzung für das Entstehen des Anspruchs auf Berufsunfähigkeitsrente ist in diesem Fall, dass

- die →**versicherte Person** im Sinne dieser Regelungen bis zum Ablauf der Karenzzeit ununterbrochen berufsunfähig war und
- zu diesem Zeitpunkt noch berufsunfähig ist.

Wenn die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Karenzzeit endet und innerhalb von 3 Jahren danach erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten angerechnet.

Wenn wir Leistungen wegen Umorganisation bei Selbstständigen erbringen (siehe Ziffer 1.4) und innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, werden die Umorganisationshilfezahlungen auf die Leistungen der Berufsunfähigkeitsvorsorge angerechnet.

Wenn wir Leistungen wegen Wiedereingliederung erbringen (siehe Ziffer 1.5) und innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, werden die Wiedereingliederungshilfezahlungen auf die Leistungen der Berufsunfähigkeitsvorsorge angerechnet.

b) Beitragszahlung bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht

Wenn die →**versicherte Person** im Sinne von Ziffer 1.2 Absatz 1 krankgeschrieben ist, befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht.

Wenn die →**versicherte Person** nicht im Sinne von Ziffer 1.2 Absatz 1 krankgeschrieben ist, gilt:

Bis zur Entscheidung, ob ein Anspruch vorliegt,

- müssen die Beiträge in voller Höhe weiter gezahlt werden. Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkennen, werden wir zuviel gezahlte Beiträge zurückzahlen.
- können Sie beantragen, dass die bis zur endgültigen Entscheidung noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Falls wir unsere Leistungspflicht nicht anerkennen, müssen gestundete Beiträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf 24 Monate verteilt werden oder durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung ausgeglichen werden.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Möglichkeiten des Beitragsausgleichs.

1.2 Welche Leistungen erbringen wir wegen Krankschreibung und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?

(1) Leistungen wegen Krankschreibung

a) Leistungen in Höhe der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

Wenn die **→versicherte Person** während der Versicherungsdauer der Versicherung Leistungen bei Berufsunfähigkeit verlangt und die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Versicherung mindestens 6 Monate ununterbrochen krankgeschrieben worden ist oder voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen krankgeschrieben wird, erbringen wir die folgenden Leistungen:

- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Versicherung.
- Wir zahlen eine Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die erste Zahlung erfolgt gegebenenfalls anteilig. Wir überweisen die Rente jeweils am 1. **→Bankarbeitstag** nach den vereinbarten Fälligkeitsterminen.

Leistungen wegen Krankschreibung können nur dann verlangt werden, wenn zeitgleich Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden.

b) Leistungsdauer

Die Leistungen wegen Krankschreibung erbringen wir, solange

- die **→versicherte Person** ununterbrochen krankgeschrieben ist bzw. sein wird und
- die vereinbarte Leistungsdauer bei Berufsunfähigkeit nicht abgelaufen ist und
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen und
- die versicherte Person lebt und
- insgesamt eine Dauer der Krankschreibung von 24 Monaten während der vereinbarten Leistungsdauer bei Berufsunfähigkeit nicht überschritten ist. Wenn die **→versicherte Person** mehrfach nach Absatz a) krankgeschrieben ist, ist die Leistungsdauer wegen Krankschreibung für alle eintretenden Krankschreibungen zusammen auf 24 Monate beschränkt.

Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der **→versicherten Person** Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, erbringen wir mit Beginn des nächsten Monatsersten nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen wegen Krankschreibung eingestellt.

Wenn wir

- Leistungen wegen Krankschreibung der **→versicherten Person** erbringen und
- nach Abschluss der Leistungsprüfung wegen Berufsunfähigkeit feststellen, dass Berufsunfähigkeit vorliegt,

gilt:

Wir rechnen den Zeitraum zwischen dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, und dem Beginn der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, für den wir Leistungen wegen Krankschreibung erbracht haben, auf die maximale Leistungsdauer wegen Krankschreibung von insgesamt 24 Monaten nicht an.

c) Verhältnis der Leistungen wegen Krankschreibung und Berufsunfähigkeit

Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung.

Für den Zeitraum zwischen dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, und Abschluss der Leistungsprüfung wegen Berufsunfähigkeit, für den wir Leistungen wegen Krankschreibung erbracht haben, zahlen wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Die Leistungen wegen Krankschreibung entsprechen der Höhe nach den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

d) Einreichung von Unterlagen

Wenn Leistungen wegen Krankschreibung verlangt werden, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers Bescheinigungen nach Absatz 2 eingereicht werden. Davon muss mindestens eine Bescheinigung von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein.

e) Nachprüfung unserer Leistungspflicht

Wenn wir Leistungen wegen Krankschreibung erbringen, sind wir berechtigt zu prüfen, ob nach wie vor eine ununterbrochene Krankschreibung der **→versicherten Person** vorliegt.

f) Auskunfts- und Mitwirkungsobliegenheiten

Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn keine Krankschreibung mehr vorliegt.

(2) Krankschreibung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen

Als krankgeschrieben im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gilt die **→versicherte Person**, wenn uns auf die versicherte Person ausgestellte ärztliche Bescheinigungen eingereicht werden, wie sie in § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) vorgesehen sind. Wenn dies nicht möglich ist, zum Beispiel weil die **→versicherte Person** kein Arbeitnehmer ist, sind entsprechende ärztliche Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person einzureichen.

Als krankgeschrieben im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gilt die **→versicherte Person** auch, wenn uns eine auf die versicherte Person ausgestellte Bescheinigung eines Facharztes eingereicht wird, aus der sich eine voraussichtliche Krankschreibung von mindestens 6 Monaten ergibt.

(3) Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung

Der Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung entsteht mit Ablauf des Monats, in den der Beginn der ersten Krankschreibung fällt.

(4) Karenzzeit

Wenn Sie eine Karenzzeit vereinbart haben, gelten die Regelungen nach Ziffer 1.1 Absatz 2 auch für die Leistungen wegen Krankschreibung. Dabei gelten folgende Besonderheiten:

- Bereits zurückgelegte Karenzzeiten wegen Krankschreibung werden bei einer innerhalb von 3 Jahren aufgrund derselben medizinischen Ursache eintretenden Berufsunfähigkeit auf die Karenzzeit für die Leistung wegen Berufsunfähigkeit angerechnet.
- Ebenfalls werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten wegen Berufsunfähigkeit bei einer innerhalb von 3 Jahren aufgrund derselben medizinischen Ursache eintretenden Krankschreibung auf die Karenzzeit für die Leistung wegen Krankschreibung angerechnet.

Wenn die Voraussetzungen für die Leistungen wegen Krankschreibung vorliegen, rechnen wir auch den Zeitraum ab Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen bis zum Ablauf der Karenzzeit auf die maximale Leistungsdauer von insgesamt 24 Monaten an. Eine Anrechnung erfolgt dagegen nicht für die Zeit, für die wir eine Berufsunfähigkeit anerkannt haben.

(5) Anwendbare Regelungen

Soweit in dieser Ziffer nichts anderes geregelt ist, gelten die Regelungen Ihrer Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice auch für die Leistungen wegen Krankschreibung.

Wenn Sie bei Abschluss Ihrer Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice mit uns Ausschlüsse und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes bei Berufsunfähigkeit geschlossen haben, gelten diese entsprechend auch für die Leistungen wegen Krankschreibung. Informationen hierzu entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein.

1.3 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?

(1) Leistungen bei Pflegebedürftigkeit
Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und die **→versicherte Person** während der Versicherungsdauer der Versicherung pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 1.7 wird, das heißt aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.7 Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Ziffer 1.7 Absatz 2), zahlen wir eine Pflegezusatzrente.

Die Pflegezusatzrente erbringen wir zusätzlich zu den Leistungen bei Berufsunfähigkeit, solange
- die **→versicherte Person** lebt und
- die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 1.7 ist.

(2) Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit
Der Anspruch auf Pflegezusatzrente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

Wenn Sie eine Karenzzeit nach Ziffer 1.1 Absatz 2 vereinbart haben, entsteht der Anspruch auf Pflegezusatzrente
- mit dem Ablauf des Monats, in dem die Karenzzeit für die Leistungen bei Berufsunfähigkeit endet bzw.
- wenn die Karenzzeit für die Leistungen bei Berufsunfähigkeit bereits abgelaufen ist, mit dem Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

1.4 Wann und in welcher Höhe erbringen wir eine Umorganisationshilfe bei Selbstständigen?

(1) Umorganisationshilfe bei Nichtzahlung einer Berufsunfähigkeitsrente
Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht leisten, weil die **→versicherte Person** ihren Betrieb zumutbar nach Ziffer 1.6 Absatz 1 f) umorganisieren könnte, zahlen wir eine einmalige Hilfe in Höhe einer halben Jahresrente. Diese Umorganisationshilfe zahlen wir nur, wenn zum Zeitpunkt der Anspruchsentstehung die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens 12 Monate beträgt. Wenn bei der **→versicherten Person** innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht die Einmalzahlung mit den Berufsunfähigkeitsrenten. Die Umorganisationshilfe können Sie mehrmals erhalten, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht.

(2) Umorganisationshilfe bei Wegfall der Berufsunfähigkeitsrente
Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht mehr leisten, weil die **→versicherte Person** ihren Betrieb zumutbar nach Ziffer 1.6 Absatz 1 f) umorganisieren könnte, zahlen wir eine einmalige Hilfe in Höhe einer halben Jahresrente. Diese Umorganisationshilfe zahlen wir nur, wenn zum Zeitpunkt der Anspruchsentstehung die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens 12 Monate beträgt. Wenn bei der **→versicherten Person** innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht die Einmalzahlung mit den Berufsunfähigkeitsrenten. Die Umorganisationshilfe können Sie mehrmals erhalten, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht.

1.5 Wann und in welcher Höhe erbringen wir eine Wiedereingliederungshilfe?

Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht mehr leisten, weil die **→versicherte Person** tatsächlich eine andere Tätigkeit als bei Anerkenntnis der Berufsunfähigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung nach Ziffer 1.6 Absatz 1 a) entspricht, zahlen wir eine einmalige Hilfe in Höhe einer halben Jahresrente. Diese Wiedereingliederungshilfe zahlen wir nur, wenn zum Zeitpunkt der Anspruchsentstehung die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens 12 Monate beträgt. Wenn bei der **→versicherten Person** innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht die Einmalzahlung mit den Berufsunfähigkeitsrenten. Die Wiedereingliederungshilfe können Sie mehrmals erhalten, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht.

1.6 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?

(1) Berufsunfähigkeit

a) Vollständige Berufsunfähigkeit
Wenn die **→versicherte Person**
- in Folge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
- die ärztlich nachzuweisen sind,
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, ihren Beruf auszuüben,
- und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht,

so liegt von Beginn an eine vollständige Berufsunfähigkeit vor.

Die Lebensstellung ergibt sich aus dem beruflichen Einkommen und der sozialen Wertschätzung des Berufs, wobei die andere Tätigkeit bereits dann nicht der bisherigen Lebensstellung entspricht, wenn entweder das Einkommen oder die Wertschätzung der anderen Tätigkeit spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richten sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die zumutbare Minderung des Einkommens beträgt jedoch höchstens 20 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens des bislang ausgeübten Berufs. Im begründeten Einzelfall kann auch schon eine geringere Minderung des Einkommens nicht zumutbar sein. Sollte die höchstrichterliche Rechtsprechung einen geringeren Prozentsatz als zumutbare Minderung des Einkommens festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich.

b) Maßgebender Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit
Maßgebend bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit ist
- der zuletzt ausgeübte Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war;
- der bei Eintritt des Leidens ausgeübte Beruf, falls die **→versicherte Person** als Folge einer fortschreitenden Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls ihren Beruf leidensbedingt geändert hat.

Unsere Bedingungen sehen eine abstrakte Verweisbarkeit auf einen anderen Beruf nicht vor.

c) Maßgebender Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit von Schülern
Wenn die **→versicherte Person** zum Zeitpunkt der Prüfung der Berufsunfähigkeit Schüler ist, gilt als Beruf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schüler.

d) Maßgebender Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit von Auszubildenden
Wenn die **→versicherte Person** zum Zeitpunkt der Prüfung der Berufsunfähigkeit Auszubildender ist, gilt als Beruf der mit der Ausbildung angestrebte Ausbildungsberuf.

e) Maßgebender Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit von Studenten
Wenn die **→versicherte Person** zum Zeitpunkt der Prüfung der Berufsunfähigkeit Student ist, gilt als Beruf neben dem zuletzt ausgeübten Studium auch das mit dem Abschluss des belegten Studiengangs verbundene Berufsbild. Als Studium gilt ein Studium an einer Hochschule (Universität), Fachhochschule (FH) oder Dualen Hochschule (DH). Der angestrebte Studienabschluss muss in Deutschland staatlich anerkannt sein.

f) Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen
Bei Selbstständigen setzt vollständige Berufsunfähigkeit zusätzlich zu Absatz a) und Absatz 2 voraus, dass die **→versicherte Person** ihren Beruf auch dann nicht ausüben kann, nachdem sie ihren Betrieb zumutbar umorganisiert hat. Zumutbar ist eine Umorganisation nur, wenn
- die hierfür erforderlichen Maßnahmen wirtschaftlich zweckmäßig sind und keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordern,
- der **→versicherten Person** ein sinnvolles Tätigkeitsfeld verbleibt,
- ihre Lebensstellung als Betriebsinhaber gewahrt bleibt und
- die Umorganisation nicht zu Lasten der Gesundheit geht.

Die Zumutbarkeit der Umorganisation richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten und nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die zumutbare Minderung des betrieblichen Gewinns vor Steuern aufgrund der Maßnahmen beträgt jedoch höchstens 20 Prozent.

Wir verzichten auf die Prüfung der Umorganisation,
- wenn der versicherte Selbstständige eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in seiner täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 Prozent kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Tätigkeiten ausübt oder
- wenn der Betrieb weniger als 5 Mitarbeiter beschäftigt. Zu den 5 Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelernte Angestellte. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

g) Teilweise Berufsunfähigkeit
Die **→versicherte Person** ist teilweise berufsunfähig, wenn die genannten Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad erfüllt sind.

(2) Berufsunfähigkeit aufgrund Tätigkeitsverbots
Wenn die **→versicherte Person**
- infolge eines Tätigkeitsverbots, das von der zuständigen Gesundheitsbehörde ausschließlich aus medizinischen Gründen nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) ausgesprochen wurde,
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, ihren Beruf auszuüben
- und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung (siehe Ziffer 1.6 Absatz 1 a)) entspricht,

so liegt von Beginn an eine vollständige Berufsunfähigkeit vor. Betrifft das Tätigkeitsverbot nur einen Teil der bisherigen Berufstätigkeit, liegt teilweise Berufsunfähigkeit vor. Darüber hinaus gelten die Regelungen nach Ziffer 1.6 Absätze 1 b) bis f).

(3) Berufsunfähigkeit nach Ausscheiden aus dem Berufsleben
Wenn die **→versicherte Person** aus dem Berufsleben ausscheidet und später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden, wird bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, grundsätzlich auf den zuletzt vor Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübten Beruf und die damit verbundene Lebensstellung abgestellt.

(4) Berufsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit
Als berufsunfähig gilt die **→versicherte Person** auch, wenn sie pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 1.7 ist, das heißt aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.7 Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Ziffer 1.7 Absatz 2).

(5) Berufsunfähigkeit aufgrund voller Erwerbsminderung
Als berufsunfähig gilt die **→versicherte Person** auch, wenn sie eine unbefristete Rente der Deutschen Rentenversicherung wegen voller Erwerbsminderung erhält. Dies gilt nur, wenn
- die **→versicherte Person** die Rente wegen voller Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen erhält und
- die versicherte Person bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens 50 Jahre alt ist und
- der Vertrag bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens seit 10 Jahren besteht.

Für den Begriff der vollen Erwerbsminderung gilt die Definition gemäß § 43 Sozialgesetzbuch (SGB) VI in der Fassung vom 20.04.2007.

1.7 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?

Die **→versicherte Person** ist pflegebedürftig im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, wenn sie aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Absatz 2).

(1) Begriff und Dauer der Pflegebedürftigkeit
Pflegebedürftigkeit der **→versicherten Person** liegt vor, wenn
- sie gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe anderer bedarf und
- sie körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, ununterbrochen bestehen oder bereits 6 Monate bestanden haben.

Die Pflegebedürftigkeit ist stets ärztlich nachzuweisen.

Die Pflegebedürftigkeit beurteilt sich nach den nachfolgenden 6 Bereichen, denen bestimmte Kriterien zugeordnet sind. Diesen Kriterien sind zur Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten Kategorien zugeordnet. Die Bereiche, Kriterien und Kategorien entsprechen denjenigen, die in § 14 und § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, genannt sind. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschriften hat auf die Definition der Bereiche, Kriterien und Kategorien der Pflegebedürftigkeit nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrer Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice und Ihrem Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, keine Auswirkungen. Den Wortlaut der genannten Paragrafen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

a) Mobilität
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Beteiligen an einem Gespräch") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt

anhand der Kategorien "Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt, Fähigkeit größtenteils vorhanden, Fähigkeit in geringem Maße vorhanden oder Fähigkeit nicht vorhanden "(siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Beschädigen von Gegenständen") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Nie oder sehr selten, selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen), häufig (zwei- bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich) oder täglich" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

d) Selbstversorgung
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Essen") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig" bzw. "entfällt, teilweise oder vollständig" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Medikation") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien:
- "Entfällt/selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig",
- "Entfällt/selbstständig, Anzahl der Maßnahmen pro Tag, Woche oder Monat",
- "Entfällt/selbstständig, täglich, wöchentliche Häufigkeit oder monatliche Häufigkeit" bzw.
- "Entfällt/selbstständig, wöchentliche Häufigkeit oder monatliche Häufigkeit".

Die Kategorien können Sie der Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Ruhen und Schlafen") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

(2) Grade der Pflegebedürftigkeit
Abhängig von der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wird die Pflegebedürftigkeit in 5 Grade der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade) eingestuft. Die Pflegegrade entsprechen den Pflegegraden, die in § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, genannt sind. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschrift hat auf die Pflegegrade nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrer SelbstständigenBerufsunfähigkeitsPolice und Ihrem Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, keine Auswirkungen. Den Wortlaut des genannten Paragrafen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Leistungen aus der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice (siehe Ziffer 1.1) und aus dem Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben (siehe Ziffer 1.3), erbringen wir, wenn die **→versicherte** Person aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird.

(3) Ermittlung des Grads der Pflegebedürftigkeit
Der Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) wird entsprechend der gesetzlichen Vorschrift des § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, ermittelt. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschrift zur Ermittlung des Pflegegrads hat auf die Ermittlung des Pflegegrads nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrer SelbstständigenBerufsunfähigkeitsPolice und Ihrem Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, keine Auswirkungen. Den Wortlaut des genannten Paragrafen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

Die **→versicherte Person** erhält nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Pflegegrad.

Zur Bestimmung des Pflegegrads werden, wie in Absatz 1 beschrieben, den 6 Bereichen Kriterien zugeordnet. Diese Kriterien werden anhand von Kategorien beurteilt. Die Kategorien stellen die in den Kriterien zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen dar.

Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien Einzelpunkte zugeordnet.

Die jeweils erreichbaren Summen der Einzelpunkte in jedem Bereich werden in Punktbereiche gegliedert (zum Beispiel "Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten"). Alle Punktbereiche können Sie § 15 und der Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Zur Ermittlung des Pflegegrads erhält jeder der in Absatz 1 a) bis f) genannten Bereiche eine eigene Gewichtung (zum Beispiel "Mobilität 10 Prozent"). Die Gewichtung aller Bereiche können Sie § 15 und der Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Jedem Punktbereich in einem Bereich werden anschließend abhängig von der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und der Gewichtung der Bereiche festgelegte, gewichtete Punkte zugeordnet (siehe Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

Anschließend werden die gewichteten Punkte aller Bereiche zu einer Gesamtpunktzahl addiert. Aus dieser Gesamtpunktzahl ergibt sich der entsprechende Pflegegrad. Die **→versicherte Person** ist pflegebedürftig bei Einstufung mindestens in den Pflegegrad 2, was ab 27 Gesamtpunkten gegeben ist (siehe § 15 Absatz 3 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

1.8 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz aus Ihrer Versicherung besteht weltweit.

1.9 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?

(1) Rechnungsgrundlagen bei Vertragsschluss
Bei Abschluss Ihres Vertrags verwenden wir für die Berechnung der garantierten Leistungen folgende Rechnungsgrundlagen:

a) Rechnungsgrundlagen für die garantierten Leistungen bei Berufsunfähigkeit:
- unsere unternehmenseigene Sterbetafel "AZ 2021 BU TA U" (**→Tafeln**),
- unsere unternehmenseigene Berufsunfähigkeitstafel "AZ 2019 BU I U" für die Berufsunfähigkeitswahrscheinlichkeiten (**→Tafeln**),
- unsere unternehmenseigenen Berufsunfähigkeitstafeln "AZ 2021 BU TI U" und "AZ 2021 BU RI U" für die Sterbewahrscheinlichkeiten der Berufsunfähigen und die Reaktivierungswahrscheinlichkeiten (**→Tafeln**),
- den **→Rechnungszins** 0,25 Prozent und
- die **→Kosten** der Berufsunfähigkeitsvorsorge der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice (siehe dazu Ziffer 8.1).

b) Rechnungsgrundlagen für die garantierten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben:
- unsere unternehmenseigene Pflegetafel "AZ 2016 P U" (**→Tafeln**),
- den **→Rechnungszins** 0,25 Prozent und
- die **→Kosten** des Bausteins Pflegezusatzrente (siehe dazu Ziffer 8.1).

(2) Rechnungsgrundlagen bei Leistungserhöhungen und in anderen Fällen
Bei Leistungserhöhungen (zum Beispiel durch Überschussanteile) berechnen wir die hinzukommenden Leistungen grundsätzlich mit den Rechnungsgrundlagen (insbesondere **→Rechnungszins**, **→Tafeln** und **→Kosten** der Berufsunfähigkeitsvorsorge der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice bzw. des Bausteins Pflegezusatzrente), die wir bei Vertragsschluss zugrunde gelegt haben.

Wenn zum Erhöhungstermin aufgrund aufsichtsrechtlicher Bestimmungen und/oder der offiziellen Stellungnahmen der Deutschen Aktuarvereinigung e. V. (DAV) für die Berechnung der **→Deckungsrückstellung** von neu abzuschließenden vergleichbaren Versicherungen andere Rechnungsgrundlagen gelten, können wir für die Leistungserhöhungen auch diese verwenden. Wenn sich nach einer Leistungserhöhung die für die Berechnung der **→Deckungsrückstellung** geltenden Rechnungsgrundlagen erneut ändern, können wir für weitere Leistungserhöhungen die geänderten Rechnungsgrundlagen verwenden oder die bei der letzten Leistungserhöhung zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen beibehalten.

Wenn wir andere Rechnungsgrundlagen verwenden als bei Vertragsschluss oder bei der letzten Leistungserhöhung, werden wir Sie hierüber informieren.

Bei Leistungserhöhungen legen wir bei der Berechnung der hinzukommenden Leistungen höchstens die Prozentsätze der **→Kosten** der Berufsunfähigkeitsvorsorge der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice bzw. des Bausteins Pflegezusatzrente zugrunde, die wir bei Vertragsschluss zugrunde gelegt haben.

Außer bei Leistungserhöhungen gilt diese Regelung entsprechend, wenn in den jeweiligen Abschnitten dieser Versicherungsbedingungen ausdrücklich darauf hingewiesen wird.

2. Leistung aus der Überschussbeteiligung

Für die Überschussbeteiligung gelten die folgenden Regelungen.

Inhalt dieses Abschnitts:
2.1 Was sind die Grundlagen der Überschussbeteiligung?
2.2 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Überschüssen?
2.3 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Bewertungsreserven?

2.1 Was sind die Grundlagen der Überschussbeteiligung?

(1) Keine Garantie der Höhe der Überschussbeteiligung
Wir können die Überschussbeteiligung der Höhe nach nicht garantieren. Zum einen hängt die Höhe der Überschussbeteiligung von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung der von uns versicherten Risiken und der Kosten ist von Bedeutung. Zum anderen erfolgt die Überschussbeteiligung nach einem verursachungsorientierten Verfahren (siehe dazu im Einzelnen die Ziffer 2.2). **Im ungünstigsten Fall kann die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags der Höhe nach null sein.**

Wir informieren Sie jährlich über die Entwicklung der Überschussbeteiligung.

(2) Komponenten der Überschussbeteiligung
Die Überschussbeteiligung umfasst 2 Komponenten:
- die Beteiligung an den Überschüssen (siehe dazu insbesondere die Ziffer 2.2) und
- die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** (siehe dazu insbesondere die Ziffer 2.3).

Wir beachten bei der Überschussbeteiligung die jeweils geltenden Vorgaben
- des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), insbesondere § 153 VVG,
- des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG), insbesondere die §§ 139 und 140 VAG
- sowie die dazu ergangenen Rechtsverordnungen in der jeweils geltenden Fassung, insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung - MindZV).

(3) Maßgebende Überschüsse und Bewertungsreserven
Grundlage für die Beteiligung am Überschuss ist der Überschuss, den wir jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs (HGB) ermitteln. Wir legen mit der Feststellung des Jahresabschlusses - unter Beachtung aufsichtsrechtlicher Vorgaben - fest, welcher Teil des jährlichen Überschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Diesen Teil des Überschusses führen wir der **→Rückstellung für Beitragsrückerstattung** zu, soweit er nicht unmittelbar den überschussberechtigten Verträgen gut geschrieben wird. Die **→Rückstellung für Beitragsrückerstattung** darf nur für die Überschussbeteiligung der **→Versicherungsnehmer** verwendet werden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde abweichen.

Grundlage für die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** sind die Bewertungsreserven, die wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs (HGB) ermitteln und die nach den maßgebenden Vorschriften des Versicherungsaufsichtsrechts für die Beteiligung an den Bewertungsreserven aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung stehen.

Aus der Zuführung zur **→Rückstellung für Beitragsrückerstattung** ergeben sich für Ihren Vertrag keine Ansprüche auf eine bestimmte Überschussbeteiligung.

2.2 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Überschüssen?

Die Beteiligung an den Überschüssen erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Im Folgenden erläutern wir Ihnen,
- warum wir Überschussgruppen bilden (siehe Ziffer 2.2.1),
- wie wir zur Ermittlung der Überschussanteile Ihres Vertrags **→Überschussanteilsätze** festlegen (siehe Ziffer 2.2.2) und

- wie Ihr Vertrag während der Vertragsdauer an den Überschüssen beteiligt wird (siehe Ziffer 2.2.3).

Die Mittel für die Beteiligung am Überschuss werden grundsätzlich der **→Rückstellung für Beitragsrückerstattung** entnommen (siehe Ziffer 2.1 Absatz 3). Nur wenn sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut geschrieben werden, werden sie zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert.

2.2.1 Bildung von Überschussgruppen

Versicherungen tragen in unterschiedlichem Maß zu der Entstehung von Überschüssen bei. Wir fassen deshalb vergleichbare Versicherungen zu sogenannten Überschussgruppen zusammen. Innerhalb der Überschussgruppen gibt es verschiedene Untergruppen, mit denen wir weitere bestehende Unterschiede berücksichtigen. Die Zuordnung der einzelnen Verträge zu einer Überschuss- und Untergruppe erfolgt zum Beispiel in Abhängigkeit von
- der Art des versicherten Risikos (zum Beispiel Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko),
- der Phase, in der sich die Versicherung befindet (zum Beispiel vor oder nach Rentenbeginn),
- dem Versicherungsbeginn oder
- der Art der Beitragszahlung.

Die für alle überschussberechtigten Verträge vorgesehenen Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Überschuss- und Untergruppen. Dabei orientieren wir uns daran, in welchem Umfang die Überschuss- und Untergruppen zur Entstehung der Überschüsse beigetragen haben.

Die Information, zu welcher Überschuss- und Untergruppe Ihre Versicherung gehört, finden Sie in Ihren Versicherungsinformationen unter der Überschrift „Welche Überschussgruppen und Untergruppen liegen der Versicherung zugrunde?“. Die Gruppenzuordnung ist maßgeblich für die spätere Zuteilung der Überschussanteile.

2.2.2 Festlegung der Überschussanteilsätze

Zur Ermittlung der Überschussanteile, die Ihrem Vertrag zugeteilt werden (siehe Ziffern 2.2.3 und 2.2.4), legt unser Vorstand auf Vorschlag des **→Verantwortlichen Aktuars** vor Beginn eines jeden Kalenderjahres die Höhe der **→Überschussanteilsätze** für die Dauer eines Jahres fest (sogenannte Überschussdeklaration).

Die **→Überschussanteilsätze** werden für die einzelnen Überschuss- und Untergruppen (siehe Ziffer 2.2.1) sowie für die verschiedenen Arten der Überschussanteile (siehe Ziffern 2.2.3 und 2.2.4) als Prozentsätze bestimmter **→Bezugsgrößen** festgelegt. Die Festlegung der **→Überschussanteilsätze** kann im ungünstigsten Fall dazu führen, dass der einzelne Vertrag keine Überschussanteile oder nicht alle für ihn in Betracht kommenden Arten von Überschussanteilen (siehe Ziffern 2.2.3 und 2.2.4) erhält.

Wir veröffentlichen die **→Überschussanteilsätze** jährlich im Anhang unseres Geschäftsberichts, den Sie jederzeit bei uns anfordern können, oder teilen sie Ihnen auf andere Weise mit.

2.2.3 Laufende Beteiligung am Überschuss

Wir beteiligen die Versicherung in Abhängigkeit von der Zuordnung Ihrer Versicherung zu einer Überschuss- bzw. Untergruppe an den erzielten Überschüssen (laufende Überschussanteile). Wie die erzielten Überschüsse verwendet werden, ist abhängig von der vereinbarten Überschussverwendungsart. Folgende Überschussverwendungsarten können Sie bei Vertragsschluss vereinbaren:
- Verrechnung (siehe Absatz 1)
- Überschussrente (siehe Absatz 2)
- Ansammlungsbonus (siehe Absatz 3)
- Fondsanlage (siehe Absatz 4)

(1) Wenn Sie Verrechnung vereinbart haben, gilt folgendes:

a) Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile

Die Höhe der Ihrem Vertrag zuzuteilenden Überschussanteile ermitteln wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei legen wir die jeweils festgelegten **→Überschussanteilsätze** (siehe Ziffer 2.2.2) und die jeweilige **→Bezugsgröße** zugrunde.

Die festgelegten **→Überschussanteilsätze** legen wir jährlich jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres für die Dauer eines Versicherungsjahres zugrunde.

aa) Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen

→Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen sind
- der vereinbarte Beitrag für Ihre vereinbarten Leistungen bei Berufsunfähigkeit und
- der vereinbarte Beitrag für Ihre vereinbarten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

bb) Bezugsgrößen bei beitragsfreien Versicherungen

→Bezugsgrößen bei nach Ziffer 9.1 beitragsfreien Versicherungen sind
- die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente und
- die vereinbarte Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

cc) Bezugsgrößen bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Pflegezusatzrenten

Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten bzw. laufende Pflegezusatzrenten, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, gezahlt werden, sind die **→Bezugsgrößen**
- das **→Deckungskapital** der Berufsunfähigkeitsrente und
- das Deckungskapital der Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben

zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres.

b) Verwendung der laufenden Überschussanteile

aa) Verwendung bei beitragspflichtigen Versicherungen

Mit jedem fälligen Beitrag erhält Ihre Versicherung einen Überschussanteil, der in Prozent
- des Beitrags für Ihre vereinbarten Leistungen bei Berufsunfähigkeit und
- des Beitrags für Ihre vereinbarten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

festgesetzt wird.

Die Überschussanteile werden jeweils mit den laufenden Beiträgen entsprechend deren Zahlungsweise verrechnet.

bb) Verwendung bei beitragsfreien Versicherungen

Wenn
- Ihre Versicherung nach Ziffer 9.1 beitragsfrei ist und
- die **→versicherte Person** nicht berufsunfähig ist,

finanzieren wir mit den für Ihre Versicherung festgelegten jährlichen Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf
- eine zusätzliche Berufsunfähigkeitsrente (Überschussrente) und
- eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

die in Prozent der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bzw. Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauern stimmen mit denjenigen der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bzw. der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

cc) Verwendung bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten

Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für die Berufsunfähigkeitsrente zugeteilten Überschussanteilen abzüglich Verwaltungskosten (**→Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absatz 2 b) eine zusätzliche beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Berufsunfähigkeitsrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

dd) Verwendung der Überschussanteile Ihres Bausteins Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten
Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und keine Pflegezusatzrenten gezahlt werden und Ihre Versicherung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit
- beitragspflichtig war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Anwartschaft auf eine Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.
- beitragsfrei war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), die in Prozent der vereinbarten Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauer stimmt mit derjenigen der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und laufende Pflegezusatzrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für Ihre Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Pflegezusatzrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

(2) Wenn Sie eine Überschussrente vereinbart haben, gilt folgendes:

a) Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile
Die Höhe der Ihrem Vertrag zuzuteilenden Überschussanteile ermitteln wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei legen wir die jeweils festgelegten **→Überschussanteilsätze** (siehe Ziffer 2.2.2) und die jeweilige **→Bezugsgröße** zugrunde.

Die festgelegten **→Überschussanteilsätze** legen wir jährlich jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres für die Dauer eines Versicherungsjahres zugrunde.

aa) Bezugsgröße bei beitragspflichtigen Versicherungen
→Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen sind
- die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente und
- die vereinbarte Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

bb) Bezugsgrößen bei beitragsfreien Versicherungen
→Bezugsgrößen bei nach Ziffer 9.1 beitragsfreien Versicherungen sind
- die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente und
- die vereinbarte Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

cc) Bezugsgrößen bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Pflegezusatzrenten
Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten bzw. laufende Pflegezusatzrenten, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, gezahlt werden, sind die **→Bezugsgrößen**
- das **→Deckungskapital** der Berufsunfähigkeitsrente und
- das Deckungskapital der Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres.

b) Verwendung der jährlichen Überschussanteile

aa) Verwendung bei beitragspflichtigen Versicherungen
Wir finanzieren mit den für Ihre Versicherung festgelegten jährlichen Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf
- eine zusätzliche Berufsunfähigkeitsrente (Überschussrente) und
- eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

die in Prozent der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bzw. Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauern stimmen mit denjenigen der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bzw. der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn die jährlichen Überschussanteile, die zur Finanzierung einer beitragsfreien Anwartschaft auf eine zusätzliche Berufsunfähigkeitsrente bzw. Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, bestimmt sind, aufgrund der jährlichen Festlegung durch unseren Vorstand in einem Versicherungsjahr unter denen des Vorjahres liegen, können Sie die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente und Pflegezusatzrente zu Beginn dieses Versicherungsjahres für die restliche Versicherungsdauer Ihrer Versicherung ohne erneute Risikoprüfung um genau den Unterschiedsbetrag beitragspflichtig erhöhen. In einem solchen Fall werden wir Sie rechtzeitig informieren. Sie haben dann 6 Wochen Zeit, sich für die Erhöhung zu entscheiden. Voraussetzung für das Erhöhungsrecht ist, dass die **→versicherte Person** zu Beginn des betreffenden Versicherungsjahres nicht berufsunfähig ist.

In einem solchen Fall erhöht sich der Beitrag nicht im selben Verhältnis wie die Versicherungsleistung. Die Erhöhung errechnet sich nach den am Erhöhungstermin aktuellen Vertragsdaten, insbesondere dem **→rechnungsmäßigen Alter** der **→versicherten Person**, der restlichen Versicherungsdauer, der Beitragszahlungsdauer, einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag sowie den Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

bb) Verwendung bei beitragsfreien Versicherungen
Wenn
- Ihre Versicherung nach Ziffer 9.1 beitragsfrei ist und
- die **→versicherte Person** nicht berufsunfähig ist,

finanzieren wir mit den für Ihre Versicherung festgelegten jährlichen Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf
- eine zusätzliche Berufsunfähigkeitsrente (Überschussrente) und
- eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

die in Prozent der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bzw. Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauern stimmen mit denjenigen der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bzw. der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

cc) Verwendung bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten
Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für die Berufsunfähigkeitsrente zugeteilten Überschussanteilen abzüglich Verwaltungskosten (**→Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absatz 2 b) eine zusätzliche beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Berufsunfähigkeitsrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

dd) Verwendung der Überschussanteile Ihres Bausteins Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten
Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und keine Pflegezusatzrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), die in Prozent der vereinbarten Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauer stimmt mit derjenigen der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und laufende Pflegezusatzrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für Ihre Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Pflegezusatzrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

(3) Wenn Sie einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, gilt folgendes:

a) Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile

Die Höhe der Ihrem Vertrag zuzuteilenden Überschussanteile ermitteln wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei legen wir die jeweils festgelegten **→Überschussanteilsätze** (siehe Ziffer 2.2.2) und die jeweilige **→Bezugsgröße** zugrunde.

Die festgelegten **→Überschussanteilsätze** legen wir jährlich jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres für die Dauer eines Versicherungsjahres zugrunde.

aa) Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen

→Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen sind

- der vereinbarte Beitrag für Ihre vereinbarten Leistungen bei Berufsunfähigkeit und
- der vereinbarte Beitrag für Ihre vereinbarten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

bb) Bezugsgrößen bei beitragsfreien Versicherungen

→Bezugsgrößen bei nach Ziffer 9.1 beitragsfreien Versicherungen sind

- die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente und
- die vereinbarte Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

cc) Bezugsgrößen bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Pflegezusatzrenten

Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten bzw. laufende Pflegezusatzrenten, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, gezahlt werden, sind die **→Bezugsgrößen**

- das **→Deckungskapital** der Berufsunfähigkeitsrente und
- das Deckungskapital der Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres.

dd) Bezugsgröße der Zinsüberschussanteile des Ansammlungsbonus

Zusätzlich zu den jährlichen Überschussanteilen Ihrer Versicherung erhalten Sie auf Ihren Ansammlungsbonus Zinsüberschussanteile.

Wir berechnen den Zinsüberschussanteil täglich mit den für diese Überschussanteile festgelegten jährlichen **→Überschussanteilsätzen** bezogen auf einen Tag und teilen die Überschussanteile täglich zu.

→Bezugsgröße für den Zinsüberschussanteil ist das **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus zuzüglich der bereits zugeteilten jährlichen Überschussanteile abzüglich Verwaltungskosten (**→Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absatz 2 c).

b) Verwendung der laufenden Überschussanteile

aa) Verwendung bei beitragspflichtigen Versicherungen

Mit jedem fälligen Beitrag erhält Ihre Versicherung einen Überschussanteil, der in Prozent

- des Beitrags für Ihre vereinbarten Leistungen bei Berufsunfähigkeit und
- des Beitrags für Ihre vereinbarten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

festgesetzt wird.

Wir finanzieren mit den jährlichen Überschussanteilen eines Versicherungsjahres zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres eine Erhöhung des **→Deckungskapitals** des Ansammlungsbonus.

bb) Verwendung bei beitragsfreien Versicherungen

Wenn

- Ihre Versicherung nach Ziffer 9.1 beitragsfrei ist und
- die **→versicherte Person** nicht berufsunfähig ist,

finanzieren wir mit den für Ihre Versicherung festgelegten jährlichen Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf

- eine zusätzliche Berufsunfähigkeitsrente (Überschussrente) und
- eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

die in Prozent der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bzw. Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauern stimmen mit denjenigen der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bzw. der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

cc) Verwendung bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten

Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für die Berufsunfähigkeitsrente zugeteilten Überschussanteilen abzüglich Verwaltungskosten (**→Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absatz 2 b) eine zusätzliche beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Berufsunfähigkeitsrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

dd) Verwendung der Überschussanteile Ihres Bausteins Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und keine Pflegezusatzrenten gezahlt werden und Ihre Versicherung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit

- beitragspflichtig war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Anwartschaft auf eine Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.
- beitragsfrei war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), die in Prozent der vereinbarten Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauer stimmt mit derjenigen der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und laufende Pflegezusatzrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für Ihre Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Pflegezusatzrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

ee) Verwendung der Zinsüberschussanteile des Ansammlungsbonus

Wir verwenden die täglichen Zinsüberschussanteile aus dem Ansammlungsbonus nach Abzug von Verwaltungskosten (**→Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absatz 2 c) für eine Erhöhung des **→Deckungskapitals** des Ansammlungsbonus.

ff) Auszahlung des Ansammlungsbonus bei Ablauf der Versicherungsdauer oder bei Tod der versicherten Person

Wenn die Versicherungsdauer abläuft, zahlen wir das **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus aus.

Wenn die **→versicherte Person** vor Ablauf der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir das **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus aus.

(4) Wenn Sie eine Fondsanlage vereinbart haben, gilt folgendes:

a) Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile

Die Höhe der Ihrem Vertrag zuzuteilenden Überschussanteile ermitteln wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei legen wir die jeweils festgelegten **→Überschussanteilsätze** (siehe Ziffer 2.2.2) und die jeweilige **→Bezugsgröße** zugrunde.

Die festgelegten **→Überschussanteilsätze** legen wir jährlich jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres für die Dauer eines Versicherungsjahres zugrunde.

aa) Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen
→Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen sind
- der vereinbarte Beitrag für Ihre vereinbarten Leistungen bei Berufsunfähigkeit und
- der vereinbarte Beitrag für Ihre vereinbarten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

bb) Bezugsgrößen bei beitragsfreien Versicherungen
→Bezugsgrößen bei nach Ziffer 9.1 beitragsfreien Versicherungen sind
- die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente und
- die vereinbarte Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

cc) Bezugsgrößen bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Pflegezusatzrenten
Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten bzw. laufende Pflegezusatzrenten, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, gezahlt werden, sind die **→Bezugsgrößen**
- das **→Deckungskapital** der Berufsunfähigkeitsrente und
- das Deckungskapital der Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres.

dd) Bezugsgröße der fondsabhängigen Überschussanteile
Zusätzlich zu den jährlichen Überschussanteilen beteiligen wir die Versicherung zu Beginn eines jeden Monats an den fondsabhängigen Überschussanteilen.

Die einzelnen fondsabhängigen Überschussanteile der Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Fonds außerhalb einer **→Anlagestrategie** (siehe Ziffer 3.1 Absatz 2) berechnen wir zu jedem Monatsbeginn mit den jeweils gültigen fondsabhängigen jährlichen **→Überschussanteilsätzen** für einen Monat. Die so erhaltenen Werte werden monatlich dem jeweiligen Fonds zugeteilt.

Der fondsabhängige Überschussanteil einer **→Anlagestrategie** (siehe Ziffer 3.1 Absatz 2) ist die Summe der einzelnen fondsabhängigen Überschussanteile der Fonds, die Ihrer Versicherung innerhalb einer Anlagestrategie zugrunde liegen. Die einzelnen fondsabhängigen Überschussanteile der Fonds berechnen wir zu jedem Monatsbeginn mit den jeweils gültigen jährlichen fondsabhängigen **→Überschussanteilsätzen** für einen Monat. Die so erhaltenen Werte werden addiert und monatlich der **→Anlagestrategie** zugeteilt.

Die **→Bezugsgröße** eines einzelnen fondsabhängigen Überschussanteils wird dadurch ermittelt, dass die Anzahl der Anteileinheiten des jeweiligen Fonds mit den zum 1. eines Monats ermittelten **→Anteilswerten** multipliziert wird. Ist der 1. eines Monats kein **→Bankarbeitstag**, so ist der Bewertungsstichtag der letzte Bankarbeitstag des Vormonats.

b) Verwendung der laufenden Überschussanteile

aa) Verwendung bei beitragspflichtigen Versicherungen
Mit jedem fälligen Beitrag erhält Ihre Versicherung einen Überschussanteil, der in Prozent
- des Beitrags für Ihre vereinbarten Leistungen bei Berufsunfähigkeit und
- des Beitrags für Ihre vereinbarten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

festgesetzt wird.

Mit den Überschussanteilen erwerben wir Anteileinheiten entsprechend der von Ihnen gewählten Aufteilung bzw. nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen **→Struktur** der von Ihnen gewählten **→Anlagestrategien** und überführen sie in unseren Anlagestock (siehe Ziffer 3.2 Absatz 1).

bb) Verwendung bei beitragsfreien Versicherungen
Wenn
- Ihre Versicherung nach Ziffer 9.1 beitragsfrei ist und
- die **→versicherte Person** nicht berufsunfähig ist,

finanzieren wir mit den für Ihre Versicherung festgelegten jährlichen Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf
- eine zusätzliche Berufsunfähigkeitsrente (Überschussrente) und
- eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

die in Prozent der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bzw. Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauern stimmen mit denjenigen der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bzw. der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

cc) Verwendung bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten
Wenn laufende Berufsunfähigkeitsrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für die Berufsunfähigkeitsrente zugeteilten Überschussanteilen abzüglich Verwaltungskosten (**→Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absatz 2 b) eine zusätzliche beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Berufsunfähigkeitsrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

dd) Verwendung der Überschussanteile Ihres Bausteins Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten
Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und keine Pflegezusatzrenten gezahlt werden und Ihre Versicherung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit
- beitragspflichtig war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Anwartschaft auf eine Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.
- beitragsfrei war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), die in Prozent der vereinbarten Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauer stimmt mit derjenigen der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und laufende Pflegezusatzrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für Ihre Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Pflegezusatzrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

ee) Verwendung der fondsabhängigen Überschussanteile
Wir erwerben mit den einzelnen fondsabhängigen Überschussanteilen der Fonds außerhalb einer **→Anlagestrategie** Anteileinheiten am jeweiligen Fonds und überführen sie in unseren Anlagestock (siehe Ziffer 3.2 Absatz 1). Mit den fondsabhängigen Überschussanteilen der **→Anlagestrategien** erwerben wir Anteileinheiten nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen **→Struktur** der jeweiligen Anlagestrategie und überführen sie in unseren Anlagestock (siehe Ziffer 3.2 Absatz 1).

ff) Auszahlung des Fondswerts bei Ablauf der Versicherungsdauer oder bei Tod der versicherten Person
Wenn die Versicherungsdauer abläuft, zahlen wir den **→Fondswert** aus. Stichtag für die Ermittlung des **→Fondswerts** zum Ablauf der Versicherung ist der achtletzte **→Bankarbeitstag** vor Ablauf der Versicherungsdauer.

Wenn die **→versicherte Person** vor Ablauf der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir den **→Fondswert** aus. Für die Ermittlung des **→Fondswerts** werden die Anteileinheiten zum Todestag mit dem Wert zum Eingang der Todesfallmeldung bei uns herangezogen. Wenn zwischen Todestag und Eingang der Todesfallmeldung bei uns Ausschüttungen erfolgt sind, berücksichtigen wir diese ebenfalls.

2.2.4 Schlussüberschussbeteiligung des Ansammlungsbonus

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben.

Zusätzlich zu den jährlichen Überschussanteilen kann bei Vertragsende ein Schlussüberschussanteil zugeteilt werden, das heißt bei
- Kündigung,
- Ablauf der Versicherungsdauer oder
- Tod der **→versicherten Person** vor Ablauf der Versicherungsdauer.

Der Schlussüberschussanteil besteht aus einem normalen Schlussüberschussanteil und darüber hinaus bei beitragspflichtigen Versicherungen aus einem zusätzlichen Schlussüberschussanteil. Die Höhe des normalen und des zusätzlichen Schlussüberschussanteils ergibt sich aus der Überschussdeklaration (siehe Ziffer 2.2.2) und kann auch null sein.

(1) Ermittlung des normalen Schlussüberschussanteils
Bei Vertragsende (siehe Ziffer 2.2.4 Satz 2) ermitteln wir die Höhe des normalen Schlussüberschussanteils nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei legen wir die **→Bezugsgrößen** und die dann für sämtliche Versicherungsjahre jeweils festgelegten Schlussüberschussanteilsätze zugrunde. **→Bezugsgröße** für den normalen Schlussüberschussanteil ist jeweils das durchschnittliche **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus in den einzelnen abgelaufenen Kalenderjahren.

Die Höhe sämtlicher Schlussüberschussanteilsätze legt unser Vorstand jeweils für ein Kalenderjahr fest. Die Festlegung der Höhe der Schlussüberschussanteilsätze sowie weitere Informationen können Sie dem Anhang unseres Geschäftsberichts unter der Überschrift "Schlussüberschussanteil" entnehmen.

Bei Kapitalzahlungen vor Ablauf der Versicherungsdauer (zum Beispiel bei Kündigung) kann der Schlussüberschussanteil in Abhängigkeit von der Zinssituation am Kapitalmarkt geringer ausfallen. Weitere Informationen können Sie dem Anhang unseres Geschäftsberichts unter der Unterüberschrift "Schlussüberschussanteil bei Kündigung" entnehmen.

(2) Ermittlung des zusätzlichen Schlussüberschussanteils
Bei Vertragsende (siehe Ziffer 2.2.4 Satz 2) ermitteln wir die Höhe des zusätzlichen Schlussüberschussanteils nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Die Ermittlung entspricht dabei der eines jährlichen Überschussanteils nach Ziffer 2.2.3 Absatz 3 a) Sätze 2 und 3 für den Zeitraum des Beginns des letzten Versicherungsjahres bis zum Leistungszeitpunkt.

(3) Verwendung des Schlussüberschussanteils
Wenn ein Schlussüberschussanteil bei Vertragsende (siehe Ziffer 2.2.4 Satz 2) hinzukommt, zahlen wir ihn aus.

2.3 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Bewertungsreserven?

2.3.1 Beteiligung vor Rentenbeginn

(1) Beteiligung bei Verrechnung, Überschussrente oder Fondsanlage
Die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Wenn Sie Verrechnung oder eine Überschussrente oder eine Fondsanlage vereinbart haben, entfallen auf Ihre Versicherung allerdings vor Rentenbeginn keine oder nur geringe **→Bewertungsreserven**, da für die Bildung von Kapitalanlagen, aus denen Bewertungsreserven entstehen können, keine oder nur geringe Beträge zur Verfügung stehen.

(2) Beteiligung bei Ansammlungsbonus
Wenn Sie einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, beteiligen wir Ihre Versicherung auch vor Rentenbeginn an den **→Bewertungsreserven**.

Wir ordnen die **→Bewertungsreserven**, die nach den aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der **→Versicherungsnehmer** zu berücksichtigen sind, den einzelnen Verträgen nach dem in Absatz 2 b) beschriebenen verursachungsorientierten Verfahren rechnerisch zu. Die Höhe der **→Bewertungsreserven** ermitteln wir dazu
- jährlich neu,
- zusätzlich auch zu den Stichtagen, die wir im Anhang unseres Geschäftsberichts unter der Überschrift "Maßgebende Stichtage für die Beteiligung an Bewertungsreserven" veröffentlichen.

Aus der rechnerischen Zuordnung ergeben sich noch keine vertraglichen Ansprüche auf eine Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** in einer bestimmten Höhe. Ihre konkrete Beteiligung auf Grundlage der rechnerischen Zuordnung ergibt sich aus den Absätzen 2 c) bis e).

a) Zeitpunkt der Beteiligung
Wir beteiligen Ihre Versicherung bei Vertragsende an den **→Bewertungsreserven**, das heißt bei
- Kündigung,
- Ablauf der Versicherungsdauer oder
- Tod der **→versicherten Person** vor Ablauf der Versicherungsdauer.

b) Verursachungsorientiertes Beteiligungsverfahren
Die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Im Rahmen dieses Verfahrens bestimmen wir die dem einzelnen Vertrag rechnerisch zuzuordnenden **→Bewertungsreserven** als Anteil an den Bewertungsreserven aller anspruchsberechtigten Verträge. Dieser Anteil ist abhängig von der Summe der sich für Ihren Vertrag in den abgelaufenen Versicherungsjahren ergebenden durchschnittlichen **→Deckungskapitalien** im Verhältnis zur Summe der sich für alle abgelaufenen Versicherungsjahre ergebenden durchschnittlichen Deckungskapitalien aller Verträge, soweit sie anspruchsberechtigt sind.

Die Stichtage für die Ermittlung der **→Bewertungsreserven** legen wir jeweils im Voraus für ein Kalenderjahr fest. Wir veröffentlichen diese Festlegungen im Anhang unseres Geschäftsberichts unter der Unterüberschrift "Maßgebende Stichtage für die Beteiligung an Bewertungsreserven".

c) Zuteilung der Bewertungsreserven
Wir ermitteln bei Vertragsende (siehe Absatz 2 a)) für diesen Zeitpunkt den Ihrem Vertrag rechnerisch zuzuordnenden Anteil an den **→Bewertungsreserven** nach dem in Absatz 2 b) beschriebenen Verfahren. Nach § 153 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) teilen wir Ihrer Versicherung dann die Hälfte des ermittelten Betrags zu. Damit haben Sie einen Anspruch auf den Ihrem Vertrag zugeteilten Betrag. Die Mittel für die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** werden grundsätzlich der **→Rückstellung für Beitragsrückerstattung** entnommen (siehe Ziffer 2.1 Absatz 3).

d) Verwendung der zugeteilten Bewertungsreserven
Bei Vertragsende (siehe Absatz 2 a)) zahlen wir die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** aus.

e) Sockelbetrag für die Beteiligung an den Bewertungsreserven
Die Höhe der **→Bewertungsreserven**, an denen Ihr Ansammlungsbonus beteiligt wird, ist vom Kapitalmarkt abhängig und unterliegt Schwankungen. Zum Ausgleich dieser Schwankungen können wir in Abhängigkeit von unserer Ertragslage **→Überschussanteilsätze** für den sogenannten Sockelbetrag für die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** festsetzen. Bei Vertragsende (siehe Absatz 2 a)) kann ein Sockelbetrag zum Tragen kommen.

aa) Ermittlung des Sockelbetrags
Wenn bei Vertragsende (siehe Absatz 2 a)) ein Sockelbetrag zum Tragen kommt, ermitteln wir dessen Höhe nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei legen wir die **→Bezugsgrößen** und die dann für sämtliche Versicherungsjahre jeweils festgelegten **→Überschussanteilsätze** für den Sockelbetrag zugrunde.

→Bezugsgröße für den Sockelbetrag ist das jeweilige **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus in den einzelnen abgelaufenen Kalenderjahren.

Die Höhe der **→Überschussanteilsätze** für den Sockelbetrag legt unser Vorstand jeweils für ein Kalenderjahr fest. Die Festlegung der Höhe der **→Überschussanteilsätze** für den Sockelbetrag sowie weitere Informationen können Sie dem Anhang unseres Geschäftsberichts unter der Überschrift "Sockelbetrag für die Beteiligung an Bewertungsreserven" entnehmen.

bb) Zuteilung und Verwendung des Sockelbetrags
Wenn wir Ihrem Vertrag die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** zuteilen und ein für diesen Zeitpunkt festgelegter Sockelbetrag höher ist als der Wert der Beteiligung, der sich nach Absatz 2 c) ergibt, teilen wir Ihrem Vertrag den Sockelbetrag zu. Er wird so verwendet, wie unter Absatz 2 d) beschrieben. Wenn der Sockelbetrag niedriger ist oder es keinen Sockelbetrag gibt, bleibt es bei der Zuteilung des gesetzlich vorgesehenen Werts (siehe Absatz 2 c)).

2.3.2 Beteiligung laufender Renten
Laufende Renten werden an den **→Bewertungsreserven** über eine angemessen erhöhte Beteiligung an den Überschüssen beteiligt. Bei der Festlegung der **→Überschussanteilsätze** im Rahmen der Ermittlung der Überschussanteile wird insbesondere die aktuelle Bewertungsreservensituation berücksichtigt.

2.3.3 Vorrang aufsichtsrechtlicher Regelungen
Bei der Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** sind wir an die aufsichtsrechtlichen Vorschriften zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen gebunden. **Die Beteiligung an den →Bewertungsreserven kann dadurch - im ungünstigsten Fall - der Höhe nach null sein.**

3. Unmittelbare Beteiligung an der Wertentwicklung von Fonds

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile eine Fondsanlage vereinbart haben (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 4 b)).

Inhalt dieses Abschnitts:
3.1 Wie werden Sie in Bezug auf die Überschussanteile an der Wertentwicklung der Fonds beteiligt?
3.2 Wie erfolgt die Kapitalanlage?
3.3 Wie verwenden wir ausgeschüttete Erträge der Fonds?
3.4 Wie können Sie die Aufteilung der Überschussanteile auf Fonds und Anlagestrategien ändern oder Anteileinheiten umschichten lassen?
3.5 Wie können Sie den Fondswert Ihrer Versicherung erfahren?
3.6 Wann können wir einen von Ihnen gewählten Fonds ersetzen?
3.7 Wann können wir eine von Ihnen gewählte Anlagestrategie ersetzen?

3.1 Wie werden Sie in Bezug auf die Überschussanteile an der Wertentwicklung der Fonds beteiligt?

(1) Beteiligung an der Wertentwicklung
Bei Ihrer Versicherung werden Sie in Bezug auf die Überschussanteile an der Wertentwicklung der Anteileinheiten
- der von Ihnen gewählten Fonds und
- der Fonds, die den von Ihnen gewählten **→Anlagestrategien** zugrunde liegen,

beteiligt. Die Überschussanteile werden zum Erwerb von Anteileinheiten verwendet (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 4 b), Unterabsätze aa) und ee)).

(2) Anlagestrategie
a) Bei einer von uns angebotenen **→Anlagestrategie** handelt es sich um eine Zusammenstellung von Fonds nach festgelegten Anlagegrundsätzen. Weder bei Vertragsschluss noch während der Vertragsdauer müssen von uns **→Anlagestrategien** neben Fonds zur Verfügung gestellt werden.

Wenn wir **→Anlagestrategien** anbieten, bezeichnen wir die Zusammenstellung der Fonds sowie die prozentuale Aufteilung des Anlagebetrags auf die Fonds zu einem bestimmten Zeitpunkt als **→Struktur**.

Für jede **→Anlagestrategie** wird festgelegt, ob eine von uns beauftragte Kapitalverwaltungsgesellschaft oder wir die **→Struktur** zusammenstellen und überprüfen sowie Anweisungen zur Umschichtung erteilen. Änderungen der **→Struktur** und Umschichtungen erfolgen ohne Ihre Zustimmung.

Die **→Struktur** der **→Anlagestrategie** wird in regelmäßigen Abständen überprüft und gegebenenfalls angepasst.

Bei einer Änderung der **→Struktur** der **→Anlagestrategie** wird uns der Tag genannt, ab dem die Änderung der Struktur gilt. Die Änderung an der **→Struktur** wird entsprechend für die Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Anteileinheiten zu ihrem **→Anteilswert** durchgeführt. Bei der Durchführung der Änderung legen wir den **→Anteilswert** des genannten Tags zugrunde, spätestens den Anteilswert des 2. **→Bankarbeitstags**, der auf diesen Tag folgt.

Durch eine unterschiedliche Wertentwicklung der einzelnen Fonds im Zeitverlauf kann sich die prozentuale Aufteilung der Fonds, die einer **→Anlagestrategie** zugrunde liegen, gegenüber der **→Struktur** der Anlagestrategie verändern. Ist eine solche Abweichung gegeben, kann uns eine Anweisung erteilt werden, die aktuelle prozentuale Aufteilung wieder an die prozentuale Aufteilung gemäß **→Struktur** anzupassen. In diesem Fall erfolgt eine Umschichtung ohne Änderungen an der **→Struktur**. Bei der Durchführung der Änderung legen wir den **→Anteilswert** des uns genannten Tags zugrunde, spätestens den Anteilswert des 2. **→Bankarbeitstags**, der auf diesen Tag folgt.

Für das Management der **→Anlagestrategie** können Kosten entstehen. Diese werden monatlich durch den Verkauf von Anteileinheiten der jeweiligen **→Anlagestrategie** direkt entnommen.

b) Wenn Sie eine oder mehrere **→Anlagestrategien** gewählt haben, können Sie Informationen über die aktuell gültige **→Struktur** der von Ihnen gewählten Anlagestrategien jederzeit kostenlos bei uns anfordern.

3.2 Wie erfolgt die Kapitalanlage?

(1) Anlage im gesonderten Sicherungsvermögen (Anlagestock)
Wir führen die auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten getrennt von unseren sonstigen Kapitalanlagen in einer gesonderten Abteilung unseres Sicherungsvermögens, dem sogenannten Anlagestock.

(2) Wert der Anteileinheit (Anteilswert)
Der Wert einer Anteileinheit (**→Anteilswert**) richtet sich nach der Wertentwicklung der im jeweiligen Sondervermögen der Kapitalverwaltungsgesellschaft gehaltenen Vermögensgegenstände. Der **→Anteilswert** entspricht dem Rücknahmepreis eines Anteils des Fonds.

Den Rücknahmepreis eines Fondsanteils ermittelt die jeweilige Kapitalverwaltungsgesellschaft an den für sie geltenden Arbeitstagen. Diese müssen nicht mit den **→Bankarbeitstagen** in Deutschland übereinstimmen. Wenn uns kein aktueller Rücknahmepreis vorliegt, verwenden wir den letzten uns bekannten Rücknahmepreis.

Wenn eine Kapitalverwaltungsgesellschaft die Rücknahme der Anteileinheiten ausgesetzt oder endgültig eingestellt hat oder keine Ausgabe von Anteileinheiten mehr erfolgt und wir aus diesen Gründen die Anteileinheiten nicht an die Kapitalverwaltungsgesellschaft

zurückgeben können, setzen wir - soweit vorhanden - den für diese Anteileinheiten ermittelten Börsenpreis an.

Bei börsengehandelten Exchange Traded Funds (ETFs) entspricht der →**Anteilswert** bei Kauf oder Verkauf (zum Beispiel beim Erwerb von Anteileinheiten mit Ihren Überschussanteilen oder Umschichtungen) den jeweiligen von uns erzielten Kauf- oder Verkaufspreisen. Dabei berücksichtigen wir gegebenenfalls uns in Rechnung gestellte Handelsgebühren Dritter.

3.3 Wie verwenden wir ausgeschüttete Erträge der Fonds?

Abhängig von den Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Fonds werden die Erträge aus den im Anlagestock enthaltenen Anteileinheiten wie folgt verwendet:
- sie fließen unmittelbar in den Fonds (Thesaurierung) oder
- es werden mit den Erträgen im Rahmen der Ausschüttung neue Anteileinheiten erworben.

(1) Thesaurierung
Bei einer Thesaurierung fließen die Erträge des Fonds unmittelbar dem Fonds zu. Damit erhöht sich der →**Anteilswert**.

(2) Erwerb neuer Anteileinheiten
Wenn die von uns beauftragte Kapitalverwaltungsgesellschaft die Erträge ausschüttet, werden diese Erträge zum →**Anteilswert** des →**Bankarbeitstages**, an dem die Ausschüttung erfolgt, in Anteileinheiten des jeweiligen Anlagestocks umgerechnet. Die Anteileinheiten werden anschließend dem Vertrag zugeordnet.

3.4 Wie können Sie die Aufteilung der Überschussanteile auf Fonds und Anlagestrategien ändern oder Anteileinheiten umschichten lassen?

(1) Aufteilung künftiger Überschussanteile
Sie können jederzeit die Aufteilung Ihrer künftigen Überschussanteile auf Fonds und →**Anlagestrategien** ändern. Für die Aufteilung sind nur ganzzahlige Prozentsätze zulässig. Für die Aufteilung der künftigen Überschussanteile können Sie zusammen höchstens 10 Fonds und →**Anlagestrategien**, davon bis zu 3 Anlagestrategien wählen (zum Beispiel: 8 Fonds und 2 Anlagestrategien).

(2) Auswählbare Fonds und Anlagestrategien
Für die Aufteilung der künftigen Anlagebeträge nach Absatz 1 und die Umschichtungen von Anteileinheiten nach Absatz 3 können Sie aus den Fonds und den →**Anlagestrategien** wählen, die zum Zeitpunkt der Ausübung dieser Rechte für Ihre Versicherung zur Verfügung stehen und bei denen die Rückgabe der Anteileinheiten zu diesem Zeitpunkt unbefristet und uneingeschränkt möglich ist. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds und →**Anlagestrategien** können Sie jederzeit kostenlos bei uns anfordern.

(3) Umschichtung von Anteileinheiten

a) Umschichtung von Anteileinheiten an Fonds
Sie können jederzeit verlangen, dass die auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten an Fonds, die nicht einer →**Anlagestrategie** zugrunde liegen, ganz oder teilweise
- in einen oder mehrere Fonds
- bzw. in eine oder mehrere Anlagestrategien

umgeschichtet werden. Bei den Umschichtungen werden die umzuschichtenden Anteileinheiten zu ihrem →**Anteilswert** in Anteileinheiten
- der neu gewählten Fonds
- bzw. der Fonds, die der neu gewählten →**Anlagestrategie** nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen →**Struktur** zugrunde liegen,

angelegt.

b) Umschichtung von Anteileinheiten an Fonds aus Anlagestrategien
Sie können jederzeit verlangen, dass die auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten an Fonds aus einer von Ihnen gewählten →**Anlagestrategie** in ihrer Gesamtheit ganz oder teilweise
- in einen oder mehrere Fonds
- bzw. in eine oder mehrere von Ihnen neu gewählten Anlagestrategien

umgeschichtet werden. Bei einer teilweisen Umschichtung werden die Anteileinheiten der einzelnen Fonds im selben Verhältnis umgeschichtet, in dem sich der →**Fondswert** der →**Anlagestrategie** auf die einzelnen Fonds aufteilt. Die umzuschichtenden Anteileinheiten werden zu ihrem →**Anteilswert** in Anteileinheiten
- der neu gewählten Fonds
- bzw. der Fonds, die der neu gewählten →**Anlagestrategie** nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen →**Struktur** zugrunde liegen,

angelegt.

Innerhalb einer →**Anlagestrategie** sind keine Umschichtungen möglich. Auch können Sie nicht Anteileinheiten an einzelnen Fonds, die einer von Ihnen gewählten →**Anlagestrategie** zugrunde liegen, umschichten.

c) Voraussetzungen der Umschichtung
Es sind nur ganzzahlige Prozentsätze zulässig.

Bei einer Umschichtung können Sie nicht verlangen, dass wir auf Ihre Versicherung entfallende Anteileinheiten verkaufen und zum gleichen Umschichtungstermin wieder Anteileinheiten desselben Fonds bzw. dieselbe →**Anlagestrategie** kaufen.

Für das Umschichten der Anteileinheiten können Sie zusammen höchstens 10 Fonds und →**Anlagestrategien** wählen.

(4) Zeitpunkt der Ausführung
Wir führen die Änderung nach Absatz 1 oder 3 unverzüglich, spätestens am zweiten →**Bankarbeitstag**, der auf den Eingangstag Ihrer Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) bei uns folgt, durch.

Wenn Sie die Neuaufteilung oder Umschichtung zu einem bestimmten Termin wünschen, muss Ihre Mitteilung spätestens 2 →**Bankarbeitstage** vor dem gewünschten Termin bei uns eingehen.

(5) Aktives Ablaufmanagement
3 Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung erhalten Sie von uns ein Angebot für ein aktives Ablaufmanagement.

Wir schichten dabei die Anlagen, aktuell monatlich, zu ihrem →**Anteilswert** von risikoreicheren in risikoärmere Fonds um. Derzeit handelt es sich bei den risikoärmeren Fonds während der ersten 18 Monate um einen Rentenfonds, während der zweiten 18 Monate um einen Geldmarktfonds. Details zu den Fonds finden Sie in unserem Angebot zum Ablaufmanagement.

Das Umschichtungsvolumen beträgt aktuell im ersten Monat ein Sechsunddreißigstel des dann aktuellen Werts der risikoreicheren Fonds, im zweiten Monat ein Fünfunddreißigstel, im dritten Monat ein Vierunddreißigstel usw., bis im letzten Monat des Ablaufmanagements eine vollständige Umschichtung erfolgt. Indem wir umschichten, reduzieren wir in den letzten Jahren vor Rentenbeginn die Risiken einer Wertminderung, die aufgrund von möglichen Kursrückgängen bestehen.

Wir ändern für Sie auch die Aufteilung der Anlagebeträge. Ab Beginn des Ablaufmanagements fließen die Überschussanteile ebenfalls in die vorgesehenen risikoärmeren Fonds.

Zusätzliche →**Kosten** entstehen Ihnen hierbei nicht.

Sie können das Ablaufmanagement jederzeit in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) aussetzen oder wieder aufnehmen.

3.5 Wie können Sie den Fondswert Ihrer Versicherung erfahren?

Sie erhalten jährlich ab dem 2. Versicherungsjahr eine Mitteilung, der Sie die **→Anteilswerte** sowie die Anzahl der Anteileinheiten, die auf Ihre Versicherung entfallen, und den **→Fondswert** entnehmen können. Sie können diese Auskunft auch jederzeit auf Wunsch erhalten.

3.6 Wann können wir einen von Ihnen gewählten Fonds ersetzen?

(1) Änderung der Fondspalette
Das bei Abschluss Ihrer Versicherung vorgesehene Angebot an Fonds kann während der gesamten Vertragsdauer Änderungen unterliegen. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds können Sie jederzeit kostenlos bei uns anfordern.

(2) Austausch eines Fonds
Wenn in Bezug auf einen Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Fonds erhebliche Änderungen eintreten, die wir nicht beeinflussen können, sind wir berechtigt, den Fonds durch einen anderen zu ersetzen.

a) Beispielhafte erhebliche Änderungen
Als erhebliche Änderungen gelten insbesondere:
- die Auflösung oder Schließung des Fonds durch die von uns beauftragte Kapitalverwaltungsgesellschaft;
- die Zusammenlegung des von Ihnen gewählten Fonds mit anderen Fonds durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft;
- der Verlust der Zulassung für den Vertrieb von Investmentanteilen der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft;
- die Einstellung des Vertriebs von Investmentanteilen der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft;
- von den Kapitalverwaltungsgesellschaften festgelegte Rückgabe- und Rücknahmebeschränkungen von Investmentanteilen bzw. Anteileinheiten, wie die Aussetzung der Rücknahme und die Einführung von Rückgabefristen und Rücknahmebeschränkungen;
- die erhebliche Verletzung von vertraglichen Pflichten der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft.

b) Weitere erhebliche Änderungen
Als erhebliche Änderung gilt auch, wenn der Fonds Auswahlkriterien nicht mehr erfüllt, von denen wir die Aufnahme eines Fonds in das Fondsangebot üblicherweise abhängig machen. In diesem Fall können wir den Fonds in Abstimmung mit dem **→Verantwortlichen Aktuar** ersetzen. Darunter fällt insbesondere:
- die erhebliche Unterschreitung der Fondsperformance des von Ihnen gewählten Fonds im Vergleich zum Marktdurchschnitt oder eine Verschlechterung bzw. ein Wegfall von Ratings Ihres Fonds.
- die erhebliche Änderung der Anlagestrategie oder der Anlagepolitik der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft.
- der Austausch des Fondsmanagers des von Ihnen gewählten Fonds.
- der von Ihnen gewählte Fonds wird von der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft nicht mehr zu den bei Aufnahme des Fonds in das Fondsangebot vereinbarten Rahmenbedingungen angeboten.

(3) Auswirkungen
Wenn wir von dem in Absatz 2 genannten Recht Gebrauch machen, können wir solche Fonds oder **→Anlagestrategien** aus unserem Angebot Ihrer Versicherung zugrunde legen, die nach unserer Einschätzung den von Ihnen gewählten Fonds am ehesten entsprechen. Das gilt sowohl für die notwendige Umschichtung der Anteileinheiten der nicht mehr zur Verfügung stehenden Fonds als auch für den Neuerwerb entsprechender Anteileinheiten.

Sie können in diesem Fall ohne zusätzliche **→Kosten** die auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten ganz oder teilweise auch in einen oder mehrere andere Fonds umschichten lassen und die Aufteilung der künftigen Überschussanteile neu festlegen. Dieses Recht erstreckt sich auf die Fonds, die zum Zeitpunkt der Ausübung dieses Rechts für Ihre Versicherung zur Verfügung stehen und bei denen die Rückgabe der Anteileinheiten zu diesem Zeitpunkt unbefristet und uneingeschränkt möglich ist.

Über Änderungen und Möglichkeiten werden wir Sie schriftlich informieren. Teilen Sie uns innerhalb von 4 Wochen nach Erhalt der schriftlichen Mitteilung nichts Gegenteiliges mit, werden wir nach den Sätzen 1 und 2 verfahren.

Sofern die Ausgabe von Fondsanteilen kurzfristig beschränkt, ausgesetzt oder endgültig eingestellt worden ist, verfahren wir nach den Sätzen 1 und 2.

3.7 Wann können wir eine von Ihnen gewählte Anlagestrategie ersetzen?

(1) Änderung der Auswahl an Anlagestrategien
Wenn wir **→Anlagestrategien** anbieten, kann dieses Angebot während der gesamten Vertragsdauer Änderungen unterliegen. Die jeweils aktuelle Liste der **→Anlagestrategien** können Sie jederzeit kostenlos bei uns anfordern.

(2) Austausch der Anlagestrategie
Wenn in Bezug auf eine von Ihnen gewählte **→Anlagestrategie** erhebliche Änderungen eintreten, die wir nicht beeinflussen können, sind wir berechtigt, die von Ihnen gewählte Anlagestrategie auszutauschen und durch eine andere Anlagestrategie oder durch einen oder mehrere Fonds zu ersetzen.

a) Beispielhafte erhebliche Änderungen
Als erhebliche Änderungen gelten insbesondere:
- der Verlust der Zulassung für die Vermögensverwaltung der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft;
- die Einstellung der Vermögensverwaltung für **→Anlagestrategien** der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft;
- die erhebliche Verletzung von vertraglichen Pflichten der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft.

b) Weitere erhebliche Änderungen
Als erhebliche Änderung gilt auch, wenn die von Ihnen gewählte **→Anlagestrategie** bzw. einer oder mehrere der zugrunde gelegten Fonds Auswahlkriterien nicht mehr erfüllt, von denen wir die Aufnahme in das Angebot an Anlagestrategien bzw. Fonds üblicherweise abhängig machen. In diesem Fall können wir die **→Anlagestrategie** in Abstimmung mit dem **→Verantwortlichen Aktuar** ersetzen. Darunter fällt insbesondere:
- die erhebliche Unterschreitung der Performance im Vergleich zum Marktdurchschnitt oder eine Verschlechterung bzw. ein Wegfall von Ratings.
- die erhebliche Änderung der Anlagestrategie oder der Anlagepolitik der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft.
- der Austausch des Anlagestrategiemanagers der von Ihnen gewählten **→Anlagestrategie**.
- die von Ihnen gewählte **→Anlagestrategie** wird von der Kapitalverwaltungsgesellschaft nicht mehr zu den bei Aufnahme der Anlagestrategie in das Angebot vereinbarten Rahmenbedingungen angeboten.
- ein der **→Anlagestrategie** zugrunde liegender Fonds wird von der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft nicht mehr zu den bei Aufnahme in die Anlagestrategie vereinbarten Rahmenbedingungen angeboten.

(3) Auswirkungen
Wenn wir von dem in Absatz 2 genannten Recht Gebrauch machen, können wir solche **→Anlagestrategien** oder Fonds aus unserem Angebot Ihrer Versicherung zugrunde legen, die nach unserer Einschätzung der von Ihnen gewählten Anlagestrategie am ehesten entsprechen. Das gilt sowohl für die notwendige Umschichtung der Anteileinheiten der Fonds, die der nicht mehr zur Verfügung stehenden **→Anlagestrategie** zugrunde liegen, als auch für den Neuerwerb entsprechender Anteileinheiten.

Sie können in diesem Fall ohne zusätzliche **→Kosten** die auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten ganz oder teilweise auch in Fonds, die einer oder mehreren anderen **→Anlagestrategien** nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen **→Struktur** zugrunde liegen,

oder in einen oder mehrere andere Fonds umschichten lassen und die Aufteilung der künftigen Beiträge neu festlegen. Dieses Recht erstreckt sich auf die **→Anlagestrategien** und Fonds, die zum Zeitpunkt der Ausübung dieses Rechts für Ihre Versicherung zur Verfügung stehen und bei denen die Rückgabe der Anteileinheiten zu diesem Zeitpunkt unbefristet und uneingeschränkt möglich ist.

Über Änderungen und Möglichkeiten werden wir Sie schriftlich informieren. Wenn Sie uns innerhalb von 4 Wochen nach Erhalt der schriftlichen Mitteilung nichts Gegenteiliges mitteilen, werden wir nach den Sätzen 1 und 2 verfahren.

Sofern die Ausgabe von Fondsanteilen, die einer oder mehreren **→Anlagestrategien** nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen **→Struktur** zugrunde liegen, kurzfristig beschränkt, ausgesetzt oder endgültig eingestellt worden ist, verfahren wir nach den Sätzen 1 und 2.

4. Leistungsempfänger und Überweisung der Leistung

Inhalt dieses Abschnitts:

4.1 An wen zahlen wir die Versicherungsleistungen und wie können Sie hierzu Bestimmungen treffen?
4.2 Was gilt bei Überweisung der Leistung?

4.1 An wen zahlen wir die Versicherungsleistungen und wie können Sie hierzu Bestimmungen treffen?

(1) Leistungsempfänger und widerrufliches Bezugsrecht
Die Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir an Sie als unseren **→Versicherungsnehmer** oder an Ihre Erben, wenn Sie uns keine andere Person benannt haben, der die Ansprüche aus dem Vertrag bei deren Fälligkeit zustehen sollen (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit ändern oder widerrufen (widerrufliches Bezugsrecht), gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Nach dem Tod der **→versicherten Person** kann das Bezugsrecht nicht mehr geändert oder widerrufen werden.

(2) Unwiderrufliches Bezugsrecht
Sie können ausdrücklich bestimmen, dass dem Bezugsberechtigten die Ansprüche aus dem Vertrag sofort und unwiderruflich zustehen sollen. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch aufgehoben werden, wenn der Bezugsberechtigte zustimmt, gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter.

(3) Bezugsberechtigter (Begünstigter Personenkreis)
Als widerruflich Bezugsberechtigten nach Absatz 1 und als unwiderruflich Bezugsberechtigten nach Absatz 2 kann ausschließlich die **→versicherte Person** oder ein naher Angehöriger der versicherten Person gemäß § 7 Pflegezeitgesetz oder gemäß § 15 Abgabenordnung (zum Beispiel Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Lebensgefährte, Verwandte in gerader Linie, Geschwister) benannt werden.

(4) Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen
Sie können Ihre Ansprüche aus dem Vertrag auch abtreten oder verpfänden, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind, gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter.

(5) Textform
Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (siehe Absätze 1 und 2) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus Ihrem Vertrag (siehe Absatz 4) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns der bisherige Berechtigte in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) angezeigt hat. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie. Es können aber auch andere Personen sein, wenn Sie vorher bindende Verfügungen vorgenommen haben.

4.2 Was gilt bei Überweisung der Leistung?

Wir überweisen unsere Leistungen dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Staaten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

5. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

In welchen Fällen ist die Leistung ausgeschlossen?

Wir erbringen keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. wegen Pflegebedürftigkeit, wenn die Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit verursacht worden ist

a) durch innere Unruhen, wenn die **→versicherte Person** auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn die Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit der **→versicherten Person** während eines Aufenthalts außerhalb Deutschlands in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen verursacht wurde, an denen sie nicht selbst aktiv beteiligt war;

c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die **→versicherte Person**.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn die Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit ausschließlich durch eine von der **→versicherten Person** fahrlässig, grob fahrlässig oder vorsätzlich begangene Ordnungswidrigkeit (zum Beispiel im Straßenverkehr) oder durch ein fahrlässig oder grob fahrlässig begangenes Vergehen (zum Beispiel im Straßenverkehr) verursacht wurde;

d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Handlung
- in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder
- unter dem Druck schwerer körperlicher Leiden

begangen worden ist;

e) durch eine von Ihnen als **→Versicherungsnehmer** ausgeübte widerrechtliche Handlung mit dem Vorsatz, die Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit der **→versicherten Person** herbeizuführen;

f) durch Strahlen als Folge von Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde, um die Gefahr abzuwehren;

g) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit
- vorsätzlich eingesetzten atomaren, biologischen oder chemischen Waffen (ABC-Waffen) oder
- vorsätzlich eingesetzten oder vorsätzlich freigesetzten radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen,

wenn der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet gewesen sind, das Leben vieler Personen zu gefährden.

Wir leisten jedoch in den Fällen f) und g) uneingeschränkt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder

voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden. Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von 6 Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

6. Ihre Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:

6.1 Welche Auskunfts- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit verlangt werden?
6.2 Welche Obliegenheiten zur Schadensminderung sind bei Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit zu beachten?
6.3 Welche Obliegenheiten sind bei einer Nachprüfung der Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit zu beachten?
6.4 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?
6.5 Welche weiteren Unterlagen können wir verlangen?

6.1 Welche Auskunfts- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit verlangt werden?

(1) Einreichung von Unterlagen
Wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit verlangt werden, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers folgende Auskünfte gegeben und Unterlagen eingereicht werden, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind:

a) eine Darstellung der Ursache der Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit;

b) ausführliche Berichte der Ärzte, von denen die **→versicherte Person** untersucht wurde oder bei denen sie in Behandlung ist oder war. Erforderlich sind Angaben zu Ursachen, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtlicher Dauer des Leidens sowie über dessen Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit;

c) Unterlagen über den Beruf der **→versicherten Person**, über ihre Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;

d) bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch (SGB) XI des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung und

e) wenn das Gutachten nicht geeignet ist, das Vorliegen unserer Leistungsvoraussetzungen zu bestätigen, oder keine gesetzliche Pflegepflichtversicherung besteht oder diese kein Gutachten erstellt hat,
- ausführliche Berichte der Ärzte, von denen die **→versicherte Person** untersucht wurde oder bei denen sie in Behandlung ist oder war. Erforderlich sind Angaben zu Ursachen, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtlicher Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- eine Bescheinigung des Pflegedienstes oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Der Nachweis mittels Gutachtens durch einen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige sachverständige Gutachter ist alternativ möglich.

f) bei Berufsunfähigkeit aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) zusätzlich der Bescheid über das Tätigkeitsverbot und die dazugehörigen Unterlagen;

g) wenn Sie Leistungen aufgrund voller Erwerbsminderung verlangen, den Bescheid der Deutschen Rentenversicherung über die unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung;

h) wenn Sie einen Baustein Pflegezusatzrente ergänzend versichert haben und aus diesem Baustein Leistungen verlangen, die unter Absatz d) und e) genannten Unterlagen.

Auch bei späterer Einreichung der Unterlagen nach den Absätzen a) bis h) leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffern 1.1 Absatz 2 a) und 1.3 Absatz 2).

(2) Mitwirkung bei der Datenerhebung bei anderen Stellen
Wir sind berechtigt, auf unsere Kosten im Rahmen des zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Umfangs mit Ihrer Einwilligung personenbezogene Daten bei den folgenden Stellen und Personen zu erheben:
- Ärzte,
- Krankenhäuser,
- sonstige Krankenanstalten,
- Pflegeheime,
- Pflegepersonen,
- Sachverständige,
- andere Personenversicherer,
- gesetzliche Krankenkassen,
- Berufsgenossenschaften und
- Behörden.

Sie können eine solche Datenerhebung verweigern oder eine bereits erteilte Einwilligung widerrufen. Versicherungsleistungen werden jedoch nicht fällig, wenn wir aufgrund Ihres Verhaltens nicht feststellen können, ob und in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind.

(3) Mitwirkung bei weiteren Untersuchungen und weiteren Nachweisen
Wir können verlangen, dass
- uns Nachweise über wirtschaftliche Verhältnisse und deren Veränderungen vorgelegt werden. Hierzu zählen insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen - auch des Arbeitgebers - über den Beruf zum Zeitpunkt des Abschlusses des Vertrags;
- die **→versicherte Person** von Ärzten und Sachverständigen unserer Wahl und auf unsere Kosten untersucht wird. Dabei handelt es sich um von uns unabhängige Ärzte und Sachverständige, die nicht bei einer Allianz-Gesellschaft angestellt sind.

Wenn sich die **→versicherte Person** im Ausland aufhält, können wir verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir
- die Untersuchungskosten sowie
- die allgemein üblichen Reise- und Aufenthaltskosten.

(4) Folgen einer Pflichtverletzung
Unsere Leistungen werden fällig, wenn wir die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistung notwendigen Erhebungen abgeschlossen haben. Wenn Sie eine der in diesem Abschnitt genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

(5) Karenzzeit
Die Absätze 1 bis 4 gelten auch, wenn Sie eine Karenzzeit (siehe Ziffer 1.1 Absatz 2 a)) vereinbart haben. Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert und eine Karenzzeit nach Ziffer 1.1 Absatz 2 a) vereinbart haben (siehe Ziffer 1.3 Absatz 2), gelten die Absätze 1 bis 4 ebenfalls.

6.2 Welche Obliegenheiten zur Schadensminderung sind bei Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit zu beachten?

(1) Pflicht zur Verwendung von Hilfsmitteln und zur Durchführung von Heilbehandlungen
Wenn eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erwarten ist, ist die **→versicherte Person** verpflichtet
- geeignete Hilfsmittel zu verwenden (zum Beispiel Brille, Prothese)
- sich zumutbaren Heilbehandlungen zu unterziehen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Nicht zumutbar sind Heilbehandlungen, die eine Operation vorsehen.

(2) Karenzzeit
Die Pflicht nach Absatz 1 besteht auch, wenn Sie eine Karenzzeit (siehe Ziffer 1.1 Absatz 2 a)) vereinbart haben. Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert und eine Karenzzeit nach Ziffer 1.1 Absatz 2 a) vereinbart haben (siehe Ziffer 1.3 Absatz 2), besteht die Pflicht nach Absatz 1 ebenfalls.

6.3 Welche Obliegenheiten sind bei einer Nachprüfung der Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit zu beachten?

(1) Nachprüfung unserer Leistungspflicht
Wenn wir anerkannt oder festgestellt haben, dass wir leistungspflichtig sind, sind wir berechtigt zu prüfen, ob
- die **→versicherte Person** weiterhin berufsunfähig ist und wenn ja, zu welchem Grad;
- die **→versicherte Person** eine andere Tätigkeit im Sinne von Ziffer 1.6 Absatz 1 ausübt; dabei können neu erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten berücksichtigt werden;
- die **→versicherte Person** weiterhin pflegebedürftig ist, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

(2) Auskunfts- und Mitwirkungsobliegenheiten
Um die aktuelle Situation nachprüfen zu können,
- müssen uns jederzeit sachdienliche Auskünfte erteilt werden;
- können wir einmal jährlich verlangen, dass sich die **→versicherte Person** von einem durch uns beauftragten Arzt umfassend untersuchen lässt.

Hierbei eventuell entstehende Kosten müssen wir tragen.

Darüber hinaus gelten die in Ziffer 6.1 Absätze 2 und 3 genannten Mitwirkungspflichten.

(3) Wegfall unserer Leistungspflicht
Wir sind nicht leistungspflichtig, wenn wir feststellen, dass die in Ziffer 1 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir dies gegenüber Ihnen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) erklären.

In diesem Fall können wir unsere Leistungen mit Ablauf des 3. Monats, nachdem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, einstellen. Zu diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen, wenn die Beitragszahlungsdauer nicht abgelaufen ist. Wenn eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Regelungen bereits vor Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit (siehe Ziffer 1.1 Absatz 2 a)) endet, so wird keine Berufsunfähigkeitsrente gezahlt. Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und eine Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Regelungen bereits vor Ablauf einer nach Ziffer 1.1 Absatz 2 a) vereinbarten Karenzzeit (siehe Ziffer 1.3 Absatz 2) endet, so wird keine Pflegezusatzrente gezahlt.

6.4 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht
Wenn Sie, die **→versicherte Person** oder die Person, die den Anspruch auf Leistungen erhebt, eine der Obliegenheiten nach Ziffer 6.2 und Ziffer 6.3 verletzt haben, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Hierauf können wir uns jedoch nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Im Einzelnen gilt:
- Wenn diese Obliegenheiten vorsätzlich verletzt werden, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn diese Obliegenheiten grob fahrlässig verletzt werden, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistungen nicht.

Auch im Falle von Vorsatz und grober Fahrlässigkeit sind wir zur Leistung verpflichtet, wenn Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt worden ist.

(2) Spätere Erfüllung der Obliegenheit
Wenn die Obliegenheit später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats, in dem die Obliegenheit erfüllt wird, nach Maßgabe dieser Regelungen leistungspflichtig.

6.5 Welche weiteren Unterlagen können wir verlangen?

Wenn Leistungen aus dem Vertrag beansprucht werden, können wir zusätzlich die Vorlage von Unterlagen mit den nach Teil B Ziffer 3 zu erteilenden Informationen und Daten verlangen.

7. Erklärung über unsere Leistungspflicht

Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie im Abstand von höchstens 4 Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

Wenn uns alle erforderlichen Unterlagen vorliegen, erklären wir spätestens nach 2 Wochen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail), ob wir leisten und wenn ja, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt.

Auf die Möglichkeit eines befristeten Anerkenntnisses verzichten wir ausdrücklich.

8. Kosten Ihres Vertrags

Für die Kosten Ihres Vertrags gelten die folgenden Regelungen. Falls für einzelne Bausteine Besonderheiten gelten, finden Sie diese in den Regelungen des jeweiligen Bausteins.

Inhalt dieses Abschnitts:
8.1 Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert?
8.2 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

8.1 Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert?

(1) Abschluss- und Vertriebskosten
Mit Ihrem Vertrag sind Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**) verbunden. Diese sind von Ihnen zu tragen. Wir haben die Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**) in Ihren Beitrag einkalkuliert, sie müssen daher nicht gesondert gezahlt werden.

Die Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**) verwenden wir zum Beispiel zur Finanzierung der Kosten für die Vergütung des Versicherungsvermittlers, der Antragsprüfung und der Erstellung der Vertragsunterlagen.

a) Kosten bei den bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträgen
Wir belasten Ihren Vertrag mit Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**) in Höhe eines Prozentsatzes der Summe der bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträge.

Die Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**) verteilen wir
- in gleichmäßigen Jahresbeträgen,
- über einen Zeitraum von mindestens 5 Jahren,
- jedoch nicht länger als bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer.

b) Kosten bei Erhöhungen der Summe der vereinbarten Beiträge
Bei Erhöhungen der Summe der vereinbarten Beiträge belasten wir die Differenz zwischen alter und neuer Beitragssumme wie folgt mit Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**):
- Wenn sich Leistungen während der Vertragsdauer durch Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente (siehe Ziffer 11.1) oder
- beim dynamischen Zuwachs

verteilen wir die Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**) in Höhe eines Prozentsatzes der Differenz zwischen alter und neuer Beitragssumme ab dem Erhöhungstermin wie in Absatz a) Satz 2 beschrieben.

(2) Übrige Kosten
Mit Ihrem Vertrag sind weitere, sogenannte übrige Kosten (→**Kosten**) verbunden. Auch diese sind von Ihnen zu tragen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere Verwaltungskosten (→**Kosten**). Das sind die →**Kosten** für die laufende Verwaltung Ihres Vertrags. Sämtliche übrige Kosten (→**Kosten**) sind in den Beitrag einkalkuliert und müssen daher nicht gesondert gezahlt werden.

a) Übrige Kosten, wenn keine laufenden Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Pflegezusatzrenten gezahlt werden
Solange wir keine laufende Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Pflegezusatzrenten zahlen, belasten wir Ihren Vertrag mit übrigen Kosten (→**Kosten**) in Form
- eines jährlich anfallenden Betrags in Euro und
- eines Prozentsatzes der vereinbarten Beiträge.

Wenn sich die Leistungen während der Vertragsdauer durch die Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente (siehe Ziffer 11.1), gilt der vorherige Satz für die zusätzlichen Beiträge sowie die sich daraus ergebenden erhöhten Leistungen entsprechend.

b) Verwaltungskosten bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Pflegezusatzrenten
Wenn wir Berufsunfähigkeitsrenten erbringen, belasten wir Ihren Vertrag mit Verwaltungskosten (→**Kosten**) in Form eines jährlichen Prozentsatzes des →**Deckungskapitals** der Berufsunfähigkeitsvorsorge der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice inklusive zusätzlicher Berufsunfähigkeitsrenten (nach Ziffer 2.2.3 Absätze 1 b), 2 b), 3 b) und 4 b), jeweils Unterabsatz cc)).

Wenn wir Leistungen aus dem Baustein Pflegezusatzrente erbringen, belasten wir Ihren Vertrag mit Verwaltungskosten (→**Kosten**) in Form eines jährlichen Prozentsatzes der gezahlten Leistungen des Bausteins Pflegezusatzrente.

Wenn sich die Leistungen während der Vertragsdauer durch die Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente (siehe Ziffer 11.1), gelten die beiden vorherigen Sätze für die zusätzlichen Beiträge sowie die sich daraus ergebenden erhöhten Leistungen entsprechend.

c) Zusätzliche Verwaltungskosten, die auf einen vereinbarten Ansammlungsbonus entfallen
Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, belasten wir Ihren Vertrag während der Vertragsdauer zusätzlich mit Verwaltungskosten (→**Kosten**) in Form eines jährlichen Prozentsatzes des →**Deckungskapitals** des Ansammlungsbonus.

d) Zusätzliche Verwaltungskosten, die bei einer vereinbarten Fondsanlage auf den Fondswert entfallen
Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile eine Fondsanlage vereinbart haben, belasten wir Ihren Vertrag während der Vertragsdauer zusätzlich mit Verwaltungskosten (→**Kosten**) in Form eines jährlichen Prozentsatzes des →**Fondswerts**.

Die Verwaltungskosten (→**Kosten**), die auf den →**Fondswert** entfallen, finanzieren wir monatlich durch den Verkauf von Anteileinheiten, die auf Ihre Versicherung entfallen.

Neben den Verwaltungskosten (→**Kosten**) fallen Kosten auf den →**Fondswert** bei der jeweiligen Kapitalverwaltungsgesellschaft an. Die Kapitalverwaltungsgesellschaften ermitteln diese Kosten in regelmäßigen Abständen und entnehmen sie direkt den Fonds. Diese Kosten können sich ändern. In den →**Anteilswerten** sind sie enthalten.

(3) Höhe der Kosten
Informationen zur Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten und der übrigen Kosten (→**Kosten**) können Sie Ihren Versicherungsinformationen entnehmen.

(4) Besonderheiten bei einer vereinbarten Fondsanlage für den Verkauf von Anteileinheiten, die auf Ihre Versicherung entfallen
Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile eine Fondsanlage vereinbart haben, werden beim Verkauf von Anteileinheiten nach Ziffer 8.1 Absatz 2 d) die Anteileinheiten der einzelnen Fonds im selben Verhältnis verkauft, in dem sich der →**Fondswert** Ihrer Versicherung auf die Fonds aufteilt. Maßgeblich für den Verkauf von Anteileinheiten ist der →**Anteilswert** des 1. →**Bankarbeitstags** eines jeden Monats.

8.2 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

Sofern uns im Falle eines Lastschriftrückläufers, aus einem von Ihnen veranlassten Grund, →**Kosten** von Ihrer Bank in Rechnung gestellt werden, stellen wir Ihnen diese Kosten gesondert in Rechnung.

9. Beitragsfreistellung

Inhalt dieses Abschnitts:
9.1 Wie kann Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt werden?
9.2 Welche Nachteile kann eine Beitragsfreistellung haben?
9.3 Wie kann nach einer Beitragsfreistellung der Versicherungsschutz wiederhergestellt werden, der zuvor bestanden hat?

9.1 Wie kann Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt werden?

(1) Voraussetzungen
Sie können in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) verlangen, dass Ihre Versicherung weitergeführt wird, ohne dass Beiträge gezahlt werden (Beitragsfreistellung). Die Beitragsfreistellung ist zum Ende einer jeden Versicherungsperiode (siehe Teil B Ziffer 2.1) möglich.

(2) Mindestversicherungsleistung
Wenn die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente nach den Absätzen 3 und 4 zum Zeitpunkt der beabsichtigten Beitragsfreistellung jährlich mindestens 200 EUR beträgt, wird die garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach Absatz 3 herabgesetzt. Wenn diese Mindestversicherungsleistung nicht erreicht wird, erlischt die Versicherung.

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus oder eine Fondsanlage vereinbart haben, zahlen wir in diesem Fall, soweit vorhanden, den Ansammlungsbonus bzw. den **→Fondswert** aus.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und die beitragsfreie Pflegerente nach den Absätzen 3 und 4 zum Zeitpunkt der beabsichtigten Beitragsfreistellung jährlich mindestens 200 EUR beträgt, wird die garantierte Pflegerente nach Absatz 3 herabgesetzt. Wenn diese Mindestversicherungsleistung nicht erreicht wird, erlischt der Baustein Pflegezusatzrente.

(3) Auswirkungen
Wenn Sie eine Beitragsfreistellung verlangen, setzen wir die garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab. Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, setzen wir die garantierte Pflegezusatzrente ebenfalls nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab. Dabei legen wir das **→Deckungskapital** zugrunde, das zum Beitragsfreistellungstermin nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet wird, wobei wir von der Verrechnung negativer **→Deckungskapitalien** absehen. Das **→Deckungskapital** hat bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung mindestens den Wert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten (**→Kosten**) auf die ersten 5 Versicherungsjahre, höchstens jedoch auf die Beitragszahlungsdauer, ergibt.

Nach der Beitragsfreistellung finanzieren wir, wenn die **→versicherte Person** nicht berufsunfähig ist, mit den für Ihre Versicherung festgelegten Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine Überschussrente (siehe Ziffer 2.2.3 Absätze 1 b), 2 b), 3 b) und 4 b), jeweils Unterabsatz bb)).

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus oder eine Fondsanlage vereinbart haben, wird Ihre Versicherung weiterhin an den Zinsüberschüssen des Ansammlungsbonus (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 3 b), Unterabsatz ee) bzw. an den fondsabhängigen Überschussanteilen (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 4 b), Unterabsatz ee)) beteiligt.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, bleibt nach Beitragsfreistellung das Verhältnis zwischen Berufsunfähigkeitsrente und Pflegezusatzrente bestehen.

Die beitragsfreie Leistung berechnen wir zum Ende der Versicherungsperiode, für die Sie letztmalig den vollständigen Beitrag gezahlt haben.

Auch nach der Beitragsfreistellung gilt Ziffer 8. Auf ursprünglich vereinbarte Beiträge, die wegen der Beitragsfreistellung nicht zu zahlen sind, erheben wir jedoch ab dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung keine **→Kosten** in Prozent des Beitrags nach Ziffer 8.1 Absätze 1 a) und 2 a).

(4) Abzug
Von dem nach Absatz 3 ermittelten Betrag nehmen wir einen Abzug vor.

Die Höhe und die Gründe für diesen Abzug sind in Ihren Versicherungsinformationen festgelegt.

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Die Angemessenheit müssen wir im Streitfall darlegen und beweisen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht oder nur in geringerer Höhe angemessen ist, entfällt der Abzug oder wir setzen ihn - im letzteren Fall - entsprechend herab.

(5) Fortbestehen von Leistungsansprüchen
Ansprüche aus dieser Versicherung, die auf bereits vor der Beitragsfreistellung der Versicherung eingetretener Berufsunfähigkeit nach Ziffer 1.1 bzw. Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 1.3 beruhen, bestehen nach der Beitragsfreistellung der Versicherung fort.

9.2 Welche Nachteile kann eine Beitragsfreistellung haben?

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann für Sie Nachteile haben. Der für die Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehende Betrag erreicht während der Versicherungsdauer nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten (**→Kosten**) nach Ziffer 8.1 und eine Risikodeckung finanziert werden müssen. Nähere Informationen zur Höhe der beitragsfreien Leistungen während der Vertragsdauer können Sie Ihren Versicherungsinformationen entnehmen.

9.3 Wie kann nach einer Beitragsfreistellung der Versicherungsschutz wiederhergestellt werden, der zuvor bestanden hat?

(1) 6-Monats-Frist für die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung
Innerhalb von 6 Monaten nach der Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung können Sie verlangen, dass die versicherten Leistungen bis zur Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsfreistellung angehoben werden, ohne dass wir eine Risikoprüfung durchführen. Voraussetzung dafür ist, dass Sie die Beitragszahlung nach Absatz 3 wieder aufnehmen.

Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung und Wiederherstellung des Versicherungsschutzes sind jedoch ausgeschlossen, wenn die **→versicherte Person** zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beitragszahlung
- berufsunfähig oder
- pflegebedürftig

ist.

(2) Allgemeine Frist für die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes mit Risikoprüfung
Auch nach Ablauf von 6 Monaten, jedoch nur innerhalb von 3 Jahren nach der Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung können Sie verlangen, dass durch die Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Absatz 3 die versicherten Leistungen bis zur Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsfreistellung angehoben werden. Nach Ablauf von 3 Jahren nach der Beitragsfreistellung ist eine Wiederaufnahme der Beitragszahlung nicht mehr möglich.

Wenn Ihre Versicherung wegen einer Elternzeit beitragsfrei gestellt worden ist, kann die Frist zwischen Beitragsfreistellung und Wiederherstellung des Versicherungsschutzes auch mehr als 3 Jahre betragen. Der Versicherungsschutz muss in diesem Fall jedoch spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Ende der Elternzeit wiederhergestellt werden. Wird die Elternzeit in mehrere Abschnitte aufgeteilt, muss die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes jeweils innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung eines Abschnittes erfolgen. Nach Ablauf dieser Fristen ist eine Wiederaufnahme der Beitragszahlung nicht mehr möglich.

Den Versicherungsschutz können wir dann wiederherstellen, wenn die →**versicherte Person** zum Zeitpunkt der Wiederherstellung des Versicherungsschutzes eine vergleichbare neue Versicherung ohne erschwerte Bedingungen bei uns abschließen könnte.

(3) Möglichkeiten zur Wiederherstellung des Versicherungsschutzes
Um nach einer Beitragsfreistellung den Versicherungsschutz wiederherzustellen, der vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, können Sie
- die Beiträge begleichen, die auf die beitragsfreie Zeit entfallen, oder
- höhere laufende Beiträge zahlen.

Stattdessen können Sie ohne eine vollständige Wiederherstellung des Versicherungsschutzes, der vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, auch nur die Beitragszahlung wieder aufnehmen. Die versicherten Garantieleistungen berechnen wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

Wir berechnen die neuen Beiträge und die neuen Garantieleistungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 1. Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

10. Kündigung

Inhalt dieses Abschnitts:
10.1 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?
10.2 Wie wirkt sich eine Kündigung Ihrer Versicherung aus?
10.3 Wann können Sie Ihren ergänzend versicherten Baustein Pflegezusatzrente separat kündigen?

10.1 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

Sie können Ihre Versicherung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) wie folgt kündigen:
- Versicherungen mit laufender Beitragszahlung und mit vereinbarter Überschussverwendung Verrechnung oder Überschussrente oder Ansammlungsbonus jederzeit zum Ende der laufenden Versicherungsperiode,
- Versicherungen mit laufender Beitragszahlung und mit vereinbarter Überschussverwendung Fondsanlage jederzeit zum Ende des laufenden Monats und
- beitragsfreie Versicherungen jederzeit zum Ende des laufenden Monats.

10.2 Wie wirkt sich eine Kündigung Ihrer Versicherung aus?

Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, hängt die Wirkung davon ab, ob die →**versicherte Person** zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig oder pflegebedürftig ist:

(1) Berufsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Kündigung
Wenn die →**versicherte Person** zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig ist, bleiben Ansprüche aus Ihrer Versicherung aufgrund einer bereits vor Kündigung eingetretenen Berufsunfähigkeit bestehen. Die laufende Berufsunfähigkeitsrente (siehe Ziffer 1.1) wird bei Kündigung weitergezahlt.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und die →**versicherte Person** zum Zeitpunkt der Kündigung pflegebedürftig ist, bleiben Ansprüche aus dem Baustein Pflegezusatzrente aufgrund einer bereits vor Kündigung eingetretenen Pflegebedürftigkeit bestehen. Eine laufende Pflegezusatzrente (siehe Ziffer 1.3) wird bei Kündigung weitergezahlt. Wenn die →**versicherte Person** zum Zeitpunkt der Kündigung nicht pflegebedürftig ist, erlischt der Baustein Pflegezusatzrente.

(2) Keine Berufsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Kündigung
Die Versicherung erlischt, wenn die →**versicherte Person** zum Zeitpunkt der Kündigung nicht berufsunfähig ist.

(3) Folgen der Kündigung
Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus oder eine Fondsanlage vereinbart haben, zahlen wir im Falle einer Kündigung - soweit vorhanden - den nach den Absätzen 4 bis 6 errechneten Betrag.

(4) Auszahlung des Ansammlungsbonus bzw. des Fondswerts
Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, zahlen wir zum Kündigungstermin das →**Deckungskapital** des Ansammlungsbonus aus.

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile eine Fondsanlage vereinbart haben, zahlen wir zum Kündigungstermin den →**Fondswert** aus. Stichtag für die Ermittlung des →**Fondswerts** ist der fünftletzte →**Bankarbeitstag** vor dem Kündigungstermin. Geht die Kündigungserklärung nach dem fünftletzten →**Bankarbeitstag** bei uns ein, rechnen wir die Anteileinheiten mit dem →**Anteilswert**, der bei Eingang Ihrer Kündigungserklärung vorhanden ist, ab. Überzahlte Beiträge, zum Beispiel bei jährlicher Beitragszahlung, werden zurückerstattet.

(5) Schlussüberschussanteil
Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, kann zu dem Betrag nach Absatz 4 ein Schlussüberschussanteil hinzukommen (siehe Ziffer 2.2.4).

(6) Bewertungsreserven
Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, kann sich der Betrag nach Absatz 4 gegebenenfalls um die Ihrer Versicherung zugeteilten →**Bewertungsreserven** erhöhen (siehe Ziffer 2.3).

10.3 Wann können Sie Ihren ergänzend versicherten Baustein Pflegezusatzrente separat kündigen?

Wenn Sie für Ihre Versicherung laufende Beiträge zahlen, können Sie Ihren Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, zum Ende einer Versicherungsperiode in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) separat kündigen.

Eine Kündigung ist nur vor dem Ende des sechstletzten Jahres der Versicherungsdauer möglich. Bei einer Kündigung besteht weder Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

11. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

Hier finden Sie zahlreiche Gestaltungsmöglichkeiten Ihrer Versicherung. Sie sind an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Wenn Sie eine Gestaltungsmöglichkeit ausüben, kann sich dies auf die Höhe der Versicherungsleistungen auswirken. Ziffer 11.10 gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile eine Fondsanlage vereinbart haben. Die Ziffern 11.11 bis 11.13 gelten nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus oder eine Fondsanlage vereinbart haben.

Inhalt dieses Abschnitts:
11.1 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?
11.2 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen?
11.3 Wann können Sie die vereinbarte Versicherungsdauer Ihrer Versicherung verlängern?

11.4 Wann können Sie Ihren Baustein Pflegezusatzrente während der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln?
11.5 Wann können Sie Ihre Versicherung zum Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln?
11.6 Wann können Sie Ihre Versicherung in eine Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice umwandeln?
11.7 Wann können Sie Ihre Versicherung in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice umwandeln?
11.8 Wann können Sie die Beitragszahlung aussetzen?
11.9 Wann können Sie verlangen, dass wir die Ergebnisse der Risikoprüfung Ihrer Versicherung für eine neue BasisRente der versicherten Person übernehmen?
11.10 Wann können Sie auf die Versicherung entfallende Anteileinheiten auf ein persönliches Depot übertragen?
11.11 Wie können Sie mit den in den Anteileinheiten angelegten Überschussanteilen bzw. dem Ansammlungsbonus Ihre Berufsunfähigkeitsrente erhöhen?
11.12 Wann können Sie aus Ihrer Versicherung ein Kapital entnehmen?
11.13 Wann können Sie die Beiträge aus den in den Anteileinheiten angelegten Überschussanteilen bzw. aus dem Ansammlungsbonus finanzieren?

11.1 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?

(1) Anlassunabhängige Erhöhung Ihrer Berufsunfähigkeitsrente

Sie können verlangen, dass Ihre vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn ohne erneute Risikoprüfung erhöht wird. Wenn die **→versicherte Person** bei Versicherungsbeginn **→rechnungsmäßig** jünger als 15 Jahre alt war, können Sie die Erhöhung bis zum rechnungsmäßigen Alter von 20 Jahren der versicherten Person verlangen. Eine Erhöhung ist nicht möglich, wenn

- die **→versicherte Person** in dem dem Erhöhungstermin vorangegangenen Jahr länger als 14 Kalendertage durchgehend außerstande war, ihre Berufstätigkeit auszuüben oder
- Ihre Versicherung mit vereinfachter Risikoprüfung zustande gekommen ist oder
- Ihre Versicherung aufgrund der Erhöhung einer anderen Versicherung oder durch Umwandlung oder Ersetzung einer anderen Versicherung ohne erneute Risikoprüfung zustande gekommen ist.

(2) Anlassabhängige Erhöhung Ihrer Berufsunfähigkeitsrente

Sie können Ihre vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Risikoprüfung bei folgenden Anlässen erhöhen, wenn Sie die Erhöhung innerhalb von 12 Monaten seit Eintritt des Anlasses verlangen:

a) Geburt eines Kindes der **→versicherten Person** oder die Adoption eines Minderjährigen durch die versicherte Person;

b) Aufnahme eines Studiums oder einer Ausbildung durch die versicherte Person;

c) Beendigung der Berufsausbildung oder Start in das Berufsleben der versicherten Person;

d) Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit der versicherten Person, wenn die selbstständige Tätigkeit die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert;

e) Aufnahme eines Darlehens der versicherten Person zur Finanzierung einer Immobilie, die mindestens einen Wert von 100.000 EUR hat;

f) Heirat der versicherten Person;

g) Ehescheidung bzw. Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person, sofern diese nicht in eine Ehe umgewandelt wird;

h) Erhöhung des Einkommens der versicherten Person unter folgenden Voraussetzungen:

- Wenn die **→versicherte Person** Arbeitnehmer ist, muss das jährliche Bruttoarbeitseinkommen (ohne variable Gehaltsbestandteile) im Vergleich zum vorangegangenen Kalenderjahr um mindestens 10 Prozent erhöht sein.
- Wenn die **→versicherte Person** eine selbstständige Tätigkeit ausübt, muss ihr hierdurch erzielter Gewinn vor Steuern in 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren jeweils um 10 Prozent höher sein als ihr Gewinn vor Steuern, den sie in dem Kalenderjahr vor dem 3-Jahres-Zeitraum erzielt hat.

i) Die **→versicherte Person** hat erfolgreich eine Meisterprüfung abgeschlossen;

j) Die versicherte Person erhält Prokura;

k) Das Bruttoarbeitseinkommen der versicherten Person überschreitet erstmals die am Beschäftigungsort der versicherten Person geltende Beitragsbemessungsgrenze in der Deutschen Rentenversicherung;

l) Ende der Pflichtmitgliedschaft der versicherten Person in einem berufsständischen Versorgungswerk;

m) Wegfall eines Vertrags auf betriebliche Altersversorgung, aufgrund dessen die versicherte Person verfallbare Versorgungsanwartschaften hatte, unter folgender Voraussetzung:
Die **→versicherte Person** befindet sich in einem neuen, ungekündigten Arbeitsverhältnis oder hat eine selbstständige berufliche Tätigkeit aufgenommen, die die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert.

n) Beitragsfreistellung eines Vertrags auf betriebliche Altersversorgung, aufgrund dessen der **→versicherten Person** verfallbare oder unverfallbare Versorgungsansprüche zustehen, unter folgenden Voraussetzungen:

- Die **→versicherte Person** führt den Vertrag auf betriebliche Altersversorgung nicht als Privatvertrag mit eigenen Beiträgen fort.
- Die **→versicherte Person** befindet sich in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis oder hat eine selbstständige berufliche Tätigkeit aufgenommen, die die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert.

(3) Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente bei Aufnahme einer Berufstätigkeit nach Abschluss eines Studiums

Wenn die **→versicherte Person** nach Abschluss eines Studiums einen Beruf aufnimmt, kann die versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Risikoprüfung um 100 Prozent, maximal auf 24.000 EUR jährlich, erhöht werden. Die Erhöhung können Sie innerhalb von 12 Monaten seit Aufnahme der beruflichen Tätigkeit verlangen.

(4) Weitere Voraussetzungen

Darüber hinaus gilt für eine Erhöhung:

- Die **→versicherte Person** darf bei einer Erhöhung nach Absatz 1 **→rechnungsmäßig** höchstens 40 Jahre alt sein.
- Die **→versicherte Person** darf bei einer Erhöhung nach Absatz 2 **→rechnungsmäßig** höchstens 45 Jahre alt sein.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Die **→versicherte Person** darf nicht berufsunfähig sein und es werden auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.2 erbracht.

Wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen, gibt es keine wirksame Erhöhung.

(5) Grenzen

Für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente nach den Absätzen 1 und 2 ohne erneute Risikoprüfung gelten folgende Grenzen:

- Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente muss sich um mindestens 600 EUR erhöhen.
- Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente darf sich um höchstens 6.000 EUR erhöhen.

- Mehrere Erhöhungen dürfen für alle für die **→versicherte Person** bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten insgesamt 12.000 EUR jährliche Rente nicht überschreiten.
- Alle für die **→versicherte Person** bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten müssen insgesamt in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Bei einem Bruttoarbeitseinkommen bis 60.000 EUR jährlich dürfen die Renten insgesamt nicht mehr als 70 Prozent ihres Bruttoarbeitseinkommens betragen; bei einem höheren Bruttoarbeitseinkommen der **→versicherten Person** dürfen sämtliche bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten insgesamt die Summe von 70 Prozent von 60.000 EUR zuzüglich 50 Prozent von dem 60.000 EUR übersteigenden Teil des Bruttoarbeitseinkommens nicht überschreiten. Als Bruttoarbeitseinkommen gilt dabei das durchschnittliche Bruttoarbeitseinkommen der letzten 3 Jahre.

(6) Auswirkungen auf einen Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben
Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, erhöht sich die Pflegezusatzrente im gleichen Verhältnis wie die Berufsunfähigkeitsrente. Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

(7) Auswirkungen
Auch für die erhöhte Berufsunfähigkeitsrente bzw. Pflegezusatzrente gelten die Abänderungen und die weiteren besonderen Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes, die im Versicherungsschein dokumentiert sind. Soweit dort nichts anderes geregelt ist, gelten für die Berechnung der erhöhten Berufsunfähigkeits- und Pflegezusatzrente die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2. Bisher angesetzte Beitragszuschläge können wir entsprechend erheben.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

11.2 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen?

Die Höhe des zu zahlenden Beitrags ist auch abhängig von dem bei Abschluss des Vertrags ausgeübten Beruf der **→versicherten Person**. Wenn die **→versicherte Person** ihren Beruf wechselt, können Sie prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der zu zahlende Beitrag reduziert. Dies gilt auch, wenn die **→versicherte Person** Schüler ist und
- die Schulform wechselt oder
- in die Klassenstufe 11 versetzt wird oder
- ein Studium, eine Ausbildung oder eine Berufstätigkeit aufnimmt.

(1) Voraussetzungen
- Sie teilen uns den neuen Beruf der **→versicherten Person** bzw. bei einem Schüler den Wechsel der Schulform oder die Aufnahme eines Studiums, einer Ausbildung oder einer Berufstätigkeit in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) mit.
- Die **→versicherte Person** übt den neuen Beruf seit mindestens 6 Monaten aus. Diese Voraussetzung muss nicht erfüllt sein, wenn die **→versicherte Person** vor dem Wechsel Schüler oder Student war.

Wir können die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten Risikoprüfung abhängig machen.

(2) Auswirkungen
Sofern unsere Prüfung ergibt, dass der Berufswechsel bzw. der Wechsel der Schulform oder die Aufnahme eines Studiums, einer Ausbildung oder einer Berufstätigkeit zu einer Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den für die verbleibende Versicherungsdauer zu zahlenden Beitrag nach den Rechnungsgrundlagen, die wir bei Vertragsschluss zugrunde gelegt haben. Sie zahlen dann künftig den niedrigeren Beitrag. Ansonsten führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag weiter. Über das Ergebnis unserer Prüfung werden wir Sie informieren.

Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben vereinbarte Zuschläge und/oder Ausschlüsse unverändert bestehen.

11.3 Wann können Sie die vereinbarte Versicherungsdauer Ihrer Versicherung verlängern?

Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder einem berufsständischen Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufs, in dem die **→versicherte Person** Mitglied ist, erhöht wird, können Sie verlangen, dass die Versicherungsdauer Ihrer Versicherung ohne erneute Risikoprüfung um die Zeitspanne verlängert wird, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde. Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlängert sich auch die vereinbarte Leistungsdauer entsprechend.

(1) Voraussetzungen
- Sie verlangen die Verlängerung der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder einem berufsständischen Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufs, in dem die **→versicherte Person** Mitglied ist.
- Die **→versicherte Person** darf bei der Verlängerung der Versicherungsdauer höchstens 50 Jahre alt sein.
- Bei Ihrer Versicherung ist die Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Die **→versicherte Person** hat noch keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge erhalten.

(2) Auswirkungen
Ihre Leistungen bei Berufsunfähigkeit bleiben unverändert bestehen. Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, verlängert sich auch die Versicherungsdauer der Pflegezusatzrente entsprechend. Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bezogen auf die neue Versicherungsdauer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu fest. Dabei können wir auch andere als bei Vertragsabschluss verwendete Rechnungsgrundlagen zugrunde legen.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

11.4 Wann können Sie Ihren Baustein Pflegezusatzrente während der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln?

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, können Sie 5, 15 oder 25 Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung verlangen, dass wir diesen ohne erneute Risikoprüfung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln.

(1) Voraussetzungen
- Die **→versicherte Person** darf zum Zeitpunkt der Umwandlung weder im Sinne dieser Versicherungsbedingungen noch im Sinne der Versicherungsbedingungen der neuen selbstständigen Pflegeversicherung pflegebedürftig sein.
- Die **→versicherte Person** hat keine Ansprüche auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung oder aus einer anderen privaten Pflegeversicherung und hat auch keinen Antrag auf Leistungen gestellt.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Ihre Mitteilung muss uns spätestens einen Monat vor den in Satz 1 genannten Zeitpunkten zugehen.

Wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen, gibt es keine wirksame Umwandlung.

(2) Grenzen

- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente darf maximal der zuletzt vereinbarten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente entsprechen.
- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente bei geringster Schwere der Pflegebedürftigkeit nach den zum Umwandlungszeitpunkt für die selbstständige Pflegeversicherung geltenden Versicherungsbedingungen (siehe Absatz 3) darf eine Höhe von 1.000 EUR nicht überschreiten.
- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente bei höchster Schwere der Pflegebedürftigkeit nach den zum Umwandlungszeitpunkt für die selbstständige Pflegeversicherung geltenden Versicherungsbedingungen (siehe Absatz 3) darf eine Höhe von 2.000 EUR nicht überschreiten.

(3) Auswirkungen

- Ihre Leistungen bei Berufsunfähigkeit bleiben unverändert bestehen. Ihr ergänzend versicherter Baustein Pflegezusatzrente erlischt. Der Beitrag für Ihren Baustein Pflegezusatzrente entfällt.
- Für Ihre selbstständige Pflegeversicherung gelten die Versicherungsbedingungen und Rechnungsgrundlagen, die zum Zeitpunkt der Umwandlung für den Neuabschluss einer selbstständigen Pflegeversicherung vorgesehen sind.
- Wir berechnen den Beitrag bzw. die Leistungen für Ihre selbstständige Pflegeversicherung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Der Beitrag kann sich erhöhen.

11.5 Wann können Sie Ihre Versicherung zum Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln?

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, können Sie zum Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung verlangen, dass wir Ihre Versicherung ohne erneute Risikoprüfung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln.

(1) Voraussetzungen

- Die **→versicherte Person** darf zum Zeitpunkt der Umwandlung weder im Sinne dieser Versicherungsbedingungen noch im Sinne der Versicherungsbedingungen der neuen selbstständigen Pflegeversicherung pflegebedürftig sein.
- Die **→versicherte Person** hat keine Ansprüche auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung oder aus einer anderen privaten Pflegeversicherung und hat auch keinen Antrag auf Leistungen gestellt.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Ihre Mitteilung muss uns spätestens einen Monat vor dem Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung zugehen.

Wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen, gibt es keine wirksame Umwandlung.

(2) Grenzen

- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente darf maximal der zuletzt vereinbarten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente entsprechen.
- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente bei geringster Schwere der Pflegebedürftigkeit nach den zum Umwandlungszeitpunkt für die selbstständige Pflegeversicherung geltenden Versicherungsbedingungen (siehe Absatz 3) darf eine Höhe von 1.000 EUR nicht überschreiten.
- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente bei höchster Schwere der Pflegebedürftigkeit nach den zum Umwandlungszeitpunkt für die selbstständige Pflegeversicherung geltenden Versicherungsbedingungen (siehe Absatz 3) darf eine Höhe von 2.000 EUR nicht überschreiten.

(3) Auswirkungen

- Für Ihre selbstständige Pflegeversicherung gelten die Versicherungsbedingungen und Rechnungsgrundlagen, die zum Zeitpunkt der Umwandlung für den Neuabschluss einer selbstständigen Pflegeversicherung vorgesehen sind.
- Wir berechnen den Beitrag bzw. die Leistungen für Ihre selbstständige Pflegeversicherung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Der Beitrag kann sich erhöhen.

11.6 Wann können Sie Ihre Versicherung in eine Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice umwandeln?

Sie können verlangen, dass Ihre Versicherung in eine Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice mit einer Berufsunfähigkeitsrente in gleicher Höhe umgewandelt wird. Dies gilt jedoch nicht, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile eine Fondsanlage vereinbart haben.

(1) Voraussetzungen

- Die in Ihrer Versicherung vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente ist nicht höher als 3.500 EUR monatlich.
- Sie schließen bei der Allianz Lebensversicherungs-AG eine Versicherung als Altersvorsorgevertrag im Sinne des § 82 Absatz 1 des Einkommensteuergesetzes (EStG) auf das Leben der **→versicherten Person** ab und
- als Beitrag für die Lebensversicherung wird der nach § 10 a Absatz 1 EStG steuerlich förderungsfähige Höchstbetrag vereinbart.
- Die Versicherungsdauer der Ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice muss mit der restlichen Versicherungsdauer der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice übereinstimmen.
- Die Umwandlung können Sie nur während der Versicherungsdauer der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice verlangen.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Die **→versicherte Person** darf zum Zeitpunkt der Umwandlung weder im Sinne dieser Versicherungsbedingungen noch im Sinne der Versicherungsbedingungen der neuen Ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice berufsunfähig sein und es werden auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.2 erbracht.

(2) Zeitpunkt der Umstellung

Die Umstellung der Versicherung erfolgt zum Versicherungsbeginn, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, zu dem der nächste Beitrag Ihrer Versicherung fällig wäre.

(3) Auswirkungen

- Die Beiträge für die Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice können sich gegenüber der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice ändern und sind unter anderem abhängig vom Eintrittsalter zum Zeitpunkt der Umstellung und der Höhe der Berufsunfähigkeitsrente.
- Die Beiträge für die Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen festgelegt. Es gelten hierfür die Regelungen der Ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Leistungserhöhungen und in anderen Fällen". Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.
- Nach der Umstellung der Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen für die Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice.
- Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, wird dieser bei Umwandlung in eine Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice weitergeführt.

11.7 Wann können Sie Ihre Versicherung in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice umwandeln?

Wenn die **→versicherte Person** in ein Beamtenverhältnis wechselt, können Sie Ihre Versicherung innerhalb von 12 Monaten nach dem Wechsel ohne Risikoprüfung in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice umwandeln. Nach Ablauf von 12 Monaten nehmen wir vor dem Umwandeln eine Risikoprüfung vor.

(1) Voraussetzungen

- Die Versicherungsdauer der Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice muss mit der restlichen Versicherungsdauer der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice übereinstimmen.
- Die Umwandlung können Sie nur während der Versicherungsdauer der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice verlangen.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Die **→versicherte Person** darf zum Zeitpunkt der Umwandlung weder im Sinne dieser Versicherungsbedingungen noch im Sinne der Versicherungsbedingungen der neuen Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice berufs- oder dienstunfähig sein und es werden auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.2 erbracht.

(2) Grenzen

Die dann vereinbarte monatliche Berufs- oder Dienstunfähigkeitrente der Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice darf maximal der zuletzt vereinbarten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice entsprechen.

(3) Auswirkungen

- Die Beiträge der Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice können sich gegenüber der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice ändern und sind unter anderem abhängig vom Eintrittsalter zum Zeitpunkt der Umstellung und der Höhe der Berufs- oder Dienstunfähigkeitsrente.
- Die Beiträge für die Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen festgelegt. Es gelten hierfür die Regelungen der Selbstständigen Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Leistungserhöhungen und in anderen Fällen". Die für die Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice angesetzten Beitragszuschläge können entsprechend für die Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice erhoben werden.
- Nach der Umstellung der Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen für die Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice.
- Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, erlischt dieser bei einer Umwandlung in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

11.8 Wann können Sie die Beitragszahlung aussetzen?

(1) Stundung der Beitragszahlung

Wenn Ihr Vertrag bereits ein Jahr besteht, können Sie eine zinslose Stundung der Beiträge über einen zusammenhängenden Zeitraum von längstens 2 Jahren verlangen. Die Stundung der Beiträge ist anlassunabhängig möglich, wenn die Versicherungsdauer noch mindestens 5 Jahre beträgt. In den letzten 5 Jahren der Versicherungsdauer ist eine Stundung der Beiträge nur möglich, wenn Sie arbeitslos oder in Elternzeit sind oder sich in Kurzarbeit befinden.

Der Versicherungsschutz bleibt während der Stundung in vollem Umfang bestehen. Nach Ablauf des Zeitraums der Stundung wird Ihre Versicherung beitragspflichtig fortgeführt.

Eine erneute Stundung der Beitragszahlung ist nur möglich, wenn die gestundeten Beiträge aus einer früheren Stundung vollständig beglichen wurden.

(2) Nachweis der Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder Elternzeit

Wenn Sie in den letzten 5 Jahren der Versicherungsdauer eine Stundung der Beiträge wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder Elternzeit verlangen, benötigen wir einen entsprechenden Nachweis, zum Beispiel einen Bescheid der zuständigen Agentur für Arbeit. Sobald Sie nicht mehr arbeitslos sind oder Sie sich nicht mehr in Kurzarbeit oder Elternzeit befinden, müssen Sie uns hierüber unverzüglich informieren.

(3) Nachzahlung der gestundeten Beiträge

Wenn der Stundungszeitraum abgelaufen ist, müssen Sie die in diesem Zeitraum gestundeten Beiträge in einem Betrag oder verteilt auf höchstens 48 Monate nachzahlen. Wenn Sie Ihre Versicherung während des Stundungszeitraums kündigen, müssen Sie die bis zum Eingang der Kündigung gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen. Zahlen Sie die ausstehenden Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung bei der vereinbarten Überschussverwendungsart Verrechnung oder Überschussrente durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus. Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus oder eine Fondsanlage vereinbart haben, finanzieren wir die ausstehenden Beiträge aus dem **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus bzw. aus dem **→Fondswert** durch den Verkauf von Anteileinheiten, die auf Ihre Versicherung entfallen. Reicht das **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus bzw. der **→Fondswert** zur Deckung der ausstehenden Beiträge nicht aus, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus. Wird nach Herabsetzung die Mindestversicherungsleistung nicht erreicht, erlischt die Versicherung ohne Zahlung eines Rückkaufswerts.

Nach Ablauf des Stundungszeitraums werden wir Sie über den nachzuzahlenden Betrag informieren.

11.9 Wann können Sie verlangen, dass wir die Ergebnisse der Risikoprüfung Ihrer Versicherung für eine neue BasisRente der versicherten Person übernehmen?

Sie können unter den unten genannten Voraussetzungen und Grenzen verlangen, dass wir die Ergebnisse der Risikoprüfung Ihrer Versicherung übernehmen, wenn die **→versicherte Person** eine neue BasisRente einschließlich Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge abschließt.

(1) Voraussetzungen

- Es handelt sich bei der neuen BasisRente nicht um eine BasisRente StartUp Invest.
- Die bestehende Versicherung wird vor Abschluss der neuen BasisRente gekündigt.
- Die Versicherungsdauern der neuen Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge zur BasisRente stimmen mit der restlichen Versicherungsdauer der bestehenden Versicherung überein.
- Die **→versicherte Person** darf bei Abschluss der neuen BasisRente **→rechnungsmäßig** höchstens 45 Jahre alt sein.
- Die **→versicherte Person** darf bei Abschluss der neuen BasisRente nicht berufsunfähig sein und es werden auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.2 erbracht.
- Zur neuen BasisRente sind außer den Bausteinen Berufsunfähigkeitsvorsorge keine weiteren Bausteine abgeschlossen.

(2) Grenzen

- Die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente des neuen Bausteins Berufsunfähigkeitsrente zur BasisRente ist nicht höher als die ausgeschlossene Berufsunfähigkeitsrente des bestehenden Vertrags.
- Der Beitrag für die neue BasisRente einschließlich abgeschlossener Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge beträgt höchstens 500 EUR monatlich.

(3) Auswirkungen

- Wir legen die Ergebnisse der Risikoprüfung Ihrer bestehenden Versicherung einschließlich dort vereinbarter Ausschlüsse und Zuschläge der neuen BasisRente zugrunde.
- Wenn Sie uns bei Antragstellung zu Ihrer bestehenden Versicherung unzutreffende Angaben über die Risikoverhältnisse der **→versicherten Person** gemacht haben (Anzeigepflichtverlet-

zung), gelten die Regelungen nach Teil B Ziffer 1 auch für die neue BasisRente.
- Die besonderen Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes für Ihre bestehende Versicherung gelten entsprechend auch für die neu abgeschlossenen Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge zur BasisRente.
- Ein Baustein Pflegezusatzrente kann im Rahmen der BasisRente nicht versichert werden.

11.10 Wann können Sie auf die Versicherung entfallende Anteileinheiten auf ein persönliches Depot übertragen?

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile eine Fondsanlage vereinbart haben.

Sie können in folgenden Fällen Anteileinheiten auf ein persönliches Depot übertragen lassen:

(1) Übertragung bei Ablauf der Versicherungsdauer
Bei Ablauf der Versicherungsdauer können Sie die Anteileinheiten ganz oder teilweise auf ein persönliches Depot übertragen lassen. Wir behalten uns vor, nur ganze Anteile zu übertragen und den Wert gebrochener Anteile auszuzahlen.

Wenn die Anteileinheiten nur teilweise auf ein persönliches Depot übertragen werden, zahlen wir den nach der Übertragung verbleibenden **→Fondswert** aus.

Voraussetzung dafür ist, dass
- der Wert der Anteileinheiten, die bei Antragstellung auf Ihre Versicherung entfallen, mindestens 10.000 EUR beträgt und
- Sie den Antrag auf Übertragung auf ein persönliches Depot spätestens einen Monat vor Ablauf der Versicherungsdauer stellen und
- kein Übertragungsausschluss nach Absatz 4 vorliegt und
- der Fonds, dessen Anteileinheiten Sie übertragen wollen, keine institutionelle Anteilsklasse ist. Ob dies der Fall ist, entnehmen Sie dem jeweiligen Fondsinformationsblatt.

(2) Übertragung bei Tod
Wenn die **→versicherte Person** stirbt, kann der Anspruchsberechtigte verlangen, dass die am Todestag auf die Versicherung entfallenden Anteileinheiten auf ein persönliches Depot übertragen werden. Wir behalten uns vor, nur ganze Anteile zu übertragen und den Wert gebrochener Anteile auszuzahlen.

a) Voraussetzungen
- Den Antrag muss der Anspruchsberechtigte gleichzeitig mit der Meldung des Todesfalls stellen.
- Eine Übertragung ist nur möglich, wenn der Wert der Anteileinheiten zum Eingang der Todesfallmeldung mindestens 10.000 EUR beträgt.
- Es liegt kein Übertragungsausschluss nach Absatz 4 vor.
- Der Fonds, dessen Anteileinheiten Sie übertragen wollen, darf keine institutionelle Anteilsklasse sein. Ob dies der Fall ist, entnehmen Sie dem jeweiligen Fondsinformationsblatt.

b) Auswirkungen
Mit der Übertragung aller auf die Versicherung entfallenden Anteileinheiten auf ein persönliches Depot und Auszahlung eines gegebenenfalls vorhandenen Restbetrags erlischt Ihre Versicherung.

(3) Übertragung bei Kündigung
Im Falle einer Kündigung können Sie beantragen, dass wir die Anteileinheiten, die bei Kündigung auf Ihre Versicherung entfallen, auf ein persönliches Depot übertragen. Wir behalten uns vor, nur ganze Anteile zu übertragen und den Wert gebrochener Anteile auszuzahlen.

Wenn die Zahlung gemäß Ziffer 10.2 Absatz 4 den Wert der zu übertragenden Anteileinheiten übersteigt, behalten wir uns vor, den Restbetrag auszuzahlen.

a) Voraussetzungen
- Den Antrag können Sie nur zusammen mit der Kündigung stellen.
- Eine Übertragung ist nur möglich, wenn der Wert der Anteileinheiten, die bei Kündigung auf Ihre Versicherung entfallen, mindestens 10.000 EUR beträgt.
- Es liegt kein Übertragungsausschluss nach Absatz 4 vor.
- Der Fonds, dessen Anteileinheiten Sie übertragen wollen, darf keine institutionelle Anteilsklasse sein. Ob dies der Fall ist, entnehmen Sie dem jeweiligen Fondsinformationsblatt.

b) Auswirkungen
Mit der Übertragung aller auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten auf ein persönliches Depot und Auszahlung eines gegebenenfalls vorhandenen Restbetrags erlischt Ihre Versicherung.

(4) Übertragungsausschlüsse

a) Keine Übertragung bei Kapitalentnahme
Bei einer Kapitalentnahme (siehe Ziffer 11.12) können Sie die Anteileinheiten nicht auf ein persönliches Depot übertragen lassen.

b) Keine Übertragung aufgrund von US-börsenaufsichtsrechtlichen Gründen
Das Recht auf Übertragung auf ein persönliches Depot ist aus US-börsenaufsichtsrechtlichen Gründen ausgeschlossen, wenn Sie als Anspruchsberechtigter eines der folgenden Kriterien erfüllen:
- Staatsangehörigkeit der USA (bzw. eines amerikanischen Außengebietes, insbesondere Amerikanisch-Samoa, Guam, Bund der Nördlichen Marianen, Amerikanische Jungferninseln, Puerto Rico) unabhängig vom Wohnort;
- Wohnsitz in den USA bzw. in einem der oben genannten Länder unabhängig von der Staatsangehörigkeit;
- Sie fallen unter das Einkommensteuergesetz der USA.

11.11 Wie können Sie mit den in den Anteileinheiten angelegten Überschussanteilen bzw. dem Ansammlungsbonus Ihre Berufsunfähigkeitsrente erhöhen?

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus oder eine Fondsanlage vereinbart haben.

Sie können bei Eintritt der Berufsunfähigkeit nach Anerkennung unserer Leistungspflicht Ihre garantierte Berufsunfähigkeitsrente durch das **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus bzw. den **→Fondswert** erhöhen. Eine anteilige Verwendung des Ansammlungsbonus bzw. des **→Fondswert** ist nicht möglich. Die erhöhte Berufsunfähigkeitsrente berechnen wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

Stichtag für die Ermittlung des **→Fondswerts** ist der Tag, an dem die Beantragung einer Erhöhung Ihrer Berufsunfähigkeitsrente durch den Fondswert bei uns eingegangen ist.

11.12 Wann können Sie aus Ihrer Versicherung ein Kapital entnehmen?

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus oder eine Fondsanlage vereinbart haben.

Sie können aus dem **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus bzw. aus dem **→Fondswert** ein Kapital entnehmen. Hierfür erheben wir eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 15 EUR.

(1) Voraussetzungen
- Es darf kein Policendarlehen bestehen.
- Sie müssen mindestens 500 EUR entnehmen.
- Das verbleibende **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus bzw. der verbleibende **→Fondswert** der Versicherung zum Stichtag für die Ermittlung des Fondswerts muss nach der Ent-

nahme und Berücksichtigung der Bearbeitungsgebühr mindestens 500 EUR betragen.
- Wenn Sie eine Fondsanlage vereinbart haben, kann eine Entnahme nur insoweit erfolgen, als wir die Anteileinheiten der Fonds zurückgeben können. Bei der Ermittlung des verbleibenden **→Fondswert** berücksichtigen wir nur die Anteileinheiten, bei denen eine Rückgabe unbefristet und uneingeschränkt möglich ist.

Den **→Fondswert** ermitteln wir unverzüglich, spätestens im Laufe des fünften **→Bankarbeitstags** nach Eingang Ihrer Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) auf Auszahlung des Kapitals.

(2) Auswirkungen
- Die Zahlungsperiode und die Höhe der zu zahlenden Beiträge ändern sich durch die Entnahme nicht.
- Durch die Entnahme verringert sich die Leistung aus der Überschussbeteiligung.

11.13 Wann können Sie die Beiträge aus den in den Anteileinheiten angelegten Überschussanteilen bzw. aus dem Ansammlungsbonus finanzieren?

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus oder eine Fondsanlage vereinbart haben.

Sie können jederzeit verlangen, dass die Beiträge aus dem Ansammlungsbonus bzw. aus den in den Anteileinheiten angelegten Überschussanteilen finanziert werden, so lange das **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus bzw. der **→Fondswert** nicht unter 500 EUR sinkt.

Wenn Sie eine Fondsanlage vereinbart haben, kann eine Finanzierung der Beiträge nur aus den Anteileinheiten erfolgen, deren Rückgabe unbefristet und uneingeschränkt möglich ist. Bei der Ermittlung des verbleibenden **→Fondswerts** berücksichtigen wir nur die Anteileinheiten aus Fonds und **→Anlagestrategien**, bei denen eine Rückgabe unbefristet und uneingeschränkt möglich ist.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

12. Abänderungen zur Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice E356

Zu Ihrem Vertrag sind die nachfolgenden Abänderungen vereinbart. Es gilt daher Folgendes:

Abänderung SBV7: Die Versicherung ist als Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice mit dynamischem Zuwachs abgeschlossen.

(1) Nach welchem Maßstab erfolgt die Erhöhung der Beiträge und der Versicherungsleistungen?
Der Beitrag für die Versicherung erhöht sich um den mit Ihnen vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags. Die Höhe des Prozentsatzes legen Sie bei Abschluss des Vertrages fest.

Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Risikoprüfung. Die Versicherungsleistungen werden nicht im selben Verhältnis erhöht wie der Beitrag. Die Erhöhung errechnet sich nach den am Erhöhungstermin erreichten Vertragsdaten, insbesondere dem Alter der **→versicherten Person**, der restlichen Versicherungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Es gelten hierfür die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, erhöht sich die Pflegezusatzrente im selben Verhältnis wie die Berufsunfähigkeitsrente. Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

(2) Wann und wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?
Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zum Jahrestag der Versicherung.

Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger als bis die **→versicherte Person** das **→rechnungsmäßige Alter** von 55 Jahren erreicht hat. Die letzte Erhöhung ist in jedem Fall spätestens 3 Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer möglich.

(3) Bis zu welcher Grenze können die Versicherungsleistungen erhöht werden?
Die Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente muss in einem angemessenen Verhältnis zum Bruttoarbeitseinkommen der **→versicherten Person** stehen. Wenn die Summe aller bei der Allianz Lebensversicherungs-AG versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten der **→versicherten Person** 40.000 EUR im Jahr übersteigt, ist Voraussetzung für eine wirksame Erhöhung, dass die Summe aller zu diesem Zeitpunkt versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten der versicherten Person nicht mehr als 70 Prozent ihres Bruttoarbeitseinkommens im letzten Kalenderjahr vor der Erhöhung beträgt. Damit uns dies bestätigt werden kann, schreiben wir Sie rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin an. Solange uns diese Bestätigung nicht vorliegt, kann die Erhöhung nicht durchgeführt werden.

Es sind die versicherten Berufsunfähigkeitsrenten aus Verträgen der **→versicherten Person** bei uns und bei anderen privaten Versicherern zu berücksichtigen. Renten bzw. Anwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus berufsständischen Versorgungswerken zählen nicht dazu. Wenn die **→versicherte Person** selbstständig ist, ist anstelle des Bruttoarbeitseinkommens der Gewinn vor Steuern maßgeblich.

(4) Welche sonstigen Bestimmungen gelten für Ihren Beitrag und für die Erhöhungen?
Alle im Rahmen des Vertrags getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

Die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Vertrag setzt die in Teil B, Ziffer 1 hinsichtlich der Verletzung der Anzeigepflicht genannte Frist nicht erneut in Lauf.

Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen kann die beitragsfreie Versicherungsleistung und der Abzug nicht mehr der in Ihren Versicherungsinformationen enthaltenen Tabelle entnommen werden.

(5) Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?
Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von 2 Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen. Sie können ohne Angabe von Gründen die Erhöhung beliebig oft aussetzen. Unterbliebene Erhöhungen können Sie nur mit unserer Zustimmung nachholen.

Wenn Sie bei Ihrer Versicherung eine Stundung der Beiträge verlangen, erfolgen in dieser Zeit keine Erhöhungen.

Es erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt, oder wenn wir Leistungen wegen Krankschreibung erbringen. Erhöhungen, die nach dem Termin, ab dem Leistungen aus dieser Versicherung erbracht werden müssen, aber noch vor Anerkennung der Berufsunfähigkeit durchgeführt worden sind, werden rückgängig gemacht.

Teil B - Pflichten für alle Bausteine

Hier finden Sie wesentliche bausteinübergreifende Pflichten und Obliegenheiten. Weitere Pflichten und Obliegenheiten finden Sie in Teil A. Die Regelungen in Teil B gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für den gesamten Vertrag.

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Anzeigepflicht

a) Gegenstand der Anzeigepflicht
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Die Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

b) Anzeigepflicht der versicherten Person
Wenn eine andere Person als Sie versichert werden soll, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der in Textform gestellten Fragen verantwortlich.

c) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen
Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei einer Anzeigepflichtverletzung
Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus den §§ 19 bis 22 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir
- vom Vertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir verzichten auf die uns nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zustehenden Rechte zur Vertragsänderung und Kündigung, wenn die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.

b) Rückkaufswert und Abzug bei Rücktritt oder Anfechtung
Wenn wir vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten, zahlen wir den Rückkaufswert, der auch im Falle Ihrer Kündigung gezahlt würde. Von diesem Betrag nehmen wir einen Abzug vor. In Ihren Versicherungsinformationen ist festgelegt, in welcher Höhe wir einen Abzug vornehmen. Dort erläutern wir Ihnen auch die Gründe für diesen Abzug. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Die Angemessenheit müssen wir im Streitfall darlegen und beweisen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht oder nur in geringerer Höhe angemessen ist, entfällt der Abzug oder wir setzen ihn - im letzteren Fall - entsprechend herab.

c) Frist für die Ausübung unserer Rechte
Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen, wenn seit dem Abschluss des Vertrags mehr als 5 Jahre vergangen sind. Dies gilt nicht, wenn wir von der Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangen, der vor Ablauf der Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt 10 Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung 10 Jahre vergangen sind.

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung
Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

(4) Erweiterung oder Wiederherstellung des Versicherungsschutzes
Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

(5) Schriftformerfordernis
Die Ausübung des Rechts auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

(6) Empfangsvollmacht
Wenn Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, eine von uns abgegebene Erklärung entgegenzunehmen. Wenn auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden ist oder sein Aufenthalt nicht ermittelt werden kann, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:
2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode
Den Beitrag für Ihre Versicherung müssen Sie
- in einem einmaligen Beitrag zahlen oder
- als laufende Beiträge entsprechend der vereinbarten Zahlungsperiode. In diesem Fall kann die Zahlungsperiode je nach Vereinbarung einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr betragen. Wir geben sie im Versicherungsschein an. Die Beiträge sind entsprechend der vereinbarten Zahlungsperiode kalkuliert. Die Versicherungsperiode (§ 12 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) entspricht somit der vereinbarten Zahlungsperiode.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster oder einmaliger Beitrag
Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass

der Versicherungsschutz erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

b) Folgebeiträge
Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten der vereinbarten Zahlungsperiode fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn eine Zahlung im Lastschriftverfahren (siehe Absatz 5) vereinbart ist, ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn
- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Übermittlungsrisiko
Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(5) Zahlung im Lastschriftverfahren

a) SEPA-Lastschriftmandat
Wenn der Beitrag von einem Konto eingezogen werden soll (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden.

b) Monatliche Beiträge
Monatliche Beiträge müssen im Lastschriftverfahren gezahlt werden.

c) Folgen eines fehlgeschlagenen Lastschrifteinzugs
Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben,
- können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen;
- sind wir berechtigt, eine monatliche Zahlungsperiode auf eine vierteljährliche Zahlungsperiode umzustellen.

Im Übrigen gelten die Regelungen zum Verzug (siehe Ziffern 2.2 und 2.3).

2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes
Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1). Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen, beginnt der Versicherungsschutz daher erst zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Für Versicherungsfälle, die in der Zwischenzeit eintreten, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

(2) Unser Rücktrittsrecht
Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Verzug
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 b) zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug. In diesem Fall sind wir berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns hierdurch entstanden ist.

Sie geraten nicht in Verzug, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(2) Fristsetzung
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 Wochen betragen.

(3) Wegfall oder Minderung des Versicherungsschutzes bei erfolglosem Fristablauf
Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn
- Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden und
- wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf
Wenn Sie nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Wenn Sie bei Ablauf der Frist noch immer mit der Zahlung in Verzug sind, wird die Kündigung dann automatisch wirksam. Hierauf werden wir Sie bei Kündigung ausdrücklich hinweisen.

(5) Fortbestand des Vertrags, wenn Sie den angemahnten Betrag nachzahlen
Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nachzahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist.

Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Nachzahlung eintreten, besteht jedoch kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

3. Weitere Mitwirkungspflichten

Welche weiteren Mitwirkungspflichten haben Sie?

(1) Pflicht zur Übermittlung notwendiger Informationen, Daten und Unterlagen
Wenn wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsschluss oder auf Nachfrage unverzüglich - das heißt ohne schuldhaftes Zögern - zur Verfügung stellen. Dies gilt auch, wenn sich nachträglich Änderungen zu den von Ihnen bei Vertragsschluss oder auf Nachfrage zur Verfügung gestellten Informationen, Daten und Unterlagen ergeben.

Wenn ein Dritter Rechte an Ihrem Vertrag hat und auch dessen Status für Datenerhebungen und Meldungen entscheidend ist, sind Sie auch insoweit zur Mitwirkung verpflichtet.

(2) Notwendige Informationen
Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind alle Umstände, die für die Beurteilung Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit, der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können. Dazu zählen vor allem die deutsche oder ausländische steuerliche Ansässigkeit, die Steueridentifikationsnummer, das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

(3) Unterlassene Mitwirkung bei gesetzlicher Meldepflicht
Wenn für uns als Versicherer eine gesetzliche Meldepflicht besteht, müssen wir die notwendigen Informationen im Sinne von Absatz 2 an in- oder ausländische Steuerbehörden melden. Wenn Sie uns dann die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie ungeachtet einer bestehenden oder nicht bestehenden steuerlichen Ansässigkeit im Ausland damit rechnen, dass wir Ihre Vertragsdaten an in- oder ausländische Steuerbehörden melden.

Wenn Sie Ihren Mitwirkungspflichten nach den Absätzen 1 und 2 nicht nachkommen, sind wir berechtigt, unsere Leistung zurückzubehalten. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

Teil C - Allgemeine Regelungen

Die Regelungen in Teil C gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für den gesamten Vertrag.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz
Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Vertrags, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem genannten Zeitpunkt nur dann, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen. Wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1).

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

(2) Erweiterung des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gilt Absatz 1 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

2. Versicherungsschein

Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Inhaber
Wir können den Inhaber des Versicherungsscheins als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

(2) Nachweis der Berechtigung bei Verfügungen
Wenn ein Berechtigter ein Bezugsrecht eingeräumt oder widerrufen hat oder Ansprüche abgetreten oder verpfändet hat, brauchen wir den Nachweis der Berechtigung durch den Inhaber des Versicherungsscheins nur dann anzuerkennen, wenn der bisherige Berechtigte die Verfügung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) angezeigt hat.

3. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

4. Adressaten für Beschwerden

An wen können Beschwerden gerichtet werden?

Ihnen stehen die nachfolgend genannten Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung:

(1) Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler
Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter **www.allianz.de/service/beschwerde/**. Sie können Ihre Beschwerde auch an Ihren Versicherungsvermittler richten.

(2) Beschwerde beim Ombudsmann für Versicherungen
Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann für Versicherungen durchzuführen (**Anschrift: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin; E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de; Website: www.versicherungsombudsmann.de**). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. Das Verfahren kann nur von Verbrauchern durchgeführt werden. Der Beschwerdewert darf 100.000 EUR nicht übersteigen. Bei Beschwerden über einen Versicherungsvermittler oder -berater können Sie sich unabhängig vom Beschwerdewert an den Ombudsmann wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag. Entscheidet der Ombudsmann zu Ihren Gunsten, sind wir an diese Entscheidung gebunden, sofern der Beschwerdewert 10.000 EUR nicht überschreitet.

Sofern Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag auf elektronischem Wege (zum Beispiel über eine Website oder via E-Mail) geschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbeilegungsplattform (**Website: www.ec.europa.eu/consumers/odr/**) nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort an den Ombudsmann für Versicherungen weitergeleitet.

(3) Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht
Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn; E-Mail: poststelle@bafin.de; Website: www.bafin.de**. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an diese wenden.

(4) Rechtsweg
Unabhängig von der Beschwerde haben Sie immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

5. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen gegen uns
Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder für die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Sie können auch bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft), bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die vertraglich nicht ausgeschlossen werden dürfen, können Sie auch dort Klage erheben.

(2) Zuständiges Gericht für Klagen gegen Sie
Klagen aus dem Versicherungsvertrag müssen wir bei dem Gericht erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei

dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft), bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Geschäftssitz. Ist deren Geschäftssitz unbekannt, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

(3) Zuständiges Gericht, wenn Sie außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz wohnen

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts nach Vertragsschluss in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

6. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren nach § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

7. Informationen während der Vertragslaufzeit

Sie erhalten jährlich, ab dem 2. Versicherungsjahr bis zum Beginn der Leistungsphase, eine Mitteilung, der Sie die Höhe der Versicherungsleistung und bei einem Baustein Altersvorsorge zusätzlich den Stand Ihres Kapitals entnehmen können.

Sie können diese Auskunft auch jederzeit auf Wunsch erhalten.

Erläuterung von Fachausdrücken

Hier definieren wir wichtige Fachausdrücke. Im Text haben wir diese Fachausdrücke mit einem "→" markiert. Beispiel: **→Versicherungsnehmer**.

Anlagestrategie:
Bei einer von uns angebotenen Anlagestrategie handelt es sich um eine Zusammenstellung von Fonds nach festgelegten Anlagegrundsätzen. Weder bei Vertragsschluss noch während der Vertragsdauer müssen von uns Anlagestrategien neben Fonds zur Verfügung gestellt werden.

Anteilswert:
Der Wert einer Anteileinheit (Anteilswert) richtet sich nach der Wertentwicklung der im jeweiligen Sondervermögen der Kapitalverwaltungsgesellschaft gehaltenen Vermögensgegenstände. Der Anteilswert entspricht dem Rücknahmepreis eines Anteils des Fonds.

Den Rücknahmepreis eines Fondsanteils ermittelt die jeweilige Kapitalverwaltungsgesellschaft an den für sie geltenden Arbeitstagen. Diese müssen nicht mit den Bankarbeitstagen in Deutschland übereinstimmen. Wenn uns kein aktueller Rücknahmepreis vorliegt, verwenden wir den letzten uns bekannten Rücknahmepreis.

Wenn eine Kapitalverwaltungsgesellschaft die Rücknahme der Anteileinheiten ausgesetzt oder endgültig eingestellt hat oder keine Ausgabe von Anteileinheiten mehr erfolgt und wir aus diesen Gründen die Anteileinheiten nicht an die Kapitalverwaltungsgesellschaft zurückgeben können, setzen wir - soweit vorhanden - den für diese Anteileinheiten ermittelten Börsenpreis an.

Bei börsengehandelten Exchange Traded Funds (ETFs) entspricht der Anteilswert bei Kauf oder Verkauf (zum Beispiel beim Erwerb von Anteileinheiten mit Ihren Überschussanteilen oder Umschichtungen) den jeweiligen von uns erzielten Kauf- oder Verkaufspreisen, gegebenenfalls nach Berücksichtigung uns in Rechnung gestellter Handelsgebühren Dritter.

Bankarbeitstag:
Bankarbeitstage, auch Geschäftstage genannt, sind die Tage, an denen Kreditinstitute in Deutschland bzw. Luxemburg für den Publikumsverkehr geöffnet sind. Montag bis Freitag sind in der Regel Bankarbeitstage. Wochenenden, Feiertage in Luxemburg und bundeseinheitliche Feiertage sowie der 24.12. und 31.12. sind keine Bankarbeitstage.

Bewertungsreserven:
Bei der Bewertung unserer Kapitalanlagen können Bewertungsreserven entstehen. Diese ergeben sich, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in unserer Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und ermöglichen es, kurzfristige Schwankungen auf den Kapitalmärkten auszugleichen.

Bezugsgröße:
Für die Beschreibung der jeweiligen Bezugsgrößen, auf die sich die Überschussanteilsätze beziehen, verwenden wir versicherungsmathematische Begriffe. Die Bezugsgrößen hängen vor allem vom vereinbarten Beitrag, von der Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente, vom Alter der versicherten Person und von der Rentenzahlungsdauer ab. Wir ermitteln die Bezugsgrößen nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

Deckungskapital:
Das Deckungskapital der Versicherung wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet.

Deckungsrückstellung:
Versicherer sind gesetzlich verpflichtet, für ihre Verpflichtungen gegenüber ihren Versicherungsnehmern Deckungsrückstellungen zu bilden. Sie entsprechen dem Betrag, der bereitgestellt werden muss, damit zusammen mit künftigen Versicherungsbeiträgen die garantierten Versicherungsleistungen finanziert werden können. Die Deckungsrückstellung wird entsprechend der Vorschriften der §§ 341 e und f des Handelsgesetzbuches (HGB) und der Deckungsrückstellungsverordnung berechnet.

Fondswert:
Der Fondswert Ihrer Versicherung entspricht dem Wert der auf die Versicherung entfallenden Anteileinheiten. Er wird dadurch ermittelt, dass die Anzahl der Anteileinheiten, die auf die Versicherung entfallen, mit den zu einem bestimmten Bewertungsstichtag ermittelten Anteilswerten multipliziert wird.

Kosten:
Kosten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind die Kosten, welche in der Beitragskalkulation berücksichtigt wurden (Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten). Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere Verwaltungskosten. Zu den Kosten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gehören außerdem die Kosten, die aus von Ihnen veranlassten Gründen erhoben werden können.

Rechnungsmäßiges Alter:
Das rechnungsmäßige Alter ist das jeweilige Alter der versicherten Person - wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als 6 Monate verstrichen sind. Beispiel: Sie sind rechnerisch bereits dann 62 Jahre alt, wenn Sie in weniger als 6 Monaten Ihren 62. Geburtstag haben.

Rechnungszins:
Der Rechnungszins ist der Zinssatz, der für die Finanzierung der garantierten Leistungen erforderlich ist.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung:
Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) ist eine versicherungstechnische Rückstellung im Jahresabschluss eines Versicherers. Diese Rückstellung bildet den handelsrechtlichen Wert der Ansprüche der Versicherungsnehmer auf künftige Überschussbeteiligung. Sie ermöglicht es, Schwankungen - wie sie insbesondere bei Kapitalerträgen häufig vorkommen - im Zeitverlauf auszugleichen.

Struktur:
Die Struktur bezeichnet im Rahmen einer Anlagestrategie die Zusammenstellung der Fonds sowie die prozentuale Aufteilung des Anlagebetrags auf die Fonds, die dieser Anlagestrategie zugrunde liegen, zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Tafeln:
Mit Tafeln können wir Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Ereignisse ermitteln. Sie sind Grundlage unserer Berechnungen, mit denen wir die Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtungen sicherstellen können.

- Mit Sterbetafeln können wir Wahrscheinlichkeiten für Todesfälle ermitteln.
- Mit weiteren Tafeln können wir Wahrscheinlichkeiten anderer Versicherungsfälle wie zum Beispiel für den Eintritt und Wegfall der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit ermitteln. Wir können außerdem Wahrscheinlichkeiten bestimmter Ereignisse feststellen, wie zum Beispiel für die Sterblichkeit von Berufsunfähigen oder Pflegebedürftigen oder die Wiederverheiratung.

Überschussanteilsatz:
Die Überschussanteilsätze legen wir als Prozentsätze bestimmter Bezugsgrößen fest. Dies erfolgt jeweils für die einzelnen Überschuss- und Untergruppen sowie für die verschiedenen Arten der Überschussanteile (siehe Ziffer 2.2 Teil A - Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice und BerufsunfähigkeitsStartPolice). Die Überschussanteilsätze werden jeweils in Prozent im Anhang unseres Geschäftsberichts genannt oder dem Versicherungsnehmer auf andere Weise mitgeteilt.

Verantwortlicher Aktuar:
Jedes Lebensversicherungsunternehmen muss einen Verantwortlichen Aktuar bestellen. Diese Person muss zuverlässig und geeignet sein sowie ausreichende Kenntnisse in der Versicherungsmathematik und Berufserfahrung haben. Der Verantwortliche Aktuar achtet insbesondere darauf, dass die Verpflichtungen gegenüber den Versicherungsnehmern dauerhaft erfüllt werden können und dass bei der Berechnung der Beiträge und der Deckungsrückstellungen die gesetzlichen Bestimmungen eingehalten werden (§ 141 Versicherungsaufsichtsgesetz -VAG).

Versicherte Person:
Die versicherte Person ist diejenige Person, auf deren Leben die Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice genommen wird. Die versicherte Person muss nicht notwendigerweise der Versicherungsnehmer sein.

Versicherungsnehmer:
Der Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat. Er wird als solcher im Versicherungsschein genannt. Die in den Versicherungsbedingungen festgelegten Rechte und Pflichten betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer als Vertragspartner.

Anhang zum Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang"

Hier finden Sie einen Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017.

§ 14 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, "Begriff der Pflegebedürftigkeit"

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, "Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument"

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Anlage 1 (zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6;

Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von 2 Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung "überwiegend inkontinent" oder "vollständig inkontinent" getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit "entfällt" (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbstständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit "teilweise" (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit "vollständig" (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen pro Tag	Anzahl der Maßnahmen pro Woche	Anzahl der Maßnahmen pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
	Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7	0			
	Umrechnung in Maßnahmen pro Tag	0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe - Kriterium 5.1 - und einmal Blutzuckermessen - Kriterium 5.6 -, entspricht dies 4 Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen pro Tag	Anzahl der Maßnahmen pro Woche	Anzahl der Maßnahmen pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
	Summer der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11	0			
	Umrechnung in Maßnahmen pro Tag	0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipilziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punke vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt oder selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
5.16	Einhalten einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)
Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1. Mobilität	10 %	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4. Selbstversorgung	40 %	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6

7. Außerhäusliche Aktivitäten	Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägung bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.
8. Haushaltsführung	

Bitte beachten Sie die Unterschriften unter Punkt C, D und E in den Erklärungen und Hinweisen zum Antrag!

☐ Antrag wurde elektronisch (über VERDI) versandt.
☐ Antrag wurde über Postweg, per E-Mail oder Fax versandt, bitte policieren.

☐ ZJ ☐ ZN

Antrag auf Abschluss

einer Allianz BerufsunfähigkeitsPolice

bei der Allianz Lebensversicherungs-AG

Antragsteller (Versicherungsnehmer) und zu versichernde Person

Anrede / Titel	**Herr**
Adelstitel / Adelsbez.	**/**
Name	**Muster**
Vorname	**Max**
Straße, Haus-Nummer	
Postleitzahl, Ort	**D-**
Land	**Deutschland**
Geburtsdatum	**01.01.1992**
Geburtsort	
Geburtsland	**Deutschland**
Geburtsname	
Staatsangehörigkeit	**deutsch**
Raucherstatus	**Nichtraucher**
Lebensphase	**Berufliche Tätigkeit**
Tätigkeitsgruppe	**Software- und Systemfachleute**
Ausgeübte Tätigkeit	**Software-Entwickler; Software-Entwicklerin**

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA
PESVA02545

Allianz BerufsunfähigkeitsPolice
Versicherungsantrag

Vermittlerdaten

Vermittler-Nr.	**30/490/0650**
Vermittlername	
interne Referenznr. (BAKDNR)	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon	

Daten der Versicherung

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Vertrages, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem genannten Zeitpunkt nur dann, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gezahlt haben.

Versicherungsbeginn	**01.08.2022**
Versicherungs-/ Beitragszahlungsdauer	**36 Jahre**
Monatlicher zu zahlender Beitrag im 1. Jahr	**87,02 EUR**
Dynamischer Zuwachs des Beitrags	**3 % des Vorjahresbeitrags**

Es ist eine Beitragsdynamik von 3 % des Vorjahresbeitrags vereinbart, die spätestens mit Ablauf des 55. Lebensjahres endet.

Bei unseren Berechnungen zur Berufsunfähigkeitsvorsorge haben wir zugrunde gelegt, dass die versicherte Person Nichtraucher ist. Bitte beachten Sie den Abschnitt "Wichtige Erklärung zum Tabakkonsum der zu versichernden Person" im Antrag.

Weitere Informationen zum gewählten Zuwachs finden Sie in den "Informationen zum Produkt".

Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge

Versichert ist
Herr Max Muster, geb. am 01.01.1992

Berufsunfähigkeitsrente Plus bei Berufsunfähigkeit vor dem 01.08.2058

MONATLICHE GARANTIERENTE
2.500,00 EUR

Diese Garantierente erhalten Sie für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens aber bis zum 31.07.2058.

Beitragsbefreiung Plus bei Berufsunfähigkeit vor dem 01.08.2058

BEITRAGS-BEFREIUNG

Für die Dauer der Berufsunfähigkeit erfolgt eine Befreiung von der Beitragszahlungspflicht, längstens aber bis zum 31.07.2058.

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA PESVA02545

Um Ihnen eine Vorstellung über den Wert des Versicherungsschutzes zur Berufsunfähigkeitsvorsorge zu geben, haben wir die Leistung aus dem Baustein Berufsunfähigkeitsvorsorge mit einer vereinfachten Modellrechnung ermittelt. Dabei sind wir davon ausgegangen, dass Sie nach Zahlung des ersten Beitrags berufsunfähig werden und wir die Leistungen bis zum Ende der Versicherungsdauer des Bausteins Berufsunfähigkeitsvorsorge erbringen. Diese möglichen Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge würden die rechtsgenannte Summe ergeben.

Mögliche Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsvorsorge
1.080.000,00 EUR

Art der Überschussverwendung

Berufsunfähigkeitsvorsorge während der Versicherungsdauer	**Verrechnung**

Beitrag

			monatlich
Beitrag im 1. Jahr	113,02 EUR		
abzüglich Verrechnungsüberschussanteil	- 26,00 EUR		
zu zahlender Beitrag im 1. Jahr		=	**87,02 EUR**

Ihr monatlicher Beitrag
87,02 EUR

Die Höhe der Verrechnungsüberschussanteile kann nicht garantiert werden.

Die Gesundheitsprüfung im Rahmen der elektronischen Risikoprüfung wurde noch nicht durchgeführt, deshalb ist Ihre gesundheitliche Situation in Leistung und Beiträgen noch nicht berücksichtigt.

Inkasso

Beitragszahler	**der Versicherungsnehmer**
Zahlungsart	**Einzugsermächtigung**
Konto-Nr.	_____
Bankleitzahl	_____
Name und Anschrift des Geldinstitutes	_____
IBAN	_____
BIC	_____

Die Beiträge werden bis auf Widerruf bei Fälligkeit von dem angegebenen Konto eingezogen.

Bitte unterzeichnen Sie das SEPA-Mandat unter Punkt C in den Erklärungen und Hinweisen zum Antrag. (Zwingend bei Lastschrift.)

Die Abbuchung der Folgebeiträge erfolgt jeweils zum 1. des Monats

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA PESVA02545

Privatvorsorge zur BAV

Handelt es sich um eine ergänzende Privatvorsorge zur bAV? ☐ **Ja** ☑ **Nein**

Gruppenversicherung _____

Empfänger der Versicherungsleistungen

Als Bezugsberechtigter kann ausschließlich die versicherte Person oder ein naher Angehöriger der versicherten Person gemäß § 7 Pflegezeitgesetz oder gemäß § 15 Abgabenordnung (zum Beispiel Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Lebensgefährte, Verwandte in gerader Linie, Geschwister) benannt werden (begünstigter Personenkreis). Die Beschränkung auf den begünstigten Personenkreis gilt auch bei Änderungen des Bezugsberechtigten während der Vertragslaufzeit.

Die Beschränkung auf diesen Personenkreis gilt nicht, wenn die Versicherung zur Sicherung einer Verbindlichkeit der versicherten Person oder eines nahen Angehörigen der versicherten Person gemäß § 7 Pflegezeitgesetz oder gemäß § 15 Abgabenordnung abgetreten oder verpfändet wird. In diesem Fall kann der Sicherungsnehmer sich als Bezugsberechtigten benennen. Die Abtretung oder Verpfändung der Versicherung muss rechtlich möglich sein.

Bezugsberechtigt für fällig werdende Leistungen

Solange die 1. versicherte Person lebt **der Versicherungsnehmer**

Die Auswahl des Bezugsrechts wurde mit dem Kunden besprochen.

Zielmarkt (vom Vermittler auszufüllen)

Der Verkauf erfolgt innerhalb des Zielmarktes ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Falls nein Begründung:

_____

Nebenabreden (Mündliche Abreden sind für Allianz Lebensversicherungs-AG nicht verbindlich.)

Keine

Ausübung Umwandlungsoption

☐ Ausübung der Umwandlungsoption Kindervorsorge in eine Berufsunfähigkeitsvorsorge aus Vertrag Nr. _____

Zusätzliche Unterlagen/Klauseln

Vom Kunden bereits ausgefüllte Fragebögen

■ keine

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA PESVA02545

Angekündigte Fragebögen

- Gesundheitserklärung: E----0109Z0 VP1, Herr Max Muster

Vom Kunden bereits anerkannte Klauseln

- keine

Online Service Meine Allianz

Wünschen Sie die kostenlose Nutzung des Online Service "Meine Allianz"?	☐ **Ja** ☐ **Nein**
Mobiltelefonnummer	_____
E-Mail	_____

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA

PESVA02545

Angaben zur beruflichen Tätigkeit und zu Freizeitaktivitäten der zu versichernden Person

Allgemeine Fragen

Lebensphase	**berufliche Tätigkeit**
ausgeübte Tätigkeit	**Software-Entwickler; Software-Entwicklerin**
Tätigkeitsstatus	**vollzeit beschäftigt**
Stellung in der Tätigkeit	**Angestellte**
höchster Abschluss	**Hochschulabschluss**

Beruf Software-Entwickler; Software-Entwicklerin

Anteil Bürotätigkeit oder verwaltende Tätigkeit	**75 - 100%**
Für wie viele Mitarbeiter haben Sie (disziplinarische) Verantwortung?	**a. 0 bis 4 Mitarbeiter**
Berufsgruppe Berufsunfähigkeitsvorsorge	**B1**

☑ **keine**

Es müssen alle Freizeitaktivitäten mit Unfallgefahr und/oder Verletzungsrisiko angegeben werden (z.B. Klettern, Drachenfliegen, Gerätetauchen, Wettfahrten).

Angaben zum Tabakkonsum der zu versichernden Person

☑ Nichtraucher

☐ Raucher

Wichtige Erklärung zum Tabakkonsum der zu versichernden Person

(gilt, wenn zum Tabakkonsum Nichtraucher angegeben wurde)

Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung aktiv nicht geraucht hat und auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen.

Rauchen meint dabei zum einen das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen. Zum anderen fällt unter das Rauchen auch die Verwendung elektrischer Verdampfer und Erhitzer, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen oder Tabakerhitzer (Heat-not-burn), die Verwendung von Wasserpfeifen (zum Beispiel Shisha) sowie das Konsumieren von Schnupf- und Oraltabak (zum Beispiel Snus).

Ich bin mir bewusst, dass unrichtige Angaben über das Rauchverhalten der zu versichernden Person eine Anzeigepflichtverletzung darstellen, die zum Verlust des Versicherungsschutzes führen kann.

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA
PESVA02545

Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach §19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt
Verletzen Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.
Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Sie haben in diesem Fall Anspruch auf Auszahlung des Rückkaufwerts, soweit Ihre Versicherung die Auszahlung eines Rückkaufswertes dem Grunde nach vorsieht und ein solcher zum Zeitpunkt des Rücktritts vorhanden ist.

2. Kündigung
Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei einer Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag im Fall der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung
Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte
Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle die vor Ablauf der Frist eingetreten sind.
Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.
Wir verzichten auf die uns nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zustehenden Rechte zur Vertragsänderung und Kündigung, wenn die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.

5. Anfechtung
Wenn Sie uns arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

6. Stellvertretung durch eine andere Person
Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrläs-

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA
PESVA02545

sigkeit zur Last fällt.

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA

PESVA02545

Bedingungen

Diese Bedingungen wenden sich an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner.

Leistungsbausteine

Hier finden Sie die vertraglichen Regelungen, die gelten, wenn sie den Abschluss einer Lebens- oder Rentenversicherung der Allianz Lebensversicherungs-AG beantragt haben. Wenn Sie bei uns keinen Antrag, sondern lediglich eine Angebotsanforderung abgeben, gelten die nachfolgenden Bestimmungen für die Angebotsanforderung mit folgender Maßgabe: An Stelle der Worte "Antrag" und "beantragt" treten die Worte "Angebotsanforderung" und "gewünscht" in der jeweils im Text verwendeten grammatischen Form.

Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG

Vorläufiger Versicherungsschutz

1. Leistungsumfang
2. Definition Unfall
3. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen
4. Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz
5. Beginn und Ende des vorläufigen Versicherungsschutzes
6. Kosten des vorläufigen Versicherungsschutzes
7. Verhältnis zur beantragten Versicherung und Bezug der Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz
   Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

1. Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsvorsorge beantragt haben?

(1) Vorläufiger Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit infolge eines Unfalls

Vorläufiger Versicherungsschutz besteht bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person infolge eines Unfalls, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist.

Wenn Sie einen Baustein Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit beantragt haben, erbringen wir diese Leistung nur, wenn der Grundbaustein zustande gekommen ist.

Wenn
- wir Leistungen aufgrund Berufsunfähigkeit der versicherten Person infolge eines Unfalls während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes erbringen und
- die versicherte Person während der Versicherungsdauer der beantragten Berufsunfähigkeitsvorsorge aufgrund einer medizinischen Ursache, die nicht auf dem Unfall beruht, berufsunfähig wird, werden die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz auf die Leistungen bei Berufsunfähigkeit oder wegen Krankschreibung aus Ihrer beantragten Versicherung angerechnet.

Es besteht kein vorläufiger Versicherungsschutz
- für Leistungen wegen Krankschreibung.
- aus einem Baustein Pflegezusatzrente, falls Sie diesen ergänzend beantragt haben, und die versicherte Person pflegebedürftig wird.

Wenn die versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes infolge eines Unfalls berufsunfähig wird, besteht während der gesamten Dauer der Berufsunfähigkeit kein Versicherungsschutz aus dem Baustein Pflegezusatzrente. Wenn die Berufsunfähigkeit zu einem späteren Zeitpunkt wegfällt, lebt der Versicherungsschutz aus dem Baustein Pflegezusatzrente wieder auf. Voraussetzung dafür ist, dass wir Ihren Antrag auf den Baustein Pflegezusatzrente nicht abgelehnt haben.

(2) Zahlung der für den Fall der Berufsunfähigkeit beantragten Leistungen

Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes erbringen wir die für den Fall der Berufsunfähigkeit beantragten Leistungen. Die Leistungen bei Berufsunfähigkeit enden spätestens mit dem Ablauf der für die Berufsunfähigkeitsvorsorge beantragten Leistungsdauer.

Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Wenn Sie eine Karenzzeit vereinbart haben, gelten die Regelungen in den Bedingungen der beantragten Versicherung. Der

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA
PESVA02545

Anspruch auf Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, jedoch frühestens zum Versicherungsbeginn der beantragten Versicherung.

Höchstgrenze der Leistungen bei Berufsunfähigkeit im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes
Wir zahlen die beantragte Berufsunfähigkeitsrente, jedoch jährlich höchstens eine Rente von 12.000 EUR, auch wenn Sie eine höhere Rente beantragt haben.

Wenn Sie einen Baustein Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit beantragt haben, befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht für alle Bausteine der Versicherung.

Jedoch betragen die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsrente und aus der Beitragsbefreiung zusammen jährlich höchstens 13.200 EUR, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben. Wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben, informieren wir Sie im Leistungsfall über die Möglichkeiten, wie Sie die Leistungen zwischen der Berufsunfähigkeitsrente und der Beitragsbefreiung aufteilen können.

Diese Begrenzungen gelten, wenn mehrere Anträge auf Berufsunfähigkeitsvorsorge derselben Person bei uns gestellt worden sind, für alle Anträge zusammen.

2. Definition Unfall

Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?
Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

3. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Wenn Sie einen Baustein Kapital bei Unfalltod, eine Berufsunfähigkeitsvorsorge oder eine KörperSchutzPolice beantragt haben, gelten nach Ziffer 7.1 die in den jeweiligen Versicherungsbedingungen aufgeführten Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen.

4. Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?
Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Versicherungsbedingungen bewegt;
- wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsvorsorge beantragt haben, die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 10. Lebensjahr schon und das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
- frühere Anträge für dieselbe versicherte Person von uns nicht abgelehnt, nicht zurückgestellt wurden oder nicht zu erschwerten Bedingungen zu Stande gekommen wären;
- frühere Verträge von uns nicht wegen Nichtzahlung oder Zahlungsrückständen gekündigt wurden;
- wir bei früheren Verträgen für dieselbe versicherte Person keinen Rücktritt bzw. keine Anfechtung erklärt haben;
- es sich nicht um eine VermögensPolice bzw. VermögensPolice Invest handelt.

5. Beginn und Ende des vorläufigen Versicherungsschutzes

Inhalt dieses Abschnitts:

5.1 Wann beginnt der vorläufige Versicherungsschutz?
5.2 Wann endet der vorläufige Versicherungsschutz?
5.3 Wie kann der Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz gekündigt werden?
5.4 Was folgt bei Vertragsabschluss mit einem anderen Versicherer?

5.1 Wann beginnt der vorläufige Versicherungsschutz?

Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt, wenn die Voraussetzungen nach Ziffer 4 vorliegen, mit dem Tag, an dem Ihr vollständig ausgefüllter Antrag bei uns eingeht.

5.2 Wann endet der vorläufige Versicherungsschutz?

Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn
- der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
- Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
- Sie uns mitteilen, dass Sie im Fall einer vorherigen Angebotsanforderung am Abschluss des Vertrages über die gewünschte Versicherung kein Interesse mehr haben;
- Sie von Ihrem Widerrufsrecht gemäß § 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Gebrauch gemacht haben;

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA
PESVA02545

- der erste oder einmalige Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wurde oder der Einzug des ersten oder einmaligen Beitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist. Dies gilt nur dann, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
- Sie einer Ihnen nach § 5 Absätze 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben.

5.3 Wie kann der Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz gekündigt werden?

Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Wir werden den vorläufigen Versicherungsschutz insbesondere dann kündigen, wenn wir Ihren Antrag abgelehnt haben. Haben Sie bei uns eine Angebotsanforderung abgegeben und nehmen Sie unser Ihnen daraufhin zugesandtes Angebot nicht innerhalb der darin genannten Annahmefrist an, werden wir den vorläufigen Versicherungsschutz ebenfalls gesondert kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

5.4 Was folgt bei Vertragsabschluss mit einem anderen Versicherer?

Ziffer 5.2 Aufzählungspunkte 1 und 5 finden auch Anwendung, wenn Sie den Vertrag über die beantragte Versicherung oder einen weiteren Vertrag über vorläufige Deckung mit einem anderen Versicherer abschließen oder abgeschlossen haben. Den Vertragsabschluss müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

6. Kosten des vorläufigen Versicherungsschutzes

Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Der vorläufige Versicherungsschutz ist kostenlos.

7. Verhältnis zur beantragten Versicherung und Bezug der Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz

Inhalt dieses Abschnitts:

7.1 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung?
7.2 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

7.1 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung?

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die für die beantragte Versicherung geltenden Versicherungsbedingungen Anwendung. Für den vorläufigen Versicherungsschutz erfolgt keine Überschussbeteiligung.

Es gelten insbesondere die jeweiligen Versicherungsbedingungen für die beantragten Bausteine einschließlich der dort aufgeführten Ausschlüsse und die dort aufgeführten besonderen Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten.

7.2 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

Wenn Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt haben, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

Wir gewähren Ihnen Versicherungsschutz nach diesen "Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz" und den Versicherungsbedingungen der beantragten Versicherung,

- wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsvorsorge beantragt haben, für die Berufsunfähigkeit der versicherten Person infolge eines Unfalls

Allianz Lebensversicherungs-AG

Katja de la Viña
Vorsitzende des Vorstands
Allianz Lebensversicherungs-AG

Dr. Volker Priebe
Mitglied des Vorstands
Allianz Lebensversicherungs-AG

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA
PESVA02545

Wichtig: Bitte dieses Blatt unbedingt mit dem Antrag einreichen.

Der nachfolgende QR-Code dient zur Digitalisierung Ihrer Personen- und Antragsdaten im Innendienst. Dadurch können wir die Antragsbearbeitung schnellstmöglich für Sie durchführen und abschließen.

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA

PESVA02545

Allianz BerufsunfähigkeitsPolice
Versicherungsantrag

☐ Antrag wurde elektronisch (über VERDI) versandt.
☐ Antrag wurde über Postweg, per E-Mail oder Fax versandt, bitte policieren.

☐ ZJ ☐ ZN

Erklärungen und Hinweise zum

Antrag vom NQ27 _____ auf Abschluss einer Allianz BerufsunfähigkeitsPolice

bei der Allianz Lebensversicherungs-AG

NQ3 Antragsnummer	|_____||_____||_____||_____||_____||_____|
NQ46 Versicherungsbeginn	**01.08.2022**
interne Referenznr. (BAKDNR)	_____
Vermittler-Nr.	**30/490/0650**

Antragsteller (Versicherungsnehmer) und zu versichernde Person

Anrede / Titel	**Herr**
Adelstitel / Adelsbez.	**/**
Name	**Muster**
Vorname	**Max**
Straße, Haus-Nummer	_____ _____
Postleitzahl, Ort	**D-** _____ _____
Land	**Deutschland**
Geburtsdatum	**01.01.1992**

A. Erklärungen

A.1.

Hiermit beantrage ich den Abschluss der erfassten Versicherung(en). Die für den Abschluss des / der Vertrages / Verträge erforderlichen Angaben habe ich gegenüber dem Vermittler gemacht. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes bin ich einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt.

Erklärungen der zu versichernden Person(en)

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA PESVA02545

Ich willige ein, dass die Versicherung auf der Grundlage des Versicherungsantrags bzw. der Angebotsanforderung auf meine Person abgeschlossen wird. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, den Inhalt des Versicherungsantrages zur Kenntnis zu nehmen.

A.2. Erklärungen zur Datenverarbeitung

I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie genetischen Daten[1] und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die unter I. abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden im Wesentlichen auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbands der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der ab 25.05.2018 wirksamen EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten sowie von genetischen Daten[1] durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG (im Folgenden "der Versicherer"), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Der Versicherer darf für die Lebensversicherung, die Berufsunfähigkeitsversicherung, die Erwerbsunfähigkeitsversicherung und die Pflegerentenversicherung die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart wird.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Unsere Mitarbeiter unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden "Schweigepflicht"). Darum benötigen wir, Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG (im Folgenden "der Versicherer"), Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z.B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

In der Risikoprüfung nutzen wir auch automatisierte Verfahren zur Einschätzung individueller Risiken. Dadurch kann zügig und kostengünstig entschieden werden, ob und zu welchen Bedingungen Versicherungsschutz geboten werden kann. Damit wir die von Ihnen angegebenen Gesundheitsdaten in diesen Verfahren verarbeiten dürfen, benötigen wir auch hierfür Ihre Einwilligung.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Soweit die Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten auf der Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligung erfolgt, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ist Ihre Einwilligung zur Durchführung des Vertrages erforderlich, wird ein Widerruf dazu führen, dass die Leistung nicht mehr erbracht werden kann.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten
- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist. Meine Einwilligung umfasst auch genetische Daten[1], soweit deren Verwendung zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages im oben beschriebenen Umfang zulässig ist.

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA
PESVA02545

Weiter willige ich ein, dass die von mir angegebenen Gesundheitsdaten in der Risikoprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden dürfen.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] bei Dritten für die zu versichernde Person

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich und bei genetischen Daten[1] deren Verwendung rechtmäßig ist. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten, genetische Daten[1] oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits an dieser Stelle unter Möglichkeit I oder später im Einzelfall (siehe Möglichkeit II) erteilen. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten. Sie können Ihre Entscheidung nachträglich jederzeit ändern.

Möglichkeit I:

NQ15 ☐ **Ich willige ein**, dass der Versicherer - soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsprüfung erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten sowie - sofern im oben beschriebenen Umfang zulässig - meine genetischen Daten[1] bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten sowie genetischen Daten[1] aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] sowie gegebenenfalls weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

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

Möglichkeit II:

NQ16 ☐ **Ich wünsche**, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] durch den Versicherer einwillige,die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei der Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA
PESVA02545

den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, Gesundheitsdaten und genetische Daten[1] zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung sowie einer Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Möglichkeit I:

NQ60 ☐ Für den Fall meines Todes **willige ich** in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung **ein** wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. - Möglichkeit I).

Möglichkeit II:

NQ61 ☐ Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten oder genetische Daten[1] erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder - wenn diese abweichend bestimmt sind - auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und rechtmäßig erhobenen genetischen Daten[1] an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden.

Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Allianz Deutschland Gruppe übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten und/oder Gesundheitsdaten sowie genetischen Daten[1] für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung am Ende der Erklärungen und Hinweise angefügt 1*). Eine aktuelle Liste kann auch auch im Internet unter www.allianz.de/datenschutz eingesehen oder bei uns (Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin, Telefon 0800 4 100 104, Lebensversiche-

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA
PESVA02545

rung@allianz.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und rechtmäßig erhobenen genetischen Daten[1] an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Allianz Deutschland Gruppe und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] und anderer von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Verträge mit Rückversicherern abschließen, die das von uns versicherte Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übermitteln. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag dem Rückversicherer vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

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

Hat ein Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, kann er kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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

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

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] an Rückversicherer werden wir Sie unterrichten.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten sowie die rechtmäßig erhobenen genetischen Daten[1] - soweit erforderlich - an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit und keine genetischen Daten[1] an selbstständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

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

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

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA
PESVA02545

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] - wenn der Vertrag nicht zustande kommt - für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

II. Für bestimmte Produkte benötigen wir folgende weitere Erklärungen zur Datenverarbeitung

Wirtschaftsauskunft (in Einzelfällen bei einer beantragten Leistung von mehr als 400.000 Euro oder einer Jahresrente von mehr als 30.000 Euro)

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass die Allianz Lebensversicherungs-AG zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Wirtschaftsauskünfte (z.B. zum Zahlungsverhalten) bei CRIF Bürgel GmbH oder Wirtschaftsauskunftei Reinald Desbalmes GmbH (nachfolgend "Auskunftei") einholt

Dabei kann die Auskunftei der Allianz Lebensversicherungs-AG ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren mitteilen (Score-Verfahren). Zur Identifikation werden Namen, Anschrift und Geburtsdatum an die Auskunftei übermittelt.

Zu den genannten Zwecken entbinde ich die Mitarbeiter der Allianz Lebensversicherungs-AG und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe meiner von der Schweigepflicht geschützten Daten an die Auskunftei von ihrer Schweigepflicht.

Erklärungen der zu versichernden Person(en) oder des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person(en)

Ich gebe hiermit für mich bzw. für die zu versichernde(n) Person(en) die vom Antragsteller bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen Erklärung zur Datenverarbeitung und bei Antrag auf Abschluss einer Lebens-, privaten Kranken- oder Pflegeversicherung die vom Antragsteller abgegebenen "Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht" ab.

B. Hinweise

Vertragsgrundlagen
Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein sowie die Ihnen übermittelten Versicherungsbedingungen.

Widerrufsrecht
Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den "Versicherungsinformationen" entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Versicherung, Vorsorge und Vermögensbildung sind Vertrauenssache. Daher ist es für uns sehr wichtig, Ihre Persönlichkeitsrechte zu respektieren. Das gilt insbesondere für den Umgang mit Ihren persönlichen Daten.

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA
PESVA02545

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 04 oder Lebensversicherung@allianz.de.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (im Folgenden "Daten") nicht möglich.

Beantragen Sie Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen gemachten Angaben und ggf. ergänzende Angaben Dritter, um das von uns zu übernehmende Risiko einschätzen zu können. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir Ihre Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Prüfung des fristgerechten Forderungsausgleichs. Kommt der Vertrag nicht zustande, speichern wir Ihre Daten, einschließlich Gesundheitsdaten und ggf. vorliegenden genetischen Daten[1], drei volle Kalenderjahre für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um den Eintritt und den Umfang des Versicherungsfalles sowie ggf. den Eintritt und die Abwicklung von Regressforderungen prüfen zu können. Die Daten nutzen wir weiterhin für eine Betrachtung und Pflege der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise für die Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder für umfassende Auskunftserteilungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Daten zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben, zur Geschäftssteuerung oder zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife und Produkte sowie zu deren Kalkulation.

Wir verarbeiten Ihre Daten aufgrund der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen der am 25.05.2018 wirksam werdenden EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Versicherungsunternehmen auf die "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft" verpflichtet, die gesetzliche Anforderungen für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt für vorvertragliche Maßnahmen und zur Erfüllung Ihres Vertrages. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie Gesundheitsdaten oder genetische Daten[1], erforderlich sind, benötigen wir grundsätzlich Ihre Einwilligung, es sei denn, es liegen die Voraussetzungen eines gesetzlichen Tatbestandes vor, z.B. bei der Erstellung von Statistiken.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es erforderlich ist, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere der Fall sein:
- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten insbesondere durch Datenanalysen zur Missbrauchsbekämpfung,
- für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe und deren Kooperationspartner. Dabei betrachten wir Aspekte, wie das von Ihnen bei uns gehaltene Produktportfolio und ihre persönliche Situation, um Ihnen individuell passende Produktempfehlungen geben zu können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungs- und Nachweispflichten oder obliegender Beratungspflichten).

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:
Der selbstständige Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, mit welchem Inhalt der Vertrag geschlossen wurde und dabei auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Darüber hinaus übermitteln wir die zur Betreuung Ihrer Versicherungsverträge benötigten Daten an den zuständigen Vermittler, der diese zu Beratungszwecken verarbeitet.

Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe sowie externe Dienstleister:
Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen in gemeinsam nutzbaren Verfahren wahr. Daten von Antragstellern und Versicherten können in zentralisierten Verfahren wie Telefonate, Post, Inkasso von diesen Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten auch externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, sowie der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht in diesem Antrag sowie in der jeweils aktuellen Version auch im Internet unter www.allianz.de/datenschutz einsehen oder bei uns anfordern.

Rückversicherer:
Einige der von uns übernommenen Risiken versichern wir zusätzlich bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Sollte ein Rückversicherer in Ihrem Fall involviert sein, werden Sie eigens informiert.

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA
PESVA02545

Zudem ist es in Einzelfällen möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung unterstützt.

Weitere Empfänger:
Darüber hinaus können wir Ihre Daten an weitere Empfänger übermitteln, z.B. an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten.

Dauer der Datenspeicherung

Grundsätzlich löschen wir Ihre Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Wir bewahren Ihre Daten für die Zeit auf, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich, unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch sowie der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn volle Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten sowie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie können einer Verarbeitung Ihrer Daten zu Zwecken der Direktwerbung widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen.

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der oben genannten Adresse, mit dem Zusatz "An den Datenschutzbeauftragten".

Daneben haben Sie die Möglichkeit, sich an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Behörde ist:
Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg in Stuttgart.

Datenaustausch mit den von Ihnen im Antrag benannten Versicherern

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von Daten mit den von Ihnen im Antrag benannten Versicherern erfolgen.

Wirtschaftsauskünfte

Soweit erforderlich, erheben wir Informationen nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir nach dem 25.05.2018 Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Diese können Sie dann im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen oder bei uns anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

In der Risikoprüfung nutzen wir auch automatisierte Verfahren zur Einschätzung individueller Risiken. Auf Basis Ihrer Angaben bei Antragstellung entscheiden wir dann automatisiert, zu welchen Bedingungen Versicherungsschutz geboten werden kann, wie .z.B. über mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Die automatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Prüfung und Gewichtung der Informationen.

Dabei ist das Ergebnis der Risikoprüfung auf das jeweilige Produkt abgestimmt mit folgenden Prüfungsergebnissen:
- ohne Erschwernis oder
- mit Risikozuschlag und/oder
- mit Leistungsausschluss oder
- nicht versicherbar oder
- Prüfung im Innendienst.

Unsere Annahmeentscheidungen sind auf statistische Datenmodelle und Expertenwissen gestützt, die kontinuierlich weiterentwickelt werden und die Basis unserer Risikoprüfung bilden.

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA
PESVA02545

Antrag auf Abschluss mehrerer Versicherungsverträge
Beantragen Sie mehrere Versicherungsverträge, sind diese rechtlich selbstständig und werden unabhängig voneinander geführt. Angaben zu den Versicherungsbedingungen und den Vertragslaufzeiten erhalten Sie in den ergänzenden Vertragsunterlagen.

[1]) Wir verwenden grundsätzlich keine genetischen Daten, es sei denn es wird eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart und es wurde bereits eine genetische Untersuchung oder Analyse vorgenommen.

*) Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten in gemeinsamen DV-Verfahren nutzen:

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Kunde und Markt GmbH, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz ONE-Business Solutions GmbH, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, Allianz Direct Versicherungs-AG (Konzerngesellschaft der Allianz SE) und Deutsche Lebensversicherungs-AG

Allianz Konzerngesellschaften (mit * gekennzeichnet) und Dienstleister, die im Auftrag des Versicherers personenbezogene Daten verwenden, die von der Schweigepflicht geschützt sind und/oder Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten oder nutzen:
- Allianz ONE-Business Solutions GmbH* (kundennahe Serviceleistungen)
- Allianz Kunde und Markt GmbH* (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen)
- Allianz Deutschland AG* (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen)
- Allianz Technology SE* (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe)
- Allianz Partners GmbH* (Assistancedienstleistungen)
- RehaCare GmbH*, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Berufe-Service, u.a. Unterstützung bei der Vermittlung einer neuen Tätigkeit und Hilfe bei beruflicher Rehabilitation)
- ReIntra GmbH (medizinisch-berufskundlicher Beratungs- und Reintegrationsdienst)
- WDS GmbH (Pflegeberatung)
- VLS Versicherungslogistik GmbH* (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus - Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH* (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- Telcon GmbH, Gesellschaft für Telemarketing und Consulting GmbH* (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- Gevekom GmbH, Dresden (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- Pro Claims Solutions GmbH (Unterstützung bei der Leistungsfallbearbeitung in der Lebensversicherung)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft in München (Unterstützung bei der Risiko- oder Leistungsprüfung aufgrund besonderer Sachkunde)
- medicals direct GmbH (Durchführung eines Medizin-Checks bei einer beantragten Leistung von mehr als 400.000 Euro oder Jahresrente von mehr als 30.000 Euro als Alternative zu erforderlichen ärztlichen Untersuchungen)
- WebID Solutions GmbH (Durchführung des Videoident-Verfahrens zur Identifizierung aufgrund Geldwäschegesetz)
- IDnow GmbH (zur Dokumentenidentifikation aufgrund Geldwäschegesetz)
- SCHUFA Holding AG (Durchführung des SCHUFA-Webservice zur Identifizierung aufgrund Geldwäschegesetz)
- Deutsche Post AG (Durchführung des Postident-Verfahrens zur Identifizierung aufgrund Geldwäschegesetz)
- Versorgungswerk der Presse GmbH (Versicherungsbetrieb ohne Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung für bei der Presse-Versorgung versicherte und versicherbare Personen)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)
- Versorgungsverband bundes- und landesgeförderter Unternehmen e.V. als Vertragspartner des Gruppenversicherungsvertrages (Beratung und Betreuung der Mitgliedsunternehmen und deren Mitarbeiter im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung)
- Msg life AG (Verwaltung der Versorgungskonten aus Direktzusagen)

Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Klaus-Peter Röhler.

Vorstand: Katja de la Viña, Vorsitzende; Dr. Heinke Conrads, Dr. Alf Neumann, Dr. Volker Priebe, Dr. Martin Riesner, Dr. Thomas Wiesemann.

Für Umsatzsteuerzwecke: USt-IdNr.: DE 811150678; Für Versicherungssteuerzwecke: VerSt-Nr.: 801/V90801011184;
Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei i.S. des UStG und der MwStSystRL
Sitz der Gesellschaft: Stuttgart

PESVA02545

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA

Registergericht: Stuttgart, HRB 20231

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA

PESVA02545

C. SEPA-Lastschriftmandat

Vertragsführende Gesellschaft	**Allianz Lebensversicherungs-AG** **10850 Berlin**
Gläubiger-Identifikationsnummer	**DE07ZZZ00000063475**
Mandatsnummer	**Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit**

Ich ermächtige die vertragsführende Gesellschaft, alle Forderungen zu diesem Vertrag (insbesondere Beiträge, Zinsen, Gebühren) bei Fälligkeit von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung gilt auch für künftig vereinbarte Änderungen zu diesem Vertrag (z.B. Abschluss weiterer Versicherungsbausteine).

Mein Geldinstitut **weise ich an**, die Lastschriften der vertragsführenden Gesellschaft einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden.

Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens zwei Bankarbeitstage vor dem ersten Einzug angekündigt.

Ich kann innerhalb von acht Wochen - beginnend mit dem Datum der Kontobelastung - die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Bitte prüfen Sie die nachfolgenden Angaben und informieren Sie uns umgehend, falls diese nicht korrekt sind. Nehmen Sie bitte keine eigenen Korrekturen vor, da wir handschriftliche Vermerke nicht berücksichtigen können. Vielen Dank.)

Versicherungsnehmer	**Muster, Max**
Kontoinhaber	**Muster, Max**
Geburtsdatum	**01.01.1992**
Straße, Hausnummer	_____ _____
PLZ, Ort	_____ _____
Geldinstitut	_____
IBAN	_____
BIC	_____

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA
PESVA02545

SEPA-Lastschriftmandat

Ich erteile der vertragsführenden Gesellschaft ein SEPA-Lastschriftmandat mit dem auf der vorherigen Seite beschriebenen Inhalt.

_____, _____ NQ99 _____
Ort, Datum Kontoinhaber

D. Unterschriften (Bitte mit Name und Vorname)

Mit der Unterschrift gebe ich die unter A. aufgeführten Erklärungen, **einschließlich der Erklärungen zur Datenverarbeitung**, ab. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Die Hinweise unter B. habe ich zur Kenntnis genommen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren **Versicherungsschutz gefährden**, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Ausführliche Hinweise zu Ihren Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in den Versicherungsbedingungen (Teil B - Pflichten für alle Bausteine) bzw. in der **"Wichtigen Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach §19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz"** .

_____, _____ NQ18 _____
Ort, Datum Max Muster
Antragsteller (Versicherungsnehmer)/
Zu versichernde Person

NQ25 _____
Vermittler

E. Empfangsbestätigung

Ich habe vor der Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:
Vordruck zum Antrag Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen inkl. der "Erklärungen und Hinweise zum Antrag" und die "Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach §19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz" in Papierform.
Gesundheitserklärung: E----0109Z0 VP1, Herr Max Muster
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
Versicherungsinformationen - Allianz BerufsunfähigkeitsPolice inkl. der Allgemeinen Steuerregelungen

Übersicht der Versicherungsbedingungen und weiterer Informationen:

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA
PESVA02545

Versicherungsbedingungen Teil A - Leistungsbausteine
* Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice oder BerufsunfähigkeitsStartPolice E356 (12/2021)
mit der Abänderung SBV7
Versicherungsbedingungen Teil B - Pflichten für alle Bausteine B1 (12/2021)
Versicherungsbedingungen Teil C - Allgemeine Regelungen C1 (12/2021)
Versicherungsbedingungen Erläuterung von Fachausdrücken G356 (12/2021)
Anhang zum Teil A 'Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang' ESGB (12/2021)

NQ26 _____

Max Muster
Unterschrift Antragsteller

4 Antrag FFD00EE40AF947A7AECC0CAC5B8A0F3D L KA
PESVA02545

☐ Allianz Lebensversicherungs-AG
☐ Deutsche Lebensversicherungs-AG

Allianz

Einreichung dieses Formulars nur in Kombination mit einem maschinell erstellten Antragsdruck möglich.

FRAGEN UND ANGABEN ZU GEFAHRERHEBLICHEN UMSTÄNDEN

der zu versichernden Person für Tarife mit einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente oder Beitragsbefreiung BU zur Altersvorsorge

E---A0109Z0 (17V) 0.12.21

Wichtige Hinweise

1) Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Sie sind verpflichtet, die Fragen zu den gefahrerheblichen Umständen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en).
Die Angaben können Sie gegenüber dem Versicherungsvermittler machen, der sie uns dann übermitteln wird. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zur Anfechtung, zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Anpassung Ihres Versicherungsvertrags berechtigen. Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in der Ihnen ausgehändigten „Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“.

2) Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!
Dies gilt nicht bei einem Antrag auf Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages mit einer Kapitalleistung von mehr als 300.000 EUR oder einer Jahresrente von mehr als 30.000 EUR. In diesen Fällen müssen Sie uns auch die Ergebnisse oder Daten bereits vorgenommener genetischer Untersuchungen oder Analysen mitteilen, selbst wenn diese allein darauf abzielen, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder künftig mögliche gesundheitliche Störung abzuklären.
Unabhängig davon bleiben Sie jedoch in jedem Fall verpflichtet, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzuzeigen. Dabei ist unerheblich, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Bitte machen Sie immer Angaben zu den für den jeweiligen Tarif relevanten Fragen, wenn eine Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenvorsorge mit Risikoprüfung (einschließlich Kapital bei Unfalltod) neu beantragt oder nachträglich eingeschlossen bzw. erhöht werden soll. Zur Erleichterung der Beantwortung der einzelnen Fragen haben wir Ihnen vielfach in Klammern auch Beispiele für Krankheiten etc. genannt. Es handelt sich hierbei nicht um abschließende Aufzählungen.
Für die PflegePolice Flexi und die PflegeRente ist das Druckstück E----0108Z0 zu verwenden.
Für die Risikolebensversicherung oder Hinterbliebenenvorsorge ohne Berufsunfähigkeitsrente ist das Druckstück E----0122Z0 zu verwenden.

Angaben zur Versicherung

Antrags- oder Versicherungsnummer (falls bekannt) _____

Dieses Formular ist fester Bestandteil des Antrages zur Lebens-/Rentenversicherung vom Tag ___ Monat ___ Jahr ___

Antragsteller (VN) Max Muster Geb.-Dat. 01 01 92

Zu versichernde Person Max Muster Geb.-Dat. 01 01 92

Angaben der zu versichernden Person

☒ A Allgemeine Fragen

1. Zu Auslandsaufenthalten
   Beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten länger als 6 Monate im außereuropäischen Ausland aufzuhalten? ☐ ja ☐ nein
   Falls ja: Wo? Wann? Wie lange? _____
2. Zu den Körpermaßen Wie sind Ihre **Körpergröße** und Ihr **Körpergewicht**? _____ cm _____ kg
3. Zum am besten informierten Arzt
   Welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstige nichtärztliche Therapeut ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert?
   Name/Fachrichtung: _____
   Anschrift: _____
4. Zur telefonischen Erreichbarkeit
   Wann und wie sind Sie am besten für Rückfragen unserer Antragsprüfer zu erreichen?
   Tag: _____ Uhrzeit: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____

PESVA02860

☐ B Gesundheitsfragen bei Einschluss von Beitragsbefreiung bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit *oder* bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente zur Beitragssicherung (Beitragssicherung für Riester) mit Jahreszahlbeitrag bis einschließlich 3.000 EUR

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre:

1. Waren Sie aus gesundheitlichen Gründen **mehr als 14 Kalendertage** durchgehend nicht in der Lage, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben? ☐ ja ☐ nein
2. Waren Sie wegen Beschwerden oder Krankheiten des **Rückens**, des **Bewegungsapparates**, der **Psyche**, des **Herzens** oder des **Kreislaufs** in Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten, Psychologen oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie **eine oder beide Fragen mit ja beantwortet** oder ist der Jahreszahlbeitrag für die gesamte beantragte Versicherung höher als **3.000 EUR**, beantworten Sie bitte die **gesamten Fragenblöcke C und D**.

☒ C Gesundheitsfragen bei Einschluss von Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, ggf. auch mit optionalem Einschluss von Hinterbliebenenvorsorge *oder* bei Einschluss von Beitragsbefreiung bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit mit Jahreszahlbeitrag größer 3.000 EUR

Evtl. durchgeführte Gentests müssen hier nicht angegeben werden (siehe Wichtige Hinweise, Ziffer 2).

Fragen zum **aktuellen Gesundheitszustand:**

1) Haben Sie eine oder mehrere der folgenden **Erkrankungen**? ☐ ja ☐ nein
- Allergie (z. B. Heuschnupfen)
- Erkrankung der Haut (z. B. Neurodermitis)
- Erkrankung der Augen (z. B. grauer oder grüner Star, Fehlsichtigkeit ab 8 Dioptrien)
- Erkrankung der Ohren (z. B. Hörstörung, Tinnitus)

Die Fragen beziehen sich auf die **letzten 3 Jahre:**

2) Waren Sie bei **Ärzten** oder **Therapeuten** (Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Heilpraktikern) in Behandlung, Untersuchung oder Beratung wegen Erkrankungen in den folgenden Bereichen?
Nicht zu berücksichtigen sind: Arztbesuche wegen akuter Erkältungskrankheiten, akuter Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/Geburt.

a) **Sinnesorgane*** (z. B. Netzhautablösung, Sehnerv-Entzündung, Hörsturz) ☐ ja ☐ nein
b) **Allergien*** (z. B. allergisches Asthma, Nahrungsmittelallergien, Kontaktallergien) ☐ ja ☐ nein
c) **Blut** (z. B. Bluter, Gerinnungsstörung) ☐ ja ☐ nein
d) **Herz, Kreislauf** (z. B. Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündung) ☐ ja ☐ nein
e) **Atmungsorgane*** (z. B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma) ☐ ja ☐ nein
f) **Verdauungsorgane*** (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Bauchspeicheldrüsenentzündung) ☐ ja ☐ nein
g) **Harn-, Geschlechtsorgane** (z. B. Nierenzysten, Unterleibs- und Brusterkrankung) ☐ ja ☐ nein
h) **Haut*** (z. B. Ekzeme, Hautkrebs) ☐ ja ☐ nein
i) **Infektionen** (z. B. COVID-19, Hepatitis, Tuberkulose) ☐ ja ☐ nein
j) **Bewegungsapparat*** (z. B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskus-/Bänderverletzung, Rheuma) ☐ ja ☐ nein
k) **Stoffwechsel*** (z. B. Diabetes, erhöhtes Cholesterin von mehr als 250mg/dl, Schilddrüsenerkrankungen) ☐ ja ☐ nein

Die Fragen beziehen sich auf die **letzten 5 Jahre:**

3) Waren Sie bei **Ärzten** oder **Therapeuten** (Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktikern) aufgrund **der Psyche** (z. B. Depression), **des Gehirns** (z. B. Migräne) oder **des Nervensystems** (z. B. Multiple Sklerose) in Behandlung, Beratung oder Untersuchung?* ☐ ja ☐ nein

4) **Wurden** Ihnen **Medikamente verordnet,** die über einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen eingenommen oder angewandt wurden? ☐ ja ☐ nein
Darunter fallen alle Arten von verschreibungspflichtigen Medikamenten, unabhängig von der Darreichungsform (z. B. Tabletten, Spritzen, Salben); nicht gemeint sind Verhütungsmittel und Schilddrüsenhormonpräparate.

5) Sind oder waren Sie länger als **drei Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig**? ☐ ja ☐ nein

Die Fragen beziehen sich auf die **letzten 10 Jahre:**

6) Wurden Sie **operiert** oder ist eine **Operation** in den **nächsten 12 Monaten geplant**? ☐ ja ☐ nein

7) Waren Sie in einer **Klinik** (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein **Klinikaufenthalt** in den **nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen**? ☐ ja ☐ nein
Hinweis zu Frage 6 und 7. Nicht zu berücksichtigen sind: Operationen ohne Komplikationen und Folgen am Blinddarm, den Mandeln oder der Nasenscheidewand, Maßnahmen in der Reproduktionsmedizin, unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/Geburt.

8) Wurden Sie wegen **Alkoholgenuss** ärztlich **beraten oder behandelt**? ☐ ja ☐ nein

9) Wurden Sie wegen des **Konsums von Drogen oder Betäubungsmitteln** ärztlich **beraten oder behandelt**? ☐ ja ☐ nein

Ergänzende Gesundheitsfragen:

10) **Welche** der folgenden **Aussagen trifft** auf Sie **zu**?

a) Ich beziehe eine **Rente wegen Unfall oder Erkrankung****. ☐ ja ☐ nein
b) Ich habe eine **anerkannte Behinderung (GdB)**, **Berufskrankheit** oder einen **Grad der Schädigungsfolgen** (GdS)**. ☐ ja ☐ nein
c) Ich habe eine **angeborene Erkrankung**. ☐ ja ☐ nein
d) Bei mir wurde eine **Krebserkrankung** festgestellt. ☐ ja ☐ nein
e) Bei mir wurde eine **HIV-Infektion** festgestellt. ☐ ja ☐ nein

Sofern Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, bitten wir Sie, die Details im Fragenblock E zu ergänzen.

E---A0109Z0 (17V) 0.12.21

PESVA02860

* Falls ja, bitte entsprechenden Fragebogen beantworten.
** Bitte Bescheid/Rentenbescheid/Versorgungsamtsbescheid in Kopie beifügen (kein Ausweis).

Angabe zum Rauchverhalten (bitte die zutreffende Aussage ankreuzen):

☐ **Ich bin seit mindestens 10 Jahren Nichtraucher.**
Mindestens 10 Jahre Nichtraucher ist, wer in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung nicht aktiv geraucht hat und auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen.

☒ **Ich bin seit mindestens 1 Jahr Nichtraucher.**
Mindestens 1 Jahr Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung nicht aktiv geraucht hat und auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen.

☐ **Ich bin Raucher.**
Raucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung aktiv geraucht hat.

Rauchen meint zum einen das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen. Zum anderen fällt unter das Rauchen auch die Verwendung elektrischer Verdampfer und Erhitzer, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen oder Tabakerhitzer (Heat-not-burn), die Verwendung von Wasserpfeifen (zum Beispiel Shisha) sowie das Konsumieren von Schnupf- und Oraltabak (zum Beispiel Snus).

Wichtige Erklärung zum Tabakkonsum der zu versichernden Person
Ich bin mir bewusst, dass unrichtige Angaben über das Rauchverhalten der zu versichernden Person eine Anzeigepflichtverletzung darstellen, die zum Verlust des Versicherungsschutzes führen kann.

Für die Risikolebensversicherung gilt:
Ändert die zu versichernde Person ihren Nichtraucherstatus nach Vertragsabschluss, verpflichte ich mich, diese Gefahrerhöhung unverzüglich der Allianz Lebensversicherungs-AG bzw. der Deutschen Lebensversicherungs-AG schriftlich mitzuteilen, damit die Versicherung auf den entsprechenden Rauchertarif mit dem dafür erforderlichen Beitrag umgestellt werden kann. Mir ist bewusst, dass es zur rückwirkenden Prämienerhöhung oder Reduzierung des vertraglich vereinbarten Garantiekapitals führen kann, wenn ich diese Mitteilungspflicht verletze. Im Übrigen ist mir bewusst, dass der Versicherer den Nichtraucherstatus der zu versichernden Person auch während der Vertragslaufzeit überprüfen kann.

☒ D Angaben zur Versicherungssituation (immer zu beantworten, wenn Block C beantwortet wurde)

Hinweis: Maßgebend zur Ermittlung der Todesfallsumme ist die Gesamtleistung, ggf. inkl. Bonus (bei Allianz Leben gilt die garantierte Leistung).

☒ Angaben zur Versicherungssituation bei Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente

Bestehen bei Allianz oder anderen Versicherern Berufsunfähigkeits- oder sonstige Invaliditätsversicherungen* (wie Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen) oder sind derzeit solche beantragt? ☐ ja ☐ nein

* Gemeint sind auch: Verträge bei anderen Versicherern, die nach Annahme bei Allianz Leben gekündigt werden. Betriebliche Altersversorgungen (Rückdeckungs-, Direktversicherung, Versorgungs-, Pensions-, U-Kasse), Private Vorsorge mit nachgelagerter Versteuerung (z. B. Basisrente), Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen und Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken (z. B. für Ärzte, Rechtsanwälte).

Gesellschaft	Tarifart	monatliche Rentenhöhe	bestehend	aktuell beantragt	wird gekündigt*
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐

* Ich kündige nach Vertragsannahme durch Allianz Leben meine bestehende Berufsunfähigkeits- oder sonstige Invaliditätsversicherung und reiche die Bestätigung der Kündigung innerhalb von 1 Monat nach Zugang der Police ein. Ich werde auch danach keine Wiederinkraftsetzung der gekündigten Versicherung beantragen. Über die Nachteile der Kündigung wurde ich informiert.

☒ Angaben zum Arbeitseinkommen bei Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente ab jährlich 24.001 EUR oder bei Hinterbliebenenvorsorge ab 500.001 EUR Todesfallleistung (jeweils inkl. Vorversicherungen)

Wie hoch war Ihr **Bruttoarbeitseinkommen** der letzten 3 Jahre?
(Zum Bruttoarbeitseinkommen zählen Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit, selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb. Einkommen aus Vermietung und Verpachtung werden bspw. nicht berücksichtigt.)
- Arbeitnehmer: Bruttoarbeitseinkommen einschließlich Urlaubs- und Weihnachtsgeld
- Selbstständige: Gewinn/Jahresüberschuss vor Abzug persönlicher Steuern
- Berufsanfänger/Existenzgründer: Aktuelles Bruttoarbeitseinkommen auf Jahresbetrag umgerechnet

20 ____ : _____ EUR **20 ____ : _____ EUR** **20 ____ : _____ EUR**

Hinweis: Bei **Arbeitseinkommen bis 60.000 EUR brutto** jährlich darf die **Gesamtabsicherung** für den Fall der Berufsunfähigkeit oder Invalidität einschließlich dem neu beantragten Versicherungsschutz aus Berufsunfähigkeits- oder sonstigen Invaliditätsversicherungen **70 %** des durchschnittlichen jährlichen Bruttoarbeitseinkommen der letzten 3 Jahre nicht übersteigen.

☐ Angaben zur Versicherungssituation und Versicherungszweck bei Einschluss einer Hinterbliebenenvorsorge ab 500.001 EUR Todesfallleistung (inkl. Vorversicherungen)

Besteht bei anderen Gesellschaften für Sie noch weiterer Versicherungsschutz für den Todesfall oder ist dieser beantragt? ☐ ja ☐ nein
Falls ja: Welche Todesfallleistungen (inkl. Unfalltod) haben Sie bereits versichert oder beantragt?

Gesellschaft	Todesfallleistung in EUR	Versicherungszweck	bestehend	aktuell beantragt
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

Welche besonderen Gründe liegen für den beantragten Versicherungsschutz vor (Versicherungszweck)?

☐ Hinterbliebenenvorsorge/-schutz ☐ private Darlehens-/Kreditabsicherung ☐ geschäftliche Darlehens-/Kreditabsicherung
☐ Erbschaftssteuerabsicherung ☐ Keyman-/Schlüsselkraftabsicherung ☐ Firmenrückdeckungsversicherung
☐ sonstiges: _____

Bei Kreditabsicherung: Höhe des Darlehens: _____ EUR Laufzeit des Darlehens: _____ Jahre

Hinweis: Bei einer Todesfallleistung ab 1.000.001 EUR (inkl. Vorversicherungen) bitte Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre und geeignete Unterlagen zum Bedarfsnachweis beilegen (z. B. Darlehenszusage bei Kreditabsicherung).

☐ E Ergänzende Gesundheitsangaben

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen des Frageblocks C bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben (ggf. gesondertes Blatt verwenden).

Art, Verlauf, Folgen (z. B. Krankheit, Verletzung)? Ergebnis der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte, Heilpraktiker, nichtärztliche Therapeuten, Krankenhäuser, Heilstätten, Kuranstalten mit Anschrift

☐ F Anlagen zu den Gesundheitsangaben

Die Angaben zu den Gesundheitsangaben sind vollständig, es folgen keine nachträglichen Angaben.
Wenn Sie zusätzliche Angaben machen wollen, bitte Zutreffendes ankreuzen:

☐ Anlagen liegen bei ☐ Anlagen werden nachgereicht

Unterschriften (Bitte mit Name und Vorname.)

!

Ort/Datum	Antragsteller (Versicherungsnehmer)/gesetzlicher Vertreter *(nicht notwendig für jur. Person)*	Zu versichernde Person/gesetzlicher Vertreter

E---A0109Z0 (17V) 0.12.21

PESVA02860